

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO-TERRITORIALE REGIONE SICILIANA - PTORS

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Limitazione prescrivibilità da PTO
<b>A</b>	<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>		
<b>A01</b>	<b>Stomatologici</b>		
<b>A01A</b>	<b>Stomatologici</b>		
<b>A01AB</b>	<b>Antimicrobici e antisettici per il trattamento orale locale</b>		
A01AB03	Clorexidina	os	
A01AB09	Miconazolo	os	
<b>A02</b>	<b>Farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida</b>		
<b>A02A</b>	<b>Antiacidi</b>		
<b>A02AA</b>	<b>Composti del magnesio</b>		
A02AA04	Magnesio idrossido	os	
<b>A02AD</b>	<b>Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio</b>		
A02AD01	Alluminio idrossido + magnesio trisilicato	os	Associazioni sovrapponibili per meccanismo d'azione, scegliere un solo composto
A02AD01	Calcio carbonato + magnesio carbonato basico leggero	os	
A02AD01	Magnesio idrossido + algedrato	os	
A02AD02	Magaldrato	os	
<b>A02B</b>	<b>Farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo</b>		
<b>A02BA</b>	<b>Antagonisti dei recettori H2</b>		Limitatamente alle indicazioni e alla durata del trattamento si rimanda alla Nota AIFA 48. Da non utilizzare come semplice sintomatico della pirosi e nella prevenzione del danno gastrointestinale da aspirina, altri FANS e corticosteroidi.
A02BA01	Cimetidina	os, p	
A02BA02	Ranitidina cloridrato	os, p	
A02BA03	Famotidina	os	
A02BA04	Nizatidina	os	
A02BA06	Roxatidina acetato cloridrato	os	

<b>A02BC</b>	<b>Inibitori della pompa acida</b>		Scegliere i prodotti con un costo per DDD uguale o inferiore al valore di riferimento regionale e/o comunque con prezzo uguale o inferiore al generico corrispondente. Limitatamente alle indicazioni secondo Nota AIFA 1 o 48 (rabeprazolo non prescrivibile ai sensi della Nota 1).
A02BC01	Omeprazolo	os, p	
A02BC02	Pantoprazolo	os, p	
A02BC03	Lansoprazolo	os	
A02BC04	Rabeprazolo	os	
A02BC05	Esomeprazolo	os	
<b>A02BD</b>	<b>Combinazioni per eradicare l'<i>Helicobacter pylori</i></b>		
A02BD08	Bismuto subcitrato potassio, metronidazolo, tetraciclina cloridrato	os	In caso di prescrizione da strutture pubbliche, la dispensazione deve essere interamente effettuata dal Centro Prescrittore.
<b>A02BX</b>	<b>Altri farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo</b>		
A02BX02	Sucralfato	os	
A02BX05	Bismuto subcitrato	os	
A02BX13	Sodio alginato + potassio bicarbonato	os	
<b>A03</b>	<b>Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali</b>		
<b>A03A</b>	<b>Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali</b>		
<b>A03AA</b>	<b>Anticolinergici sintetici, esteri con gruppi aminici terziari</b>		
A03AA05	Trimebutina	os, p	
A03AA06	Rociverina	os, p	
A03AA49	Pipetanato etobromuro	os, p	
<b>A03AB</b>	<b>Anticolinergici sintetici, composti ammoniacali quaternari</b>		
A03AB06	Otilonio bromuro	os	
<b>A03AD</b>	<b>Papaverina e derivati</b>		
A03AD01	Papaverina cloridrato	p	Limitatamente alla prevenzione di spasmi dei dotti arteriosi nei pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici
<b>A03AX</b>	<b>Altri farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali</b>		
A03AX12	Floroglucinolo	p	

A03AX13	Dimeticone	os	
<b>A03B</b>	<b>Belladonna e derivati, non associati</b>		
<b>A03BA</b>	<b>Alcaloidi della belladonna, amine terziarie</b>		
A03BA01	Atropina	p	
<b>A03BB</b>	<b>Alcaloidi della belladonna semisintetici, composti ammoniacali quaternari</b>		
A03BB01	Butilscolopamina bromuro	os, p	
A03BB05	Cimetropio bromuro	os, p	
<b>A03F</b>	<b>Procinetici</b>		
<b>A03FA</b>	<b>Procinetici</b>		
A03FA01	Metoclopramide	os, p	
A03FA03	Domperidone	os	
A03FA04	Bromopride	os	
A03FA05	Alizapride	os, p	
A03FA49	Levosulpiride	os, p	
<b>A04</b>	<b>Antiemetici ed antinausea</b>		
<b>A04A</b>	<b>Antiemetici ed antinausea</b>		
<b>A04AA</b>	<b>Antagonisti della serotonina (5HT3)</b>		
A04AA01	Ondansetron	os, p	
A04AA02	Granisetron	os, p	
A04AA03	Tropisetron	os, p	
A04AA05	Palonosetron	p	
A04AA55	Palonosetron + netupitant	os	Inserito temporaneamente in PTORS in quanto trattasi di associazione preconstituita più economica delle attuali associazioni estemporanee disponibili per la medesima indicazione terapeutica. La permanenza in PTORS è subordinata al mantenimento del vantaggio economico rispetto alla somma dei costi dei singoli p.a. delle associazioni estemporanee.
<b>A04AD</b>	<b>Altri antiemetici</b>		
A04AD12	Aprepitant	os	
A04AD12	Fosaprepitant	P	
<b>A05</b>	<b>Terapia biliare ed epatica</b>		
<b>A05A</b>	<b>Terapia biliare</b>		
<b>A05AA</b>	<b>Acidi biliari e derivati</b>		

A05AA01	Acido chenodesossicolico	os	Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area Nosologica 4 Malattie del Metabolismo su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 48522 del 12/11/2020 - Aggiornamento n. 54 del PTORS. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi 2 mesi di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. La durata massima del PT è di 12 mesi.
A05AA02	Acido Ursodesossicolico	os	
A05AA03	Acido Colico	os	Prescrizione da parte del Dipartimento di Pediatria dell'ISMETT. Distribuzione diretta da parte del Centro
A05AA04	Acido Obeticolico	os	Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29/06/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico	os	
<b>A06</b>	<b>Farmaci per la costipazione</b>		
<b>A06A</b>	<b>Farmaci per la costipazione</b>		
<b>A06AA</b>	<b>Emollienti</b>		
A06AA01	Paraffina liquida	os	
<b>A06AB</b>	<b>Lassativi di contatto</b>		Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione, scegliere un solo composto
A06AB02	Bisacodil	os	
A06AB05	Olio di ricino	os	
A06AB06	Glicosidi della senna	os	
<b>A06AD</b>	<b>Lassativi ad azione osmotica</b>		
A06AD10	Sali minerali in associazione	os	
A06AD11	Lattulosio	os	
A06AD12	Lattitolo	os	
A06AD15	Macrogol	os	
A06AD65	Macrogol, associazioni	os	
<b>A06AG</b>	<b>Clismi</b>		
A06AG01	Sodio fosfato monobasico + sodio fosfato dibasico	rett	
A06AG04	Glicerolo	rett	
<b>A06AH</b>	<b>Antagonisti dei recettori periferici</b>		
A06AH03	Naloxegol ossalato	os	Prescrizione a carico del SSN ai sensi della Nota AIFA 90 limitatamente ai soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA – IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: • Terapia cronica e continuativa con oppiacei:

A06AH05			Terapia eretica e somministrata con oppiacei, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni).</li> </ul>
<b>A07</b>	<b>Antidiarroici, antinfiammatori ed antinfettivi intestinali</b>		
<b>A07A</b>	<b>Antinfettivi intestinali</b>		
<b>A07AA</b>	<b>Antibiotici</b>		
A07AA02	Nistatina	os	
A07AA06	Paromomicina solfato	os	
A07AA11	Rifaximina	os	Si raccomanda il rispetto di quanto riportato nel "documento sull'uso appropriato degli antibiotici" di cui al DDG n. 878/15 e s.m.i. Per l'indicazione <b>"riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni"</b> (formulazione da 550 mg), prescrizione da parte delle UU.OO. di epatologia, gastroenterologia, infettivologia e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN su apposito PT regionale, giusta nota prot. n. 27433 del 28/03/17. Erogazione del farmaco tramite DPC
A07AA12	Fidaxomicina	os	Limitatamente alle U.O. di Malattie infettive. Ai fini della prescrizione a carico del SSR, le Aziende Sanitarie dovranno elaborare un apposito protocollo terapeutico. Si ribadisce altresì l'obbligo da parte dei prescrittori di attenersi rigorosamente a quanto previsto dalla scheda di monitoraggio AIFA.
<b>A07B</b>	<b>Adsorbenti intestinali</b>		
<b>A07BA</b>	<b>Preparati a base di carbone</b>		
A07BA01	Carbone medicinale attivo	os	
<b>A07D</b>	<b>Antipropulsivi</b>		
<b>A07DA</b>	<b>Antipropulsivi</b>		
A07DA03	Loperamide	os	
<b>A07E</b>	<b>Antinfiammatori intestinali</b>		
<b>A07EA</b>	<b>Corticosteroidi ad azione locale</b>		
A07EA07	Beclometasone	os, rett	
<b>A07EC</b>	<b>Acido aminosalicilico ed analoghi</b>		
A07EC01	Sulfalazina	os	
A07EC02	Mesalazina	os, rett	
<b>A07F</b>	<b>Microorganismi antidiarroici</b>		
<b>A07FA</b>	<b>Microorganismi antidiarroici</b>		
A07FA01	Organismi produttori di acido lattico	os	
<b>A07X</b>	<b>Altri antidiarroici</b>		

<b>A07XA</b>	<b>Altri antidiarroici</b>		
A07XA04	Racecadotril	os	Limitatamente alla formulazione in granulato per sospensione destinata ai bambini dai 3 ai 24 mesi
<b>A09</b>	<b>Digestivi, inclusi gli enzimi</b>		
<b>A09A</b>	<b>Digestivi, inclusi gli enzimi</b>		
<b>A09AA</b>	<b>Preparati a base di enzimi</b>		
A09AA02	Pancrelipasi	os	Preparati con attività lipasica uguale o superiore a 10000 USP cps gastroprotette, bustine per le Aziende in cui siano presenti strutture specialistiche pediatriche. Formulazione da 5000 UI destinata all'uso pediatrico.
<b>A10</b>	<b>Farmaci usati nel diabete</b>		
<b>A10A</b>	<b>Insuline ed analoghi</b>		
<b>A10AB</b>	<b>Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione rapida</b>		<b>Prescrizione ai sensi del D.A. 540/14 recante "Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia".</b>
A10AB01	Insulina	p	
A10AB04	Insulina lispro	P	
A10AB04	Insulina lispro biosimilare	P	
A10AB05	Insulina aspart	p	
A10AB06	Insulina glulisina	p	
<b>A10AC</b>	<b>Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione intermedia</b>		
A10AC01	Insulina umana isofano	p	
A10AC04	Insulina lispro protamina	p	
<b>A10AD</b>	<b>Insuline e analoghi per iniezione, ad azione intermedia e ad azione rapida in associazione</b>		
A10AD01	Insulina umana + Insulina umana isofano	p	
A10AD04	Insulina lispro + Insulina lispro protamina	P	
A10AD05	Insulina aspart + Insulina aspart protamina	P	
<b>A10AE</b>	<b>Insuline e analoghi per iniezione, ad azione lunga</b>		<b>Prescrizione ai sensi del D.A. 540/14 recante "Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia". Distribuzione mediante canale della DPC.</b>
A10AE04	Insulina glargine	P	

