

## Segreteria Aiop Sicilia

---

**Da:** Segreteria Aiop Sicilia [segreteria@aiopsicilia.it]  
**Inviato:** mercoledì 2 agosto 2017 14:06  
**A:** Montalbano Silvana (aiop) (montalbano@aiopsicilia.it)  
**Oggetto:** Prot. n. 370 - Circolare n.11 del 02-8-2017 Aggiornamento del Piano Terapeutico per la prescrizione dei medicinali soggetti a NOTA AIFA 74  
**Priorità:** Alta  
**Allegati:** doc08468820170802115816.pdf

Prot. n. 370/2017

AI TITOLARI DELLE CDC  
AI DIRETTORI SANITARI

LORO SEDI

Facendo seguito alla ns. prot. n. 120/ 2017, si invia, in allegato, la circolare n. 11/17 di cui all'oggetto.  
Cordiali saluti

Dott. Barbara Cittadini

Se intendi cancellarti da questa newsletter invia una email alla casella di posta elettronica [segreteria@aiopsicilia.it](mailto:segreteria@aiopsicilia.it) indicando in oggetto la dicitura "Cancellami dalla newsletter"

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



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

Oggetto: Aggiornamento del Piano Terapeutico per la prescrizione dei medicinali soggetti a Nota AIFA 74

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie  
Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie  
All'AIOP  
Agli Ordini Provinciali dei Medici  
A Federfarma Sicilia  
Ad Assofarm  
LORO SEDI

Circolare n. 11 del 02/08/2017

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.

La parziale modifica del sopracitato provvedimento, si allega alla presente il modello di Piano Terapeutico (allegato A) 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 *naive* al trattamento, ai sensi del D.A. n. 540/14.

A tal fine si allega la tabella con i costi/DDD dei principi attivi la cui rimborsabilità è regolata dalla Nota AIFA 74 (allegato B).

Tale modello di Piano Terapeutico dovrà essere utilizzato, in via esclusiva, a far data dal **primo settembre p.v.**

Inoltre, si evidenzia che le presenti disposizioni sono vincolanti esclusivamente per le prescrizioni effettuate dai Centri autorizzati da questo Assessorato.

Il modello di Piano Terapeutico allegato deve essere consegnato unitamente alla ricetta SSN per la dispensazione da parte delle farmacie convenzionate. Si sottolinea che in atto non è possibile effettuare prescrizioni in modalità dematerializzata dei farmaci in argomento.

Si esortano le SS.LL. a dare ampia diffusione del presente documento a tutti gli operatori sanitari delle strutture pubbliche e private operanti nel territorio di competenza con particolare riferimento alle figure specialistiche interessate.

I Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie Provinciali potranno attivare specifici controlli volti a verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza a quanto sopra rappresentato.

La presente circolare, completa dei relativi allegati, è scaricabile dal sito istituzionale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana.

I Dirigenti del CRFV

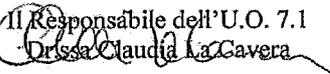
Dr. Pasquale Cananzi

Dr. Alessandro Oteri

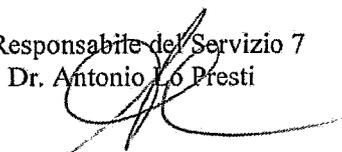

Il Responsabile dell'U.O. 7.1

Dr.ssa Claudia La Cava



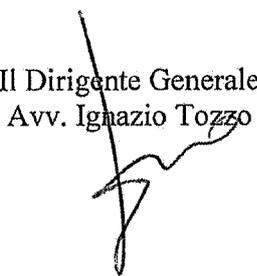
Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Antonio Lo Presti



Il Dirigente Generale

Avv. Ignazio Tozzo



REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



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:**

<input type="checkbox"/> urofollitropina	<input type="checkbox"/> menotropina	<input type="checkbox"/> follitropina alfa biosimilare	<input type="checkbox"/> follitropina alfa	<input type="checkbox"/> follitropina beta
<input type="checkbox"/> lutropina alfa	<input type="checkbox"/> corifollitropina alfa	<input type="checkbox"/> follitropina alfa + lutropina alfa		
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): _____				
Prosecuzione 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 prescrittore.

