

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 7 – Farmaceutica  
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Oggetto: D.A. n. 540/14 “Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia” – **Modifica del Modello di Piano Terapeutico per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota AIFA 74**

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

All'AIOP

Agli Ordini Provinciali dei Medici

A Federfarma

Ad Assofarm

LORO SEDI

Circolare n. 15 del 17/10/2017

Con la Circolare n. 3 del 01/03/2017 è stata uniformata la modulistica adottata per la prescrizione a carico del SSN dei farmaci soggetti a Nota AIFA 74.

Successivamente, con la circolare n. 11 del 2 agosto 2017, a parziale modifica del sopracitato provvedimento, è stato modificato il modello di Piano Terapeutico (PT) per la prescrizione dei citati medicinali, nel quale è stato inserito un apposito campo in cui apporre la motivazione a supporto della scelta di una specialità medicinale a maggiore costo/DDD, nei pazienti *naïve* al trattamento, ai sensi del D.A. n. 540/14.

Recentemente, analogamente a quanto riscontrato per la prescrizione e l'erogazione dei medicinali c.d. *GCSF*, sono state rilevate alcune criticità inerenti le dispensazioni da effettuare in presenza di un PT e di una ricetta SSN indicanti il solo principio attivo di un farmaco soggetto a Nota AIFA 74 e in prosecuzione di terapia.

In particolare, nella situazione sopra descritta, è stato evidenziato che il Farmacista non è in condizione di poter garantire la continuità terapeutica, causando in tal modo fortuiti *switch* di terapia.

Pertanto, per le motivazioni sopra esposte, si allega alla presente il modello di PT, opportunamente modificato con l'indicazione della specialità medicinale accanto al principio attivo.

Le prescrizioni effettuate su modelli di PT antecedenti a quello di nuova introduzione, potranno essere accettate sino alla naturale scadenza degli stessi.

Si ribadisce altresì che la prescrizione di tali medicinali deve essere effettuata in ottemperanza a quanto disposto dal D.A. n. 540/14, e che il modello di PT aggiornato deve essere allegato alla ricetta SSN ai fini della dispensazione.

La presente circolare, completa del relativo allegato, è scaricabile dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana.

Si chiede di dare ampia diffusione della presente nota a tutti i Sanitari interessati.

Il Dirigente del CRFV  
Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile dell'U.O. 7.1  
Dr.ssa Claudia La Cava

Il Responsabile del Servizio 7  
Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale  
Avv. Ignazio Tozzo



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO  
PRESCRIZIONE DI FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 74

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/Struttura privata accreditata <sup>(1)</sup>		
Medico prescrittore _____	Tel _____	e-mail _____
Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____	
ASP di residenza _____	Prov. _____	Regione _____

La prescrizione di farmaci soggetti a nota AIFA 74 è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:  
(barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

- Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valore di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiore a 30 mUI/ml;**  
(urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare, lutropina alfa, corifollitropina alfa, follitropina alfa/lutropina alfa)
- Trattamento dell'infertilità maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml.**  
(urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina biosimilare, lutropina alfa, corifollitropina alfa, follitropina alfa/lutropina alfa)
- Preservazione della fertilità femminile: in donne in età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.**  
 (urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina biosimilare, corifollitropina alfa)

**Farmaco prescritto:**

urofollitropina <input type="checkbox"/> Fostimon	menotropina <input type="checkbox"/> Meriofert <input type="checkbox"/> Meriopur	follitropina alfa biosimilare <input type="checkbox"/> Bemfola <input type="checkbox"/> Ovaleap	follitropina alfa <input type="checkbox"/> Gonal F	follitropina beta <input type="checkbox"/> Puregon
lutropina alfa <input type="checkbox"/> Luveris	corifollitropina alfa <input type="checkbox"/> Elonva	follitropina alfa + lutropina alfa <input type="checkbox"/> Pergoveris		
Dosaggio e posologia: _____		Valore di FSH <sup>(2)</sup> : _____		
N° del ciclo _____				
Data successivo controllo _____				
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>				
Motivazione (ai sensi del D.A. n. 540/14): _____				
Proseguimento della cura <input type="checkbox"/>				
Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____				
Data _____		Timbro e firma in originale del Medico prescrittore		
<b>Copia valida per N. _____ confezioni</b>				

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro presrittore.

(2) Durata del piano terapeutico un mese. Riportare il valore di FSH determinato in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico

(3) A parità di indicazione terapeutica prediligere il medicinale a minor costo/DDD