A10AE04	Insulina glargine biosimilare	p	
A10AE05	Insulina detemir	p	
A10AE06	Insulina degludec	p	Prescrizione su Piano Terapeutico (aggiornamento n. 15 - nota prot. n.30674 del 07/04/2017) da parte degli Specialisti individuati da AIFA.
A10AE54	Insulina glargine + lixisenatide	p	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 70784 del 26/09/2018 - Aggiornamento n. 31 del PTORS da parte delle strutture diabetologiche ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN.
A10AE56	Insulina degludec + liraglutide	p	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 51442 del 04/07/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS da parte delle strutture di Diabetologia ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN.
<b>A10B</b>	<b>Ipoglicemizzanti escluse le insuline</b>		
<b>A10BA</b>	<b>Biguanidi</b>		
A10BA02	Metformina	os	
<b>A10BB</b>	<b>Sulfonamidi, derivati dell'urea</b>		
A10BB01	Glibenclamide	os	
A10BB07	Glipizide	os	
A10BB08	Gliquidone	os	
A10BB09	Gliclazide	os	
A10BB12	Glimepiride	os	
<b>A10BD</b>	<b>Associazioni di ipoglicemizzanti orali</b>		
A10BD02	Glibenclamide + Metformina	os	
A10BD05	Pioglitazone + metformina	os	Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21
A10BD07	Sitagliptin + metformina	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11, su modello di Piano Terapeutico di cui alle note prott. nn. 67858 del 26/9/2019 e 67960 del 27/09/2019. Distribuzione Per Conto. Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intesa esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	
A10BD09	Alogliptin benzoato + pioglitazone	os	
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	
A10BD13	Alogliptin benzoato + metformina	os	
A10BD15	Dapagliflozin + metformina	os	
A10BD16	Canagliflozin + metformina	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11, su modello di Piano Terapeutico di cui alla nota prot. n. 4695 del 30/01/2020 - Aggiornamento n. 46 del PTORS. Distribuzione Per Conto.
A10BD19	Linagliptin + empaglifozin	os	
A10BD20	Empagliflozin + metformina	os	

A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	
<b>A10BG</b>	<b>Tiazolidioni</b>		
A10BG03	Pioglitazone	os	
<b>A10BH</b>	<b>Inibitori della Dipeptil Peptidasi 4 (DPP-4)</b>		Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11, su modello di Piano Terapeutico di cui alle note prott. nn. 67858 del 26/9/2019 e 67960 del 27/09/2019. Distribuzione Per Conto. Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intera esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.
A10BH01	Sitagliptin	os	
A10BH02	Vildagliptin	os	
A10BH03	Saxagliptin	os	
A10BH04	Alogliptin benzoato	os	
A10BH05	Linagliptin	os	
<b>A10BJ</b>	<b>Analoghi del GLP-1</b>		Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11, su modello di Piano Terapeutico di cui alle note prot. n. 77290 del 03/12/2019 - Aggiornamento n. 43. Per le istruzioni operative relative alla prescrizione dei GLP-1R si rimanda alla nota prot. n. 67960 del 27/09/2019. Distribuzione Per Conto. Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intera esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.
A10BJ01	Exenatide	p	
A10BJ02	Liraglutide	p	
A10BJ03	Lixisenatide	p	
A10BJ05	Dulaglutide	p	
A10BJ06	Semaglutide	p	
<b>A10BK</b>	<b>SGLT-2 inibitori</b>		
A10BK01	Dapaglifozin	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11, su modello di Piano Terapeutico di cui alla nota prot. n. 4695 del 30/01/2020 - Aggiornamento n. 46 del PTORS. Distribuzione Per Conto.
A10BK02	Canaglifozin	os	
A10BK03	Empaglifozin	os	
A10BK04	Ertuglifozin	os	
<b>A10BX</b>	<b>Altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline</b>		

A10BX02	Repaglinide	os	
<b>A11</b>	<b>Vitamine</b>		
<b>A11B</b>	<b>Polivitaminici, non associati</b>		
<b>A11BA</b>	<b>Polivitaminici, non associati</b>		
A11BA	Complesso vitaminico	p	
<b>A11C</b>	<b>Vitamine A e D, incluse le loro associazioni</b>		
<b>A11CA</b>	<b>Vitamina A, non associata</b>		
A11CA01	Retinolo (vitamina A)	os	
<b>A11CC</b>	<b>Vitamina D e analoghi</b>		
A11CC01	Ergocalciferolo	os, p	
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	
A11CC03	Alfacalcidolo	os	
A11CC04	Calcitriolo	os, p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
A11CC06	Calcifediolo	os	
<b>A11D</b>	<b>Vitamina B1, sola o in associazione con vitamina B6 e vitamina B12</b>		
<b>A11DA</b>	<b>Vitamina B1, non associata</b>		
A11DA01	Tiamina (vitamina B1)	p	
<b>A11G</b>	<b>Acido Ascorbico (vit. C), comprese le associazioni</b>		
<b>A11GA</b>	<b>Acido Ascorbico (vit. C), non associato</b>		
A11GA01	Acido Ascorbico (vitamina C)	p	
<b>A11H</b>	<b>Altri preparati di vitamine, non associate</b>		
<b>A11HA</b>	<b>Altri preparati di vitamine, non associate</b>		
A11HA02	Piridossina (Vitamina B6)	os, p	Limitatamente ai pazienti affetti da Morbo di Wilson in trattamento con penicillamina in attesa di trapianto
A11HA08	Tocofersolan	os	Limitatamente per l'impiego nei pazienti fino a 16 anni di età con prescrizione da parte dei centri individuati per il trattamento delle malattie rare e dai centri per il trapianto su diagnosi di malattia rara effettuata dai suddetti centri. La prescrizione deve essere accompagnata da una scheda che attesti lo stato di deficit di vitamina E.
<b>A12</b>	<b>Integratori Minerali</b>		
<b>A12A</b>	<b>Calcio</b>		
<b>A12AA</b>	<b>Calcio</b>		

A12AA03	Calcio gluconato	p	
A12AA04	Calcio carbonato	os	
A12AA07	Calcio cloruro	p	
<b>A12B</b>	<b>Potassio</b>		
<b>A12BA</b>	<b>Potassio</b>		
A12BA01	Potassio cloruro	os	
<b>A16</b>	<b>Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo</b>		
<b>A16A</b>	<b>Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo</b>		
<b>A16AA</b>	<b>Aminoacidi e derivati</b>		
A16AA01	Levocarnitina	os, p	Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici. Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
A16AA04	Mercaptamina	os	
A16AA05	Acido carginico	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
A16AA07	Metreleptina	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 33141 del 24/07/2020 - Aggiornamento n. 51 del PTORS da parte dei Centri per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area nosologica 4 (malattie del metabolismo).
<b>A16AB</b>	<b>Enzimi</b>		Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AB02	Imiglucerasi	p	
A16AB03	Agalsidasi alfa	p	
A16AB04	Agalsidasi beta	p	
A16AB05	Laronidasi	p	
A16AB07	Alglucosidasi alfa	p	
A16AB08	Galsulfase	p	
A16AB09	Idursulfasi	p	
A16AB10	Velaglucerasi alfa	p	
A16AB12	Elosulfase alfa	p	Il prodotto non può essere posto in compensazione economica mediante file F
A16AB15	Velmanase alfa	p	Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 2199/2018 - area nosologica 4 (malattie del metabolismo)
A16AB19	Pegvaliase	p	Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 2199/2018 - area nosologica 4 (malattie del metabolismo)
<b>A16AX</b>	<b>Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo</b>		

A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os	
A16AX05	Zinco acetato	os	Prescrizione limitata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
A16AX06	Miglustat	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AX07	Sapropterina	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AX08	Teduglutide	p	Negli adulti, prescrizione su PT AIFA cartaceo di cui alla nota prot. n. 80363 del 31/10/2018 - Aggiornamento n. 32 del PTORS da parte dell'U.O. di Gastroenterologia ed Epatologia dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo. Nei bambini prescrizione su PT AIFA cartaceo di cui alla nota prot. n. 13650 del 08/03/2021 - Aggiornamento n. 58 del PTORS da parte dell'U.O. di Gastroenterologia ed Epatologia dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo.
A16AX09	Glicerolo fenilbutirrato	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati con il DA 2199/18
A16AX10	Eliglustat	os	Prescrizione e dispensazione da parte dell'U.O.C. di Astanteria/MCAU dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" e dell'U.O. di Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo dell'AOU "Policlinico V. Emanuele"
A16AX12	Trientina tetracloridrato	os	Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 2199/2018 - area nosologica 4 (malattie del metabolismo) e dei Centri identificati per le malattie rare di cui all'allegato B del D.A. 2199/2018 - area nosologica 7 (malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico) su PT di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS.
A16AX14	Migalastat	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AX16	Givosiran	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 2199/2018 - area nosologica 4 (malattie del metabolismo). Accesso al fondo farmaci innovativi non oncologici. Al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, per i Centri privati, ove individuati, l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza nel rispetto delle procedure stabilite con D.A. 686/18.
<b>B</b>	<b>Sangue ed organi emopoietici</b>		
<b>B01</b>	<b>Antitrombotici</b>		
<b>B01A</b>	<b>Antitrombotici</b>		
<b>B01AA</b>	<b>Antagonisti della vitamina K</b>		
B01AA03	Warfarin	os	
B01AA07	Acenocumarolo	os	
<b>B01AB</b>	<b>Eparinici</b>		
B01AB01	Eparina calcica	p	
B01AB01	Eparina sodica	p	
B01AB02	Antitrombina III	p	Privilegiare, per la formulazione da 1000 U.I., i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano.

B01AB05	Enoxaparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC.
B01AB05	Enoxaparina biosimilare	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC.
B01AB06	Nadroparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC
B01AB07	Parnaparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC
B01AB08	Reviparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC
B01AB12	Bemiparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC
<b>B01AC</b>	<b>Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina</b>		
B01AC04	Clopidogrel	os	
B01AC05	Ticlopidina	os	
B01AC06	Acido Acetilsalicilico	os	
B01AC07	Dipiramidolo	os, p	
B01AC09	Epoprostenolo	p	Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.
B01AC11	Iloprost	p, inal	
B01AC13	Abciximab	p	
B01AC16	Eptifibatide	p	Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici
B01AC17	Tirofiban	p	
B01AC21	Treprostinil	p	Su specifica richiesta per singolo paziente. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.