(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

Farmaco	Principio attivo	ATC	Prezzo di acquisto	DDD	Costo/DDD
Meropur*SC IM 10F 75UI+10F 75UI	menotropina	G03GA02	€ 137,50	75 UI	€ 13,75
Meropur*SC IM FL 600UI+SIR 1ML	menotropina	G03GA02	€ 110,00	75 UI	€ 13,75
Meropur*SC IM FL 1200UI+2SIR 1ML	menotropina	G03GA02	€ 220,01	75 UI	€ 13,75
Fostimon* 1FL 225UI/ML+1SIR	urofollitropina	G03GA04	€ 35,52	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 5FL 300UI/ML+5SIR	urofollitropina	G03GA04	€ 236,81	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 5FL 225UI/ML+5SIR	urofollitropina	G03GA04	€ 177,61	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 1FL 300UI/ML+1SIR	urofollitropina	G03GA04	€ 47,37	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 5FL 150UI/ML+5SIR	urofollitropina	G03GA04	€ 118,43	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 10FL 75UI+10F	urofollitropina	G03GA04	€ 118,43	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 1FL 150UI/ML+1SIR	urofollitropina	G03GA04	€ 23,69	75 UI	€ 11,84
Fostimon* 1FL 75UI+1F	urofollitropina	G03GA04	€ 11,84	75 UI	€ 11,84
Ovaleap*SC CART 300UI/0,5ML+10	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 78,16	75 UI	€ 19,54
Ovaleap*SC CART 900UI/1,5ML+20	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 234,47	75 UI	€ 19,54
Ovaleap*SC CART 450UI/0,75ML+10	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 117,24	75 UI	€ 19,54
Gonal F*SC 1PEN 300UI/0,5ML+8A	follitropina alfa	G03GA05	€ 113,87	75 UI	€ 28,47
Gonal F*SC 1PEN 450UI/0,75ML+12	follitropina alfa	G03GA05	€ 171,09	75 UI	€ 28,52
Gonal F*SC 1PEN 900UI/1,5ML+20	follitropina alfa	G03GA05	€ 343,20	75 UI	€ 28,60
Gonal F*SC 10FL 75UI+10SIR 1ML	follitropina alfa	G03GA05	€ 286,00	75 UI	€ 28,60
Gonal F*SC FL 75UI+SIR 1ML	follitropina alfa	G03GA05	€ 28,60	75 UI	€ 28,60
Gonal F*(600UI) 1050UI/1,75ML	follitropina alfa	G03GA05	€ 397,10	75 UI	€ 49,64
Bemfol*SC PEN 150UI/0,25ML+AG	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 38,58	75 UI	€ 19,29
Bemfol*SC PEN 225UI/0,375ML+A	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 57,15	75 UI	€ 19,05
Bemfol*SC PEN 300UI/0,50ML+AG	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 72,85	75 UI	€ 18,21
Bemfol*SC PEN 75UI/0,125ML+AG	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 20,15	75 UI	€ 20,15
Bemfol*SC PEN 450UI/0,75ML+AG	follitropina alfa biosimilare	G03GA05	€ 107,86	75 UI	€ 17,98
Puregon*IM SC 5FL 50UI/0,5ML	follitropina beta	G03GA06	€ 86,89	75 UI	€ 26,07
Puregon*IM SC 5FL 100UI/0,5ML	follitropina beta	G03GA06	€ 173,75	75 UI	€ 26,06
Puregon*SC 1CART 300UI/0,36ML	follitropina beta	G03GA06	€ 108,70	75 UI	€ 27,18
Puregon*SC 1CART 900UI/1,08ML	follitropina beta	G03GA06	€ 326,12	75 UI	€ 27,18
Puregon*SC 1CART 600UI/0,72ML	follitropina beta	G03GA06	€ 217,42	75 UI	€ 27,18
Luveris*SC 1FL 75UI+1FL SOLV	lutropina alfa	G03GA07	€ 23,65	75 UI	€ 23,65
Luveris*SC 3FL 75UI+3FL SOLV	lutropina alfa	G03GA07	€ 70,95	75 UI	€ 23,65
Elonva*SC 1SIR 150MCG 0,5ML+AG	corifollitropina alfa	G03GA09	€ 484,81	150 mcg	€ 484,81
Elonva*SC 1SIR 100MCG 0,5ML+AG	corifollitropina alfa	G03GA09	€ 363,62	150 mcg	€ 545,42
Pergoveris*SC 10FL 150UI/75UI	follitropina alfa + lutropina alfa	G03GA30	€ 797,50	150 UI	€ 53,17
Pergoveris*SC 1FL 150UI/75UI	follitropina alfa + lutropina alfa	G03GA30	€ 79,75	150 UI	€ 53,17