B01AC22	Prasugrel	os	Prescrizione su Piano terapeutico <i>web based</i> ai sensi del DA 221/21. La prescrizione del Piano Terapeutico è limitata ai centri HUB della rete per l'infarto, ma è consentito l'impiego anche presso i centri SPOKE della rete medesima. Il rinnovo del Piano Terapeutico è consentito pure ai centri SPOKE, segnalando sul Piano che si tratta di prosecuzione di terapia e riportando altresì la data dell'intervento. La validità massima del piano terapeutico è di sei mesi; eventuale prosecuzione di terapia necessita di un ulteriore piano terapeutico, per un periodo complessivo comunque non superiore ad un anno. La dispensazione deve avvenire esclusivamente da parte delle strutture prescrittrici. I Centri prescrittori devono inviare all'ASP di residenza dei pazienti copie dei PT con cadenza semestrale per l'opportuno monitoraggio. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
B01AC24	Ticagrelor	os	Prescrizione su Piano Terapeutico <i>web based</i> ai sensi del DA 221/21, limitatamente alle cardiologie con emodinamica e cardiologie con UTIC dei centri HUB della rete per l'infarto, e possibilità di impiego anche da parte dei centri SPOKE della rete medesima. La dispensazione deve avvenire da parte delle strutture prescrittrici, dei centri SPOKE o, nel caso di struttura privata, da parte dell'ASP di residenza del paziente. Per gli ambiti di prescrivibilità a carico del SSN si rimanda alle sopra citate note. I Centri prescrittori devono inviare all'ASP di residenza dei pazienti copie dei PT con cadenza semestrale per l'opportuno monitoraggio. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
B01AC25	Cangrelor	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 7278 del 28/01/2019 - Aggiornamento n. 35 del PTORS.
B01AC27	Selexipag	os	Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.
B01AC30	Clopidogrel + ASA	os	Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21
B01AC30	Dipiridamolo + ASA	os	
<b>B01AD</b>	<b>Enzimi</b>		
B01AD02	Alteplasi	p	Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici
B01AD04	Urochinasi	p	
B01AD11	Tenecteplase	p	
B01AD12	Proteina C del plasma umano	p	
<b>B01AE</b>	<b>Inibitori diretti della trombina</b>		

B01AE06	Bivalirudina	p	
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	<p>Per l'indicazione Prevenzione della TEV nei pz adulti sottoposti a interventi di sostituzione elettiva di anca o di ginocchio con prescrizione limitata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Distribuzione Diretta.</p> <p>Per l'indicazione Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV), con uno o più fattori di rischio, quali precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA); età <math>\geq</math> 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA <math>\geq</math> II); diabete mellito; ipertensione" prescrizione ai sensi della Nota AIFA 97 e dispensazione in DPC.</p> <p>Per l'indicazione Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP e EP negli adulti, la prescrizione su PT web-based AIFA è riservata alle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, medicina interna, neurologia, geriatria, e ematologi di centri di trombosi ed emostasi nonchè da parte degli specialisti delle stesse branche convenzionati interni. Distribuzione mediante il canale della DPC.</p> <p>Per i pazienti che modificano la terapia da anti-vitamina K a NAO, la documentazione attestante l'instabilità dell'INR rilevata nei sei mesi precedenti al cambio di terapia, deve essere conservata da parte del prescrittore ed esibita su richiesta da parte dell'ASP.</p>
<b>B01AF</b>	<b>Inibitori diretti del fattore Xa</b>		

B01AF01	Rivaroxaban	os	<p>Per l'indicazione Prevenzione della TEV nei pz adulti sottoposti a interventi di sostituzione elettiva di anca o di ginocchio con prescrizione limitata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Distribuzione Diretta.</p> <p>Per l'indicazione Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV), con uno o più fattori di rischio, quali precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA); età <math>\geq</math> 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA <math>\geq</math> II); diabete mellito; ipertensione" prescrizione ai sensi della Nota AIFA 97 e dispensazione in DPC.</p> <p>Per l'indicazione Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP e EP negli adulti, la prescrizione su PT web-based AIFA è riservata alle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, medicina interna, neurologia, geriatria, e ematologi di centri di trombosi ed emostasi nonché da parte degli specialisti delle stesse branche convenzionati interni. Distribuzione mediante il canale della DPC.</p> <p>Per i pazienti che modificano la terapia da anti-vitamina K a NAO, la documentazione attestante l'instabilità dell'INR rilevata nei sei mesi precedenti al cambio di terapia, deve essere conservata da parte del prescrittore ed esibita su richiesta da parte dell'ASP.</p> <p>Per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici, che presentano coronaropatia (coronary artery disease, CAD) o arteriopatia periferica (peripheral artery disease, PAD) in associazione ad ASA, prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 6880 del 04/02/2021 - Aggiornamento n. 57 del PTORS da parte delle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, angiologia, chirurgia vascolare. Distribuzione Diretta da parte dell'ASP di residenza dei pazienti. La durata massima del PT è di 12 mesi. Poiché le evidenze relative a trattamenti di durata superiore ai 2 anni sono limitate, la terapia, come da PT AIFA, non deve superare i 24 mesi.</p>
B01AF02	Apixaban	os	<p>Per l'indicazione Prevenzione della TEV nei pz adulti sottoposti a interventi di sostituzione elettiva di anca o di ginocchio con prescrizione limitata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Distribuzione Diretta.</p> <p>Per l'indicazione Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV), con uno o più fattori di rischio, quali precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA); età <math>\geq</math> 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA <math>\geq</math> II); diabete mellito; ipertensione" prescrizione ai sensi della Nota AIFA 97 e dispensazione in DPC.</p>

B01AF03	Edoxaban	os	<p>Per l'indicazione Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP e EP negli adulti, la prescrizione su PT web-based AIFA è riservata alle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, medicina interna, neurologia, geriatria, e ematologi di centri di trombosi ed emostasi nonché da parte degli specialisti delle stesse branche convenzionati interni. Distribuzione mediante il canale della DPC.</p> <p>Per i pazienti che modificano la terapia da anti-vitamina K a NAO, la documentazione attestante l'instabilità dell'INR rilevata nei sei mesi precedenti al cambio di terapia, deve essere conservata da parte del prescrittore ed esibita su richiesta da parte dell'ASP.</p>
<b>B01AX</b>	<b>Altri antitrombotici</b>		
B01AX01	Defibrotide	p	Prescrizione da parte delle UU.OO.CC. Ematologia con UTMO dell'AOR "Villa Sofia – Cervello" e dell'AOU "Policlinico V. Emanuele" di Catania e dell'U.O. di Oncoematologia e TMO della Casa di Cura "La Maddalena".
B01AX05	Fondaparinux	p	
B01AX07	Caplacizumab	p	Prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare individuati con il DA 2199/18. La prima somministrazione e.v. deve essere effettuata dal Centro prescrittore prima della plasmaferesi. Successivamente, il Centro deve dispensare il farmaco per tutta la durata del ricovero. Successivamente la distribuzione deve essere effettuata dall'ASP di residenza del paziente.
<b>B02</b>	<b>Antiemorragici</b>		
<b>B02A</b>	<b>Antifibrinolitici</b>		
<b>B02AA</b>	<b>Aminoacidi</b>		
B02AA02	Acido tranexamico	os, p	
<b>B02AB</b>	<b>Inibitori della proteasi</b>		
B02AB02	Alfa 1 antitripsina	p	
<b>B02B</b>	<b>Vitamina K ed altri emostatici</b>		
<b>B02BA</b>	<b>Vitamina K</b>		
B02BA01	Fitomenadione	os, p	
<b>B02B</b>	<b>Vitamina K ed altri emostatici</b>		
<b>B02BB</b>	<b>Fibrinogeno</b>		
B02BB01	fibrinogeno	p	Farmaco non soggetto a compensazione tramite file F
<b>B02BC</b>	<b>Emostatici locali</b>		
B02BC30	Emostatici locali - Tutte le associazioni		Per tutti preparati della classe B02BC30 presenti nel PTORS su richiesta motivata per singolo paziente

<b>B02BD</b>	<b>Fattori della coagulazione del sangue</b>		Prescrizione e somministrazione da parte della <b>Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico G Rodolico - San Marco"</b> di Catania e dell' <b>U.O. di Ematologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone"</b> di Palermo ai sensi del D.A. 2199/18, su PT regionale di cui alla nota prot. n. 20533 del 04/05/2020. Un eventuale switch di terapia deve essere motivato e può essere effettuato esclusivamente dai responsabili dei Centri individuati. Al fine di assicurare la continuità terapeutica per i pazienti emofilici domiciliati in zone distanti dai predetti Centri, il rinnovo dei PT è consentito anche agli <b>specialisti ematologi presso i servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale delle Aziende Sanitarie</b> . In tali casi, il PT deve essere inviato al Centro di riferimento per la validazione secondo quanto specificato nella nota sopra citata
B02BD01	Fattori della coagulazione del sangue	p	Privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano liofilizzato	p	Per la formulazione da 1000 U.I. privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD02	Moroctocog alfa	p	
B02BD02	Octocog alfa	p	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione da DNAr	p	
B02BD02	Simoctocog	p	
B02BD02	Turoctocog	p	
B02BD02	Turoctocog alfa pegol	p	
B02BD02	Efmoroctocog alfa	p	
B02BD02	Lonooctocog alfa	p	
B02BD02	Damooctocog alfa pegol	p	
B02BD02	Rurioctocog alfa pegol	p	
B02BD03	Complesso protrombinico umano	p	Privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD04	Fattore IX di coagulazione del sangue umano liofilizzato	p	Per la formulazione da 500 U.I. privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD04	Eftrenonacog alfa	p	
B02BD04	Nonacog alfa	p	
B02BD05	Fattore VII di coagulazione del sangue umano liofilizzato	p	
B02BD06	Fattore di Von Willebrand e Fattore VIII	p	
B02BD08	Fattore della coagulazione VIIa	p	
B02BD10	Fattore di Von Willebrand umano	p	
B02BD11	Catridecacog	p	
B02BD14	Susooctocog alfa	p	
<b>B02BX</b>	<b>Altri emostatici per uso sistemico</b>		

B02BX04	Romiplostim	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri per le malattie rare già individuati dalla Regione con il D.A. 2199/18
B02BX05	Eltrombopag	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri per le malattie rare già individuati dalla Regione con il D.A. 2199/18
B02BX06	Emicizumab	p	Prescrizione da parte della Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico G. Rodolico - San Marco" di Catania e dell'U.O. di Ematologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo ai sensi del D.A. 2199/18. Per l'indicazione <b>soggetta a Registro AIFA</b> la prima "richiesta farmaco", della durata di 4 settimane, deve essere dispensata dal Centro Prescrittore; le successive "richieste farmaco" possono essere erogate dall'ASP di residenza del paziente, previa individuazione da parte del clinico della farmacia di riferimento sul Registro AIFA. Per l'indicazione <b>non soggetta a Registro AIFA</b> , prescrizione su <b>PT regionale</b> di cui alla nota prot. n. 20533 del 04/05/2020. Un eventuale switch di terapia deve essere motivato e può essere effettuato esclusivamente dai responsabili dei Centri individuati. Al fine di assicurare la continuità terapeutica per i pazienti emofilici domiciliati in zone distanti dai predetti Centri, il rinnovo dei PT è consentito anche agli specialisti ematologi presso i servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale delle Aziende Sanitarie. In tali casi, il PT deve essere inviato al Centro di riferimento per la vidimazione. Dispensazione ai sensi della Circolare prot. n. 62430 del 05/08/2014.
B02BX07	Lusutrombopag	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri, di cui al D.A. 638/19, già identificati per la prescrizione dei farmaci per l'HCV ad eccezione delle UU.OO. di Infettivologia non previste dalla determina AIFA di riclassificazione del farmaco.
B02BX08	Avatrombopag maleato	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri, di cui al D.A. 638/19, già identificati per la prescrizione dei farmaci per l'HCV ad eccezione delle UU.OO. di Infettivologia non previste dalla determina AIFA di riclassificazione del farmaco.
<b>B03</b>	<b>Farmaci Antianemici</b>		
<b>B03A</b>	<b>Preparati a base di ferro</b>		
<b>B03AA</b>	<b>Ferro bivalente, preparati orali</b>		
B03AA03	Ferroso gluconato	os	
B03AA07	Ferroso solfato	os	
<b>B03AB</b>	<b>Ferro trivalente, preparati orali</b>		
B03AB08	Ferritransferrina	os	
B03AB09	Ferriprotinato	os	
B03AB49	Ferromaltoso	os	
<b>B03AC</b>	<b>Ferro - preparazioni parenterali</b>		
B03AC	Sodio ferrigluconato	os, p	
B03AC	Carbossimaltoso ferrico	p	
<b>B03B</b>	<b>Vitamina B12 ed acido folico</b>		

<b>B03BA</b>	<b>Vitamina B12 (cianocobalamina e derivati)</b>		
B03BA01	Cianocobalamina	os, p	
B03BA03	Idroxocobalamina	p	
<b>B03BB</b>	<b>Acido folico e derivati</b>		
B03BB01	Acido folico	os, p	
<b>B03X</b>	<b>Altri preparati antianemici</b>		
<b>B03XA</b>	<b>Altri preparati antianemici</b>		<b>Prescrizione ai sensi del D.A. 540/14 recante "Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia"</b> limitatamente alle UU.OO. Formalmente riconosciute di Nefrologia e Dialisi, Ematologia, Medicina Interna, Chirurgia, Anestesia e Rianimazione, Oncologia, Pediatria, Gastroenterologia, Servizi di Medicina TrASFusionale e Malattie Infettive Ospedaliere e Universitarie e relativi ambulatori. Centri di Dialisi limitatamente ai pazienti, sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo seguiti dallo stesso Centro. Strutture di ricovero e cura private accreditate per le stesse branche e specialisti ambulatoriali convenzionati interni per le stesse branche
B03XA01	Epoetina alfa	p	Per l'indicazione: <b>incrementare la concentrazione di emoglobina nell'anemia sintomatica (Hb ≤ 10 g/dl) negli adulti con sindromi mielodisplastiche primarie a rischio basso o intermedio - 1 con bassa eritropoietina sierica (&lt; 200 mU/ml)</b> , prescrizione su PT <b>web-based</b> . Prescrizione da parte delle UU.OO. di Ematologia delle Strutture Sanitarie pubbliche e private accreditate. <b>Distribuzione Per Conto</b> .
B03XA01	Epoetina alfa biosimilare	p	
B03XA01	Epoetina beta	p	
B03XA01	Epoetina zeta (alfa biosimilare)	p	
B03XA02	Darbepoetina	p	
B03XA03	Epoetina beta-metossipolietylenglicole	p	
<b>B05</b>	<b>Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali</b>		
<b>B05A</b>	<b>Sangue e prodotti correlati</b>		
<b>B05AA</b>	<b>Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche</b>		
B05AA01	Albumina	p	Nota AIFA 15. Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per la formulazione 50 ml 20% privilegiare i prodotti in contolavorazione derivati dal plasma siciliano. Sospetto di aumento della mortalità rispetto a soluzioni di cristalloidi nelle situazioni critiche associate a ipovolemia.
B05AA02	Proteine plasmatiche umane soluzione	p	
B05AA05	Destrano	p	
B05AA06	Derivati della gelatina (Poligelina)	p	
B05AA07	Etamido	p	Limitatamente al trattamento dell'ipovolemia quando non è indicato l'uso di altri plasma expanders a costo minore

<b>B05B</b>	<b>Soluzioni endovena</b>		
<b>B05BA</b>	<b>Soluzioni nutrizionali parenterali</b>		
B05BA01	Aminoacidi	p	
B05BA02	Emulsioni lipidiche	p	
B05BA03	Destrosio (glucosio) monoidrato	p	
B05BA04	Idrolisati proteici	p	
B05BA10	Tutte le associazioni	p	
<b>B05BB</b>	<b>Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico</b>		
B05BB01	Elettroliti	p	
B05BB02	Elettrolitica associata a carboidrati	p	
<b>B05BC</b>	<b>Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica</b>		
B05BC01	Mannitolo	p	
B05BC49	Glicerolo + sodio cloruro (ATC: B05BC)	P	
<b>B05C</b>	<b>Soluzioni per irrigazioni</b>		
<b>B05CB</b>	<b>Soluzioni saline</b>		
B05CB01	Sodio cloruro	p	
<b>B05CX</b>	<b>Altre soluzioni per irrigazioni</b>		
B05CX03	Glicina	p	
B05CX10	Glicina+Mannitolo	p	
B05CX10	Mannitolo + Sorbitolo	p	
<b>B05D</b>	<b>Soluzioni per dialisi peritoneale</b>		
<b>B05DA</b>	<b>Soluzioni isotoniche</b>		
		p	
<b>B05X</b>	<b>Soluzioni endovena additive</b>		
<b>B05XA</b>	<b>Soluzioni elettrolitiche</b>		
B05XA	Potassio aspartato	p	
B05XA01	Potassio Cloruro	p	
B05XA02	Sodio Bicarbonato	p	
B05XA03	Sodio Cloruro	p	
B05XA05	Magnesio Solfato	p	
B05XA06	Potassio fosfato	P	
B05XA30	Associazioni di elettroliti	P	
<b>B05XB</b>	<b>Aminoacidi</b>		

B05XB02	Alanilglutamina	P	
<b>B05Z</b>	<b>Emodialitici ed emofiltrati</b>		
B05ZA	Soluzioni per emodialisi/emofiltrazioni	p	
B05ZB	Soluzioni per emodiafiltrazione/emofiltrazioni	p	
<b>B06</b>	<b>Altri agenti ematologici</b>		
<b>B06A</b>	<b>Altri agenti ematologici</b>		
<b>B06AA</b>	<b>Enzimi</b>		
<b>B06AC</b>	<b>Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario</b>		
B06AC01	C1-inattivatore	p	Prescrizione su PT cartaceo di cui alla nota prot. n. 80427 del 23/12/2019 - Aggiornamento n. 45 del PTORS da parte dei Centri delle Malattie Rare individuati con il DA 2199/18.
B06AC02	Icatibant acetato	p	Prescrizione su PT cartaceo di cui alla nota prot. n. 77290 del 03/12/2019 - Aggiornamento n. 43 del PTORS da parte dei Centri delle Malattie Rare di cui al DA 2199/18. Distribuzione Diretta per i primi due mesi da parte del Centro Prescrittore e, per il resto della durata del trattamento, dall'ASP di residenza del paziente
B06AC05	Lanadelumab	p	Prescrizione su PT cartaceo di cui alla nota prot. n. 25064 del 28/05/2020 - Aggiornamento n. 49 del PTORS da parte dei Centri delle Malattie Rare di cui al DA 2199/18. Dispensazione ai sensi della Circolare n. 62430 del 05/08/2014.
<b>C</b>	<b>Sistema cardiovascolare</b>		
<b>C01</b>	<b>Terapia cardiaca</b>		
<b>C01A</b>	<b>Glicosidi cardiaci</b>		
<b>C01AA</b>	<b>Glicosidi digitalici</b>		
C01AA05	Digossina	os, p	
C01AA08	Metildigossina	os	
<b>C01B</b>	<b>Antiarritmici, classe I e III</b>		
<b>C01BA</b>	<b>Antiarritmici, classe IA</b>		
C01BA03	Disopiramide	os	
C01BA49	Diidrochinidina	os	
<b>C01BB</b>	<b>Antiarritmici, classe IB</b>		
C01BB02	Mexiletina	os	
<b>C01BC</b>	<b>Antiarritmici, classe IC</b>		
C01BC03	Propafenone	os, p	
C01BC04	Flecainide	os, p	
<b>C01BD</b>	<b>Antiarritmici, classe III</b>		

C01BD01	Amiodarone	os, p	
C01BD07	Dronedarone	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>C01C</b>	<b>Stimolanti cardiaci, esclusi i glucosidi cardiaci</b>		
<b>C01CA</b>	<b>Adrenergici e dopaminergici</b>		
C01CA01	Etilefrina	os, p	
C01CA02	Isoprenalina cloridrato	p	
C01CA03	Noradrenalina	p	
C01CA04	Dopamina	p	
C01CA07	Dobutamina	p	
C01CA19	Fenoldopam	p	Solo nel trattamento di terapie di emergenza dell'ipertensione che richiedono la via endovenosa
C01CA24	Adrenalina	p	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 43112 del 09/10/2020. Formulazione autoiniezzabile da distribuire direttamente su prescrizione specialistica (allergologo) limitatamente ai pazienti a rischio accertato di shock anafilattico.
<b>C01CE</b>	<b>Inibitori della fosfodiesterasi</b>		
C01CE03	Enoximone	p	
<b>C01CX</b>	<b>Altri stimolanti cardiaci</b>		
C01CX08	Levosimendan	p	
<b>C01D</b>	<b>Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache</b>		
<b>C01DA</b>	<b>Nitrati organici</b>		
C01DA02	Nitroglicerina	transd, p, subl	
C01DA08	Isosorbide dinitrato	os, p	
C01DA14	Isosorbide mononitrato	os	
<b>C01E</b>	<b>Altri preparati cardiaci</b>		
<b>C01EA</b>	<b>Prostaglandine</b>		
C01EA01	Alprostadi (alfa-ciclodestrina)	p	
<b>C01EB</b>	<b>Altri preparati cardiaci</b>		
C01EB07	Fruttosio 1,6-difosfato	p	Uso esclusivo in nutrizione parenterale totale
C01EB10	Adenosina	p	
C01EB16	Ibuprofene	p	
C01EB17	Ivabradina	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
C01EB18	Ranolazina	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
<b>C02</b>	<b>Antiipertensivi</b>		

<b>C02A</b>	<b>Sostanze antiadrenergiche ad azione centrale</b>		
<b>C02AB</b>	<b>Metildopa</b>		
C02AB01	Metildopa (levogira)	os	
<b>C02AC</b>	<b>Agonisti dei recettori dell'imidazolina</b>		
C02AC01	Clonidina	transd, os, p	
<b>C02C</b>	<b>Farmaci antiadrenergici ad azione periferica</b>		
<b>C02CA</b>	<b>Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici</b>		
C02CA04	Doxazosin	os	
C02CA06	Urapidil	p	
<b>C02D</b>	<b>Sostanze ad azione sulla muscolatura liscia arteriorale</b>		
<b>C02DD</b>	<b>Derivati nitroferrianiurici</b>		
C02DD01	Sodio nitroprussiato	p	
<b>C02K</b>	<b>Altri antipertensivi</b>		
<b>C02KX</b>	<b>Altri antipertensivi</b>		
C02KX01	Bosentan	os	Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.
C02KX02	Ambrisentan	os	
C02KX04	Macitentan	os	

C02KX05	Riociguat	os	<p>Registro AIFA.</p> <p>Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.</p> <p>Ipertensione Polmonare Cronica Tromboembolica: prescrizione da parte delle cardiologie e pneumologie dei Centri specificatamente individuati D.A. 1238/18 previa presentazione di un giudizio di inoperabilità certificata da un cardiocirurgo esperto nel trattamento della suddetta patologia. Prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro di cui al D.A. 1238/18.</p>
<b>C03</b>	<b>Diuretici</b>		
<b>C03A</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica minore, tiazidi</b>		
<b>C03AA</b>	<b>Tiazidi non associate</b>		
C03AA03	Idroclorotiazide	os	
<b>C03B</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica minore, escluse le tiazidi</b>		
C03BA04	Clortalidone	os	
C03BA11	Indapamide	os	
<b>C03C</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica maggiore</b>		
<b>C03CA</b>	<b>Sulfonamidi, non associate</b>		
C03CA01	Furosemide	os, p	
C03CA03	Piretanide	os	
C03CA04	Torasemide	os, p	
<b>C03D</b>	<b>Farmaci risparmiatori di potassio</b>		
<b>C03DA</b>	<b>Antagonisti dell'aldosterone</b>		
C03DA01	Spironolattone	os	

C03DA02	Canrenoato potassico	os, p	
C03DA03	Canrenone	os	
<b>C03E</b>	<b>Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione</b>		
<b>C03EA</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio</b>		
C03EA01	Idroclorotiazide + amiloride	os	
C03EA01	idroclorotiazide +spironolattone	os	
<b>C03EB</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica maggiore e farmaci risparmiatori di potassio</b>		
C03EB01	Furosemide + Spironolattone	os	
C03EB01	Furosemide + triamterene	os	
<b>C03X</b>	<b>Atri diuretici</b>		
<b>C03XA</b>	<b>Antagonisti della vasopressina</b>		
C03XA01	Tolvaptan	os	Registro AIFA. Per l'indicazione " <b>Trattamento di pazienti adulti con iponatremia secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH)</b> ", prescrizione da parte delle UU.OO. di Nefrologia Ospedaliera. Eventuali richieste di prescrizione da parte delle UU.OO. di Oncologia o Endocrinologia dovranno pervenire su istanza a firma del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria richiedente ai sensi del DA 314/16. Le richieste devono includere un protocollo di gestione integrata del paziente che preveda la collaborazione multidisciplinare tra le UU.OO. (nefrologia, oncologia e/o endocrinologia) avendo cura di indicare l'U.O. da abilitare alla prescrizione del farmaco. Per l'indicazione " <b>per rallentare la progressione dello sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associate al rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con CKD di stadio da 2 a 4 all'inizio del trattamento, con evidenza di malattia in rapida progressione</b> ", indicata: " <i>per rallentare la progressione dello sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associata a rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con CKD in stadio da 2 a 3a all'inizio del trattamento con evidenza di malattia in rapida progressione</i> " Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Ai fini della dispensazione, in caso di mancanza di storia familiare di ADPKD, è necessario <b>allegare l'esito del test genetico.</b>
<b>C04</b>	<b>Vasodilatatori periferici</b>		
<b>C04A</b>	<b>Vasodilatatori periferici</b>		
<b>C04AD</b>	<b>Derivati purinici</b>		
C04AD03	Pentoxifillina	os, p	
<b>C05</b>	<b>Vasoprotettori</b>		
<b>C05A</b>	<b>Sostanze per il trattamento di emorroidi e ragadi anali per uso topico</b>		
<b>C05AA</b>	<b>Prodotti a base di corticosteroidi</b>		
C05AA01	Idrocortisone + benzocaina	t	

C05AA01	idrocortisone+lidocaina	t	
<b>C05B</b>	<b>Terapia antivaricosa</b>		
<b>C05BB</b>	<b>Sostanze sclerosanti per iniezioni locali</b>		
C05BB02	Lauromacrogol 400 (Polidocanolo)	p	Limitatamente all'utilizzo nelle varici dell'apparato gastroenterico ove non è possibile effettuare la legatura
C05BB04	Tetradecil solfato sodico	p	Limitatamente alle varici esofagee e trattamento endoluminale delle varici maggiori
<b>C07</b>	<b>Beta bloccanti</b>		
<b>C07A</b>	<b>Beta bloccanti</b>		
<b>C07AA</b>	<b>Beta bloccanti non selettivi</b>		
C07AA03	Pindololo	os	
C07AA05	Propranololo	os	Per l'indicazione " <i>Emangiomi infantili in fase proliferativa che richiedono una terapia sistemica: emangiomi che costituiscono una minaccia per la vita o per le funzioni; emangiomi ulcerati accompagnati da dolore e/o non rispondenti ai normali interventi di medicazione; emangiomi a rischio di cicatrici o deformazioni permanenti</i> " il trattamento deve essere iniziato in bambini di età tra 5 settimane e 5 mesi. Prescrizione da parte di Centri individuati dalla Regione e pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
C07AA06	Timololo	os	
C07AA07	Sotalolo	os	
<b>C07AB</b>	<b>Beta bloccanti selettivi</b>		
C07AB02	Metoprololo	os, p	
C07AB03	Atenololo	os	
C07AB04	Acebutolo	os	
C07AB05	Betaxololo	os	
C07AB07	Bisoprololo	os	
C07AB08	Celiprololo	os	
C07AB09	Esmololo	p	
C07AB12	Nebivololo	os	
<b>C07AG</b>	<b>Bloccanti dei recettori alfa e beta-adrenergici</b>		
C07AG01	Labetalolo	os, p	
C07AG02	Carvedilolo	os	
<b>C07B</b>	<b>Beta bloccanti e tiazidi</b>		
<b>C07BB</b>	<b>Beta bloccanti selettivi e tiazidi</b>		
C07BB07	Bisoprololo+idroclorotiazide	os	

<b>C07C</b>	<b>Beta bloccanti ed altri diuretici</b>		
<b>C07CA</b>	<b>Beta bloccanti non selettivi ed altri diuretici</b>		
C07CA02	Oxprenololo +clortalidone	os	
<b>C07CB</b>	<b>Beta bloccanti selettivi ed altri diuretici</b>		
C07CB02	Metoprololo + clortalidone	os	
C07CB03	Atenololo + clortalidone	os	
C07CB03	Atenololo + indapamide	os	
<b>C08</b>	<b>Calcio-antagonisti</b>		
<b>C08C</b>	<b>Calcio-antagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare</b>		
<b>C08CA</b>	<b>Derivati diidropiridinici</b>		
C08CA01	Amlodipina	os	
C08CA02	Felodipina	os	
C08CA03	Isradipina	os	
C08CA04	Nicardipina	os	
C08CA05	Nifedipina	os	
C08CA06	Nimodipina	p	Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici per l'emorragia subaracnoidea
C08CA07	Nisoldipina	os	
C08CA08	Nitrendipina	os	
C08CA09	Lacidipina	os	
C08CA11	Manidipina	os	
C08CA12	Barnidipina	os	
C08CA13	Lercanidipina	os	
C08CA16	Cledidipina	p	
<b>C08D</b>	<b>Calcio-antagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto</b>		
<b>C08DA</b>	<b>Derivati fenilalchilaminici</b>		
C08DA01	Verapamil	os, p	
C08DA02	Gallopamil	os	
<b>C08DB</b>	<b>Derivati benzotiazepinici</b>		
C08DB01	Diltiazem	os, p	
<b>C09</b>	<b>Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina</b>		
<b>C09A</b>	<b>Ace-inibitori, non associati</b>		
<b>C09AA</b>	<b>Ace-inibitori, non associati</b>		

C09AA01	Captopril	OS	
C09AA02	Enalapril	OS	
C09AA03	Lisinopril	OS	
C09AA04	Perindopril	OS	
C09AA05	Ramipril	OS	
C09AA06	Quinapril	OS	
C09AA07	Benazepril	OS	
C09AA08	Cilazapril	OS	
C09AA09	Fosinopril	OS	
C09AA10	Trandolapril	OS	
C09AA11	Spirapril	OS	
C09AA12	Delapril	OS	
C09AA13	Moexipril	OS	
C09AA15	Zofenopril	OS	
<b>C09B</b>	<b>ACE-inibitori, associazioni</b>		
<b>C09BA</b>	<b>ACE-inibitori e diuretici</b>		
C09BA02	Enalapril + Idroclorotiazide	OS	
C09BA03	Lisinopril + Idroclorotiazide	OS	
C09BA04	Perindopril +Indapamide	OS	
C09BA05	Ramipril + Idroclorotiazide	OS	
C09BA06	Quinapril + Idroclorotiazide	OS	
C09BA07	Benazepril + Idroclorotiazide	OS	
C09BA08	Cilazapril +Idroclorotiazide	OS	
C09BA09	Fosinopril + Idroclorotiazide	OS	
C09BA12	Delapril + Indapamide	OS	
C09BA13	Moexipril + idroclorotiazide	OS	
<b>C09C</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II, non associati</b>		
<b>C09CA</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II, non associati</b>		
C09CA01	Losartan	OS	
C09CA02	Eprosartan	OS	
C09CA03	Valsartan	OS	
C09CA04	Irbesartan	OS	

C09CA06	Candesartan	OS	
C09CA07	Telmisartan	OS	
C09CA08	Olmesartan	OS	
<b>C09D</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II, associazioni</b>		
<b>C09DA</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</b>		
C09DA01	Losartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA03	Valsartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA04	Irbesartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA06	Candesartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA07	Telmisartan + Idroclorotiazide	OS	
<b>C09DX</b>	<b>Antagonisti del recettore per l'angiotensina II, altre associazioni</b>		
C09DX04	Sacubritil valsartan	OS	Registro AIFA. Prescrizione, da parte delle UU.OO. di cardiologia e medicina interna delle Aziende Sanitarie individuate dalla Regione. Prescrizione previa acquisizione dell'attestazione del MMG inerente la pregressa prescrizione regolare e continuativa con un ACE inibitore o un sartano a dose terapeutica per almeno sei mesi, mediante compilazione della specifica scheda regionale e autorizzazione da parte dell'ASP di pertinenza. Distribuzione Diretta da parte dell'ASP di residenza del paziente. L'elenco dei centri è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato.
<b>C09X</b>	<b>Altre sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina</b>		
<b>C09XA</b>	<b>Inibitori della renina</b>		
C09XA02	Aliskiren	OS	
<b>C10</b>	<b>Sostanze modificatrici dei lipidi</b>		
C10	Volanesorsen	P	Registro AIFA. Prescrizione su istanza, da inoltrare al Servizio 4 – Programmazione Ospedaliera, da parte delle Aziende Sanitarie presso cui insistono le UU.OO. afferenti all'area nosologica 4 – Malattie del Metabolismo – della Rete Regionale delle malattie rare di cui al D.A. n. 2199/18. Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore.
<b>C10A</b>	<b>Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate</b>		
<b>C10AA</b>	<b>Inibitori della HMG CoA reduttasi</b>		
C10AA01	Simvastatina	OS	
C10AA02	Lovastatina	OS	
C10AA03	Pravastatina	OS	
C10AA04	Fluvastatina	OS	
C10AA05	Atorvastatina	OS	

C10AA07	Rosuvastatina	os	
<b>C10AB</b>	<b>Fibrati</b>		
C10AB02	Bezafibrato	os	
C10AB04	Gemfibrozil	os	
C10AB05	Fenofibrato	os	
<b>C10AC</b>	<b>Sequestranti degli acidi biliari</b>		
C10AC01	Colestiramina		
<b>C10AX</b>	<b>Altre sostanze modificatrici di lipidi</b>		
C10AX09	Ezetimibe	os	
C10AX12	Lomitapide	os	Il referto del test genetico o, qualora non eseguibile, l'esito del Dutch Lipid Score devono essere allegati alla prescrizione al fine di consentire l'erogazione del farmaco. Prescrizione limitata all'Unità di Medicina Interna e Centro per le Malattie Dismetaboliche - AOUP "P. Giaccone" di Palermo. Distribuzione diretta, per i primi tre mesi di terapia, da parte del Centro Prescrittore e, successivamente, dall'ASP di residenza del paziente.
C10AX13	Evolocumab	p	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri formalmente individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. L'erogazione del farmaco potrà avvenire esclusivamente previa presentazione di un'attestazione del MMG inerente la pregressa prescrizione regolare e continuativa di statine ad alta potenza + ezetimibe al massimo della dose tollerata ai sensi della nota AIFA 13. Tale scheda è pubblicata sul sito dell'Assessorato della Salute con nota prot. n. 34871 del 27/04/2017. Nei casi di ipercolesterolemia familiare omozigote o eterozigote sarà necessario allegare una certificazione, redatta dallo specialista, relativa alla specifica tipologia di colesterolemia del paziente elaborata mediante l'utilizzo del <i>Dutch Lipid Score</i> . In caso di intolleranza alla terapia con statine è necessario acquisire l'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR) inserita nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) riportante le condizioni previste dal Registro AIFA. Periodicamente verrà monitorato il numero di pazienti posti in trattamento valutando altresì l'aderenza alla terapia. Nei pazienti con infarto del miocardio recente (entro 12 mesi) e in quelli con storia di eventi cardiovascolari multipli non è obbligatorio compilare la scheda per la prescrizione di cui alla nota prot. n. 34871 del 27/04/2017.
C10AX14	Alirocumab	p	Inserito in PTORS per le indicazioni riportate nella scheda di monitoraggio AIFA con prescrizione e dispensazione da parte degli stessi Centri, pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute, individuati per il p.a. evolocumab. L'erogazione del farmaco dovrà avvenire esclusivamente previa presentazione di un'attestazione del MMG (modello allegato all'aggiornamento n. 19 - nota prot. n. 46294 del 06/06/2017) inerente la pregressa prescrizione regolare e continuativa di statine ad alta potenza + ezetimibe al massimo della dose tollerata ai sensi della nota AIFA 13. Registro AIFA. Nei pazienti con infarto del miocardio recente (entro 12 mesi) e in quelli con storia di eventi cardiovascolari multipli non è obbligatorio compilare la scheda per la prescrizione di cui alla nota prot. n. 34871 del 27/04/2017.
<b>C10B</b>	<b>Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni</b>		

<b>C10BA</b>	<b>Inibitori della HMG CoA reductasi in associazione con altre sostanze Ezetimibe + Simvastatina</b>		
C10BA02	Ezetimibe + Simvastatina	os	
C10BA06	Ezetimibe + Rosuvastatina	os	Da utilizzare come terapia sostitutiva in pazienti adulti adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati contemporaneamente come prodotti separati.
<b>D</b>	<b>Dermatologici</b>		
<b>D01</b>	<b>Antimicotici per uso dermatologico</b>		
<b>D01A</b>	<b>Antimicotici per uso topico</b>		
<b>D01AC</b>	<b>Derivati imidazolici e triazolici</b>		
D01AC01	Clotrimazolo	t	
D01AC02	Miconazolo	t	
D01AC03	Econazolo	t	
D01AC05	Isoconazolo	t	
D01AC07	Tioconazolo	t	
D01AC08	Ketoconazolo	t	
D01AC10	Bifonazolo	t	
D01AC12	Fenticonazolo	t	
D01AC14	Sertaconazolo	t	
D01AC15	Fluconazolo	t	
D01AC16	Flutrimazolo	t	
<b>D01B</b>	<b>Antimicotici per uso sistemico</b>		
<b>D01BA</b>	<b>Antimicotici per uso sistemico</b>		
D01BA01	Griseofulvina	os	
D01BA02	Terbinafina	os	
<b>D03</b>	<b>Preparati per il trattamento di ferite e ulcerazioni</b>		
<b>D03A</b>	<b>Cicatrizzanti</b>		
<b>D03AX</b>	<b>Altri cicatrizzanti</b>		
D03AX	Catalasi equina + gentamicina	t	
D03AX05	Acido ialuronico, sale sodico	t	
D03AX49	Fruento estratto + fenossietanolo	t	
<b>D03B</b>	<b>Enzimi</b>		
<b>D03BA</b>	<b>Enzimi proteolitici</b>		

D03BA03	Enzimi proteolitici arricchiti di bromelina	t	Indicato per "la rimozione dell'escara in adulti con ustioni termiche profonde a spessore parziale e completo". Farmaco ad uso esclusivo da parte dei Centri Grandi Ustionati regionali.
D03BA52	Clostridio peptidasi (Collagenasi)	t	Sono escluse le associazioni con cloramfenicolo
<b>D04</b>	<b>Antipruriginosi, inclusi antistaminici, anestetici, etc.</b>		
<b>D04A</b>	<b>Altri antipruriginosi</b>		
<b>D04AB</b>	<b>Anestetici per uso topico</b>		
D04AB01	Lidocaina cloridrato 5%	t	Da utilizzare esclusivamente come anestetico delle mucose accessibili del cavo oro-faringeo, prurito ano-rettale e come anestetico in caso di lievi lesioni della cute.
<b>D05</b>	<b>Antipsoriasici</b>		
<b>D05AX</b>	<b>Altri antipsoriasici per uso topico</b>		
D05AX02	Calcipotriolo	t	
D05AX04	Tacalcitolo	t	
D05AX05	Tazarotene	t	
<b>D05B</b>	<b>Antipsoriasici per uso sistemico</b>		
<b>D05BB</b>	<b>Retinoidi per il trattamento della psoriasi</b>		
D05BB02	Acitretina	os	Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 12518 del 04/03/2020 - da parte degli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata.
<b>D06</b>	<b>Antibiotici e chemioterapici antibatterici per uso dermatologico</b>		
<b>D06A</b>	<b>Antibiotici per uso topico</b>		
<b>D06AX</b>	<b>Altri antibiotici per uso topico</b>		
D06AX01	Acido fusidico	t	
D06AX04	Neomicina	t	
D06AX07	Gentamicina	t	
D06AX09	Mupirocina	t	
D06AX12	Amikacina	t	
<b>D06B</b>	<b>Chemioterapici per uso topico</b>		
<b>D06BA</b>	<b>Sulfonamidi</b>		
D06BA01	Sulfadiazina argantica	t	
D06BA51	Sulfadiazina argantica associazioni	t	
<b>D06BB</b>	<b>Antivirali</b>		
D06BB03	Aciclovir	t	
D06BB04	Podofillosina	t	

D06BB06	Penciclovir	t	
D06BB10	Imiquimod	t	Per il trattamento topico dei " <b>carcinomi basocellulari e dei condilomi acuminati</b> " prescrizione del PT AIFA GURI n. 188 del 14/08/2014. Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per il " <b>trattamento della cheratosi attinica</b> " prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 32665 del 12/07/2021 - Aggiornamento n. 61 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale erogando un numero di confezioni che permettano di garantire l'intero ciclo di trattamento previsto. Qualora non sia possibile effettuare il primo ciclo di distribuzione dopo visita ambulatoriale, lo specialista avrà cura di consegnare al paziente, unitamente al PT, la prescrizione SSN o il promemoria della ricetta dematerializzata, con i quali il paziente potrà recarsi presso la farmacia convenzionata per il ritiro del farmaco.
D06BB12	Sinecatichine	t	Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di Dermatologia
<b>D06BX</b>	<b>Altri chemioterapici</b>		
<b>D07</b>	<b>Corticosteroidi, preparati dermatologici</b>		
<b>D07A</b>	<b>Corticosteroidi, non associati</b>		
<b>D07AB</b>	<b>Corticosteroidi ad attività moderata (gruppo II)</b>		
D07AB01	Clobetasone	t	
D07AB02	Idrocortisone butirrato	t	
D07AB04	Fluocortin	t	
D07AB08	Desonide	t	
D07AB10	Aclometasone	t	
D07AB19	Desametasone	t	
<b>D07AC</b>	<b>Corticosteroidi, ad attività forte (gruppo III)</b>		
D07AC01	Betametasone	t	
D07AC03	Desossimetasone	t	
D07AC04	Fluocinolone acetoneide	t	
D07AC05	Fluocortolone pivalato e caproato	t	
D07AC06	Diflucortolone	t	
D07AC08	Fluocinonide	t	
D07AC09	Budesonide	t	
D07AC13	Mometasone	t	
D07AC14	Metilprednisolone aceponato	t	
D07AC15	Beclometasone	t	
D07AC17	Fluticasone	t	

D07AC18	Prednicarbato	t	
<b>D07AD</b>	<b>Corticosteroidi ad attività molto forte (gruppo IV)</b>		
D07AD01	Clobetasolo	t	
D07AD02	Alcinonide	t	
<b>D07C</b>	<b>Corticosteroidi, associazioni con antibiotici</b>		
<b>D07CC</b>	<b>Corticosteroidi ad attività forte, associazione con antibiotici</b>		
D07CC01	Gentamicina solfato + Betametasone valerato	t	
D07CC01	Acido fusidico + betametasone	t	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Dermatologia.
<b>D08</b>	<b>Antisettici e disinfettanti</b>		
<b>D08A</b>	<b>Antisettici e disinfettanti</b>		Ogni Azienda Sanitaria potrà valutare l'impiego dei disinfettanti (incluse le associazioni precostituite) secondo le indicazioni delle rispettive commissioni interne per le infezioni ospedaliere (CIO) e, a parità di efficacia e sicurezza, secondo un principio di economicità.
<b>D10</b>	<b>Preparati antiacne</b>		
<b>D10B</b>	<b>Preparati antiacne per uso sistemico</b>		
<b>D10BA</b>	<b>Retinoidi per il trattamento dell'acne</b>		
D10BA01	Isotretinoina	os	Prescrizione limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN
<b>D11</b>	<b>Altri preparati dermatologici</b>		
<b>D11A</b>	<b>Altri preparati dermatologici</b>		
<b>D11AH</b>	<b>Preparati per dermatite, esclusi corticosteroidi</b>		
D11AH01	Tacrolimus	t	Limitatamente alle Aziende che hanno U.O. di Dermatologia
D11AH02	Pimecrolimus	t	Limitatamente alle Aziende che hanno U.O. di Dermatologia
D11AH04	Alitretinoina	os	Con raccomandazione di sospendere il trattamento in caso di risposta adeguata (eczema guarito o quasi guarito), persistenza della forma grave dopo 12 settimane, risposta non adeguata dopo 24 settimane. Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

D11AH05	Dupilumab	p	<p>Registro AIFA. Per l'indicazione <b>dermatite atopica</b>, prescrizione da parte dei Centri prescrittori individuati dalla Regione, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Accesso al fondo farmaci innovativi per la sola indicazione dermatologica. Per i Centri privati, l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18. Per l'indicazione <b>asma</b>, prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte dei Centri abilitati alla prescrizione dei farmaci per il trattamento dell'asma grave, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. La terapia deve essere iniziata da operatori sanitari esperti nella diagnosi e nel trattamento delle condizioni per cui il farmaco è indicato. Successivamente, il medico abilitato alla prescrizione, esperto nella diagnosi e nel trattamento di forme gravi di asma, potrà decidere se continuare la somministrazione delle terapia da parte di un operatore sanitario oppure considerare l'avvio dei pazienti all'autosomministrazione previa adeguata formazione e relativa attestazione. In tal caso, distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza per il restante periodo di trattamento.</p> <p>Ai fini della dispensazione è necessario allegare al PT AIFA il referto della spirometria ed il dosaggio degli eosinofili. È necessario fornire adeguata formazione ai pazienti e/o a chi li assiste riguardo alla preparazione e alla somministrazione di dupilumab prima del suo impiego.</p> <p>Per l'indicazione <b>rinosinusite cronica con poliposi nasale</b> prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte dei Centri individuati dalla Regione, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.</p> <p>In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia pregressa con corticosteroidi, la farmacia ospedaliera, ai fini della dispensazione del medicinale, dovrà acquisire l'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa inserita nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.</p> <p>Come da disposizioni AIFA, è opportuna la rivalutazione dopo 6 mesi di trattamento con il medicinale e considerare la sospensione in caso di mancata risposta. È necessario fornire adeguata formazione ai pazienti e/o a chi li assiste riguardo alla preparazione e alla somministrazione di dupilumab prima del suo impiego.</p>
D11AX	<b>Altri dermatologici</b>		
D11AX18	Diclofenac	t	<p>Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. XXX del 09/07/2021 - Aggiornamento n. 61 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale erogando un numero di confezioni che permettano di garantire l'intero ciclo di trattamento previsto. Qualora non sia possibile effettuare il primo ciclo di distribuzione dopo visita ambulatoriale, lo specialista avrà cura di consegnare al paziente, unitamente al PT, la prescrizione SSN o il promemoria della ricetta dematerializzata, con i quali il paziente potrà recarsi presso la farmacia convenzionata per il ritiro del farmaco.</p>
<b>G</b>	<b>Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali</b>		
<b>G01</b>	<b>Antinfettivi ed antisettici ginecologici</b>		
<b>G01A</b>	<b>Antinfettivi ed antisettici, escluse le associazioni con corticosteroidi</b>		

<b>G01AA</b>	<b>Antibiotici</b>		
G01AA	Meclociclina	vag	
G01AA	Kanamicina	vag	
G01AA05	Cloramfenicolo	vag	
G01AA09	Mepartricina	vag	
G01AA10	Clindamicina	vag	
<b>G01AF</b>	<b>Derivati imidazolici</b>		
G01AF01	Metronidazolo	vag	
G01AF02	Clotrimazolo	vag	
G01AF04	Miconazolo	vag	
G01AF05	Econazolo	vag	
G01AF07	Isoconazolo	vag	
G01AF12	Fenticonazolo	vag	
G01AF13	Azanidazolo	vag	
G01AF49	Sertaconazolo	vag	
<b>G01AX</b>	<b>Altri antinfettivi e antisettici</b>		
G01AX05	Nifuratel	vag	
G01AX11	Povidone iodio	vag	
G01AX12	Ciclopirox	vag	
<b>G02</b>	<b>Altri ginecologici</b>		
<b>G02A</b>	<b>Ossitocici</b>		
<b>G02AB</b>	<b>Alcaloidi della segale cornuta</b>		
G02AB01	Metilergometrina	os, p	
<b>G02AD</b>	<b>Prostaglandine</b>		
G02AD02	Dinoprostone	vag, p	
G02AD05	Sulprostone	p	
G02AD06	Misoprostolo	os	
<b>G02C</b>	<b>Altri preparati ginecologici</b>		
<b>G02CA</b>	<b>Simpaticomimetici, tocolitici</b>		
G02CA01	Ritodrina	p	
<b>G02CB</b>	<b>Inibitori della secrezione di prolattina</b>		
G02CB01	Bromocriptina	os	

G02CB03	Cabergolina	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
G02CB05	Metergolina	os	
<b>G02CX</b>	<b>Altri ginecologici</b>		
G02CX01	Atosiban	p	
<b>G03</b>	<b>Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale</b>		
<b>G03A</b>	<b>Contraccettivi ormonali sistemici</b>		
<b>G03AA</b>	<b>Associazioni fisse estro- progestiniche</b>		Limitatamente ai consultori familiari con costi a carico degli stessi
<b>G03AB</b>	<b>Preparati sequenziali estro- progestinici</b>		Limitatamente ai consultori familiari con costi a carico degli stessi
<b>G03AC</b>	<b>Progestinici</b>		Limitatamente ai consultori familiari con costi a carico degli stessi
<b>G03B</b>	<b>Androgeni</b>		
<b>G03BA</b>	<b>Derivati del 3-ossoandrostene (4)</b>		
G03BA03	Testosterone	os, p, t	Prescrizione ai sensi della Nota AIFA 36 da parte delle UU.OO. di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per la forma farmaceutica gel 2% la prescrizione è limitata alle UU.OO. di Endocrinologia e Urologia delle Aziende Sanitarie. Le confezioni classificate A PHT sono dispensate in DPC
<b>G03BB</b>	<b>Derivati del 5-androstanone (3)</b>		
G03BB01	Mesterolone	os	
<b>G03C</b>	<b>Estrogeni</b>		
<b>G03CA</b>	<b>Estrogeni naturali e semisintetici, non associati</b>		
G03CA01	Etinilestradiolo	os	
G03CA03	Estradiolo	transd	
G03CA04	Estriolo	vag	
G03CA09	Promestriene	vag	
<b>G03CX</b>	<b>Altri estrogeni</b>		
G03CX01	Tibolone	os	
<b>G03D</b>	<b>Progestinici</b>		
<b>G03DA</b>	<b>Derivati del pregnene (4)</b>		
G03DA02	Medrossiprogesterone	os	
G03DA03	Idrossiprogesterone caproato	p	
G03DA04	Progesterone	p, vag	
<b>G03DB</b>	<b>Derivati del pregnadiene</b>		
G03DB01	Didrogesterone	os	

G03DB04	Nomegestrolo	os	
<b>G03DC</b>	<b>Derivati dell'estrene</b>		
G03DC02	Noretisterone	os	
<b>G03G</b>	<b>Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione</b>		
<b>G03GA</b>	<b>Gonadotropine</b>		Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/2011 e s.m.i. Limitare ad un mese la durata del piano terapeutico. Riportare il valore di FSH determinato in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico. Prescrizione a carico del SSN in ottemperanza alla nota AIFA 74 e al D.A.n. 540/14, su PT <i>web-based</i> regionale di cui alla circolare n. 11 del 2 agosto 2017. Distribuzione mediante canale della DPC.
G03GA01	Gonadotropina corionica	p	
G03GA02	Menotropina	p	
G03GA04	Urofollitropina	p	
G03GA05	Follitropina alfa biosimilare	p	
G03GA05	Follitropina alfa	p	
G03GA06	Follitropina beta	p	
G03GA07	Lutropina alfa	p	
G03GA09	Coriofollitropina alfa	P	
G03GA10	Follitropina delta	p	
G03GA30	Follitropina alfa e Lutropina alfa	P	
<b>G03GB</b>	<b>Stimolanti sintetici dell'ovulazione</b>		
G03GB02	Clomifene	os	
<b>G03H</b>	<b>Antiandrogeni</b>		
<b>G03HA</b>	<b>Antiandrogeni, non associati</b>		
G03HA01	Ciproterone	os, p	
<b>G03HB</b>	<b>Antiandrogenici ed estrogeni</b>		
G03HB01	Ciproterone+ Etinilestradiolo	os	
<b>G03X</b>	<b>Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale</b>		
<b>G03XA</b>	<b>Antigonadotropine e sostanze similari</b>		
G03XA01	Danazolo	os	
<b>G03XB</b>	<b>Antiprogestinici</b>		
G03XB01	Mifepristone	os	
<b>G03XC</b>	<b>Modulatori selettivi dei recettori estrogenici</b>		

G03XC01	Raloxifene	os	
<b>G04</b>	<b>Urologici</b>		
<b>G04B</b>	<b>Urologici</b>		
<b>G04BD</b>	<b>Farmaci per la frequenza urinaria e l'incontinenza</b>		
G04BD07	Tolterodina	os	
G04BD08	Solifenacina	os	
<b>G04BE</b>	<b>Farmaci usati nella disfunzione dell'erezione</b>		
G04BE03	Sildenafil	os	Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.
G04BE03	Sildenafil	os	<p>Inserita in PTORS la confezione da 25 mg orodispersibile alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per i pazienti prostatectomizzati: medicinale prescrivibile, previa attestazione che nell'intervento sia stata utilizzata la tecnica "nerve sparing", su redazione di Piano Terapeutico (PT) con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino a un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di un minimo di 3 fino ad un massimo di 6 confezioni ogni tre mesi di sildenafil 25 mg 8 cpr, pari ad una posologia rispettivamente di 2 o 4 cpr a settimana a seconda del bisogno.</li> <li>- per i pazienti medullosesi: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità annuale, rinnovabile. Il PT prevederà la prescrizione di un minimo di 12 confezioni/anno fino ad un massimo di 24 confezioni/anno di sildenafil 25 mg 8 cpr, pari ad una posologia di 2 o 4 cpr a settimana a seconda del bisogno;</li> <li>- per i pazienti con lesione iatrogena conseguente a radioterapia della regione pelvica: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino ad un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di un minimo di 3 fino ad un massimo di 6 confezioni ogni tre mesi di sildenafil 25 mg 8 cpr, pari ad una posologia rispettivamente di 2 o 4 cpr a settimana a seconda del bisogno.</li> </ul> <p>Le figure specialistiche individuate alla prescrizione del PT sono Urologi e Neurologi di strutture pubbliche e accreditate ai sensi della nota AIFA 75 pubblicata nella GURI n. 7 del 10/01/2017. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.</p>

G04BE08	Tadalafil	os	<p>Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18 Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.</p>
G04BE08	Tadalafil	os	<p>Inserita in PTORS la confezione di Cialis 12 cpr 20 mg alle seguenti condizioni:  - <u>per i pazienti prostatectomizzati</u>: medicinale prescrivibile, previa attestazione che nell'intervento sia stata utilizzata la tecnica "nerve sparing", su redazione di Piano Terapeutico (PT) con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino a un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di due sole confezioni ogni tre mesi di Cialis 20 mg 12 cpr, pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.  - <u>per i pazienti medullosesi</u>: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità annuale, rinnovabile, per la prescrizione di otto confezioni/anno di Cialis 20 mg 12 cpr, pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.- <u>per i pazienti con lesione iatrogena conseguente a radioterapia</u> della regione pelvica: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino ad un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di due sole confezioni ogni tre mesi pari ad una posologia di 2 cpr da 20 mg a settimana.  Le figure specialistiche individuate alla prescrizione del PT sono Urologi e Neurologi di strutture pubbliche e accreditate ai sensi della nota AIFA 75 pubblicata nella GURI n. 7 del 10/01/2017. Il medicinale sarà dispensato dal Centro Prescrittore.</p>

G04BE09	Vardenafil	os	<p>Inserita in PTORS la confezione da 20 mg 12 cpr con prescrizione ai sensi della nota AIFA 75 alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>per i pazienti prostatectomizzati</u>: medicinale prescrivibile, previa attestazione che nell'intervento sia stata utilizzata la tecnica "nerve sparing", su redazione di Piano Terapeutico (PT) con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino a un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di due sole confezioni ogni tre mesi pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.</li> <li>- <u>per i pazienti con lesione iatrogena conseguente a radioterapia della regione pelvica</u>: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino ad un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di due sole confezioni ogni tre mesi pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.</li> <li>- <u>per i pazienti medullosesi</u>: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità annuale, rinnovabile, per la prescrizione di otto confezioni/anno pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.</li> </ul> <p>Le figure specialistiche individuate alla prescrizione del PT sono Urologi e Neurologi di strutture pubbliche e accreditate ai sensi della nota AIFA 75 pubblicata nella GURI n. 7 del 10/01/2017. Il medicinale sarà dispensato dal Centro Prescrittore.</p>
G04BE10	Avanafil	os	<p>Inserite in PTORS le confezioni da 100 e 200 mg 12 cpr alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>per i pazienti prostatectomizzati</u>: medicinale prescrivibile, previa attestazione che nell'intervento sia stata utilizzata la tecnica "nerve sparing", su redazione di Piano Terapeutico (PT) con validità trimestrale, rinnovabile di tre mesi in tre mesi sino a un massimo di un anno (inteso come periodo riabilitativo). Il PT prevederà la prescrizione di due sole confezioni ogni tre mesi pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.</li> <li>- <u>per i pazienti medullosesi</u>: medicinale prescrivibile su redazione di PT con validità annuale, rinnovabile, per la prescrizione di otto confezioni/anno pari ad una posologia di 2 cpr a settimana.</li> </ul> <p>La dose raccomandata, per tutte le indicazioni, è di 100 mg assunti al bisogno. In base all'efficacia e alla tollerabilità individuale, la dose può essere aumentata fino ad un massimo di 200 mg. Nei pazienti in trattamento concomitante con inibitori moderati del CYP3A4 la dose massima raccomandata di avanafil non deve superare 100 mg, con un intervallo di almeno 48 ore tra le dosi.</p> <p>Le figure specialistiche individuate alla prescrizione del PT sono Urologi e Neurologi di strutture pubbliche e accreditate ai sensi della nota AIFA 75 pubblicata nella GURI n. 7 del 10/01/2017. Il medicinale sarà dispensato dal Centro Prescrittore.</p>
<b>G04BX</b>	<b>Altri urologici</b>		
G04BX49	Lidocaina	t	
<b>G04C</b>	<b>Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna</b>		
<b>G04CA</b>	<b>Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici</b>		
G04CA	Doxazosina	os	
G04CA01	Alfuzosina	os	
G04CA02	Tamsulosina	os	
G04CA03	Terazosina	os	

<b>G04CB</b>	<b>Inibitori della testosterone-5-alfa riduttasi</b>		
G04CB01	Finasteride	os	
G04CB02	Dutasteride	os	
<b>H</b>	<b>Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali e le insuline</b>		
<b>H01</b>	<b>Ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi</b>		
<b>H01A</b>	<b>Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi ed analoghi</b>		
<b>H01AA</b>	<b>ACTH</b>		
H01AA02	Tetracosactide	p	
<b>H01AB</b>	<b>Tirotropina</b>		
H01AB01	Tirotropina alfa	p	
<b>H01AC</b>	<b>Somatropina ed agonisti della somatropina</b>		
H01AC01	Somatropina	p	Prescrizione, ai sensi della nota AIFA 39, da parte dei Centri di cui al D.D.G. n. 588/2018 su modelli di PT di cui alla circolare n. 2 del 16/04/2021. Per i bambini con età inferiori a 2 anni e per l'età adulta prescrizione su PT di cui alla circolare n. 2 dell'11/06/2020. Prescrizione ai sensi del D.A. 540/14. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di trattamento.
H01AC03	Mecasermina	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>H01AX</b>	<b>Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi</b>		
H01AX01	Pegvisomant	p	Limitatamente ai Centri individuati dalla Regione di cui al D.A. n. 1241/18. Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore.
<b>H01B</b>	<b>Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi</b>		
<b>H01BA</b>	<b>Vasopressina ed analoghi</b>		
H01BA02	Desmopressina	p, inal	
H01BA04	Terlipressina	p	
<b>H01BB</b>	<b>Ossitocina e derivati</b>		
H01BB02	Ossitocina	p	
H01BB03	Carbetocina	P	Limitatamente ai parti cesarei su pazienti ad alto rischio con placenta previa o parto gemellare.
<b>H01C</b>	<b>Ormoni ipotalamici</b>		
<b>H01CA</b>	<b>Ormoni liberatori delle gonadotropine</b>		
H01CA01	Gonadorelina	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>H01CB</b>	<b>Somatostatina ed analoghi</b>		
H01CB01	Somatostatina	p	Per l'indicazione acromegalia: prescrizione limitata ai Centri di cui al DA 1241/18.

H01CB02	Octreotide	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione acromegalia: prescrizione limitata ai Centri di cui al DA 1241/18.
H01CB03	Lanreotide	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione acromegalia: prescrizione limitata ai Centri di cui al DA 1241/18.
H01CB05	Pasireotide	p	Registro AIFA per l' <b>indicazione Sindrome di Cushing</b> . Prescrizione limitata alle U.O. di endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOOR Villa Sofia Cervello di Palermo. Dispensazione da parte dei Centri Prescrittori. Per l' <b>indicazione acromegalia</b> : prescrizione limitata ai Centri di cui al DA 1241/18. Dispensazione da parte del Centro prescrittore previa presentazione di documentazione (valori di IGF - 1) attestante la mancata risposta ad un trattamento con somatostatina di 6 mesi.
<b>H02</b>	<b>Corticosteroidi sistemici</b>		
<b>H02A</b>	<b>Corticosteroidi sistemici, non associati</b>		
<b>H02AB</b>	<b>Glicocorticoidi</b>		
H02AB01	Betametasone	os, p	
H02AB02	Desametasone	os, p	
H02AB04	Metilprednisolone	os, p	
H02AB07	Prednisone	os	
H02AB08	Triamcinolone	p	
H02AB09	Idrocortisone	p, os	Prescrizione, su PT regionale di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte delle UU.OO. di Endocrinologia e dei Centri di cui al DDG 588/18 delle Aziende Sanitarie Pubbliche ed accreditate. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT.
H02AB10	Cortisone	os	
<b>H03</b>	<b>Terapia tiroidea</b>		
<b>H03A</b>	<b>Preparati tiroidei</b>		
<b>H03AA</b>	<b>Ormoni tiroidei</b>		
H03AA01	Levotiroxina sodica	os	
H03AA02	Liotironina sodica	os	
<b>H03B</b>	<b>Preparati antitiroidei</b>		
<b>H03BB</b>	<b>Derivati imidazolici contenenti zolfo</b>		
H03BB02	Tiamazolo	os	
<b>H03BC</b>	<b>Perclorati</b>		
H03BC01	Potassio perclorato	os	
<b>H04</b>	<b>Ormoni pancreatici</b>		

<b>H04A</b>	<b>Ormoni glicogenolitici</b>		
<b>H04AA</b>	<b>Ormoni glicogenolitici</b>		
H04AA01	Glucagone	p	
<b>H05</b>	<b>Calcio-omeostatici</b>		
<b>H05A</b>	<b>Ormoni paratiroidei ed analoghi</b>		
<b>H05AA</b>	<b>Ormoni paratiroidei ed analoghi</b>		
H05AA02	Teriparatide	p	Prescrizione su modello di PT regionale di cui alla nota prot. n. 66631 del 18/09/2019 limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per il trattamento dei farmaci in nota AIFA 79 è obbligatorio eseguire la MOC; tale esame non è necessario in caso di fratture osteoporotiche vertebrali o di femore radiologicamente documentate.
<b>H05B</b>	<b>Agenti antiparatiroidi</b>		
<b>H05BA</b>	<b>Preparati a base di calcitonina</b>		
H05BA01	Calcitonina	p	
<b>H05BX</b>	<b>Altri preparati antiparatiroidi</b>		
H05BX01	Cinacalcet	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i
H05BX02	Paracalcitolo	os, p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i
H05BX04	Etelcalcetide	p	Prescrizione da parte dei Centri di Nefrologia e Dialisi su modello di PT regionale di cui alla nota prot. n. 42194 del 31/05/2018 - Aggiornamento n. 28 del PTORS. <b>La terapia è da prediligere nei pazienti non aderenti al trattamento con cinacalcet.</b> Erogazione del farmaco tramite DPC.
<b>J</b>	<b>Antinfettivi per uso sistemico</b>		
<b>J01</b>	<b>Antibatterici per uso sistemico</b>		Si raccomanda il rispetto di quanto riportato nel "documento sull'uso appropriato degli antibiotici" di cui al DDG n. 878/15 e s.m.i. <b>Prescrizione antibiotici iniettabili ai sensi del D.A. n. 717 del 7 marzo 2018 "Modifica delle schede di monitoraggio per la prescrizione di antibiotici iniettabili".</b>
<b>J01A</b>	<b>Tetracicline</b>		
<b>J01AA</b>	<b>Tetracicline</b>		Evitare l'uso nelle gestanti, nei bambini al di sotto di 8 anni e negli epatopazienti
J01AA02	Doxiciclina	os	
J01AA07	Tetraciclina	os, p	
J01AA08	Minociclina	os	
J01AA12	Tigeciclina	p	Impiego riservato alla seconda linea nei casi di infezione della cute, tessuti molli ed intraddominali previa acquisizione dell'antibiogramma da parte del servizio di farmacia; approvato inoltre per l'impiego per la terapia empirica nelle rianimazioni (l'antibiogramma deve comunque essere effettuato per confermare o sospendere il trattamento)
<b>J01B</b>	<b>Amfenicoli</b>		

<b>J01BA</b>	<b>Amfenicoli</b>		Antibiotici di prima scelta solo per il tifo. Controindicati nel neonato e nel prematuro. Rischio di mielotossicità.
J01BA01	Cloramfenicolo	p	
<b>J01C</b>	<b>Antibatterici beta-lattamici, penicilline</b>		Comprese quelle indicate nelle infezioni ospedaliere gravi da Pseudomonas ed altri batteri Gram-negativi
<b>J01CA</b>	<b>Penicilline ad ampio spettro</b>		
J01CA01	Ampicillina	p	
J01CA04	Amoxicillina	os	
J01CA12	Piperacillina	p	
<b>J01CE</b>	<b>Penicilline sensibili alle beta-lattamasi</b>		
J01CE01	Benzilpenicillina	p	
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica	p	Prescrizione, ai sensi della nota AIFA 92, riservata alle UU.OO. di malattie infettive, di Pediatria e di Dermatologia delle strutture pubbliche. Gli stessi centri provvederanno alla distribuzione diretta del medicinale
<b>J01CF</b>	<b>Penicilline resistenti alle beta-lattamasi</b>		
J01CF04	Oxacillina	p	
<b>J01CR</b>	<b>Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi</b>		
J01CR01	Ampicillina + Sulbactam	p	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	os, p	
J01CR05	Piperacillina + Tazobactam	p	
<b>J01D</b>	<b>Altri antibatterici beta-lattamici</b>		
<b>J01DB</b>	<b>Cefalosporine di I generazione</b>		
J01DB04	Cefazolina	p	E' stata scelta solo la cefazolina come rappresentante di questo gruppo, per alcuni vantaggi farmacocinetici (emivita particolarmente lunga, eliminazione biliare), della minore resistenza batterica e della presenza del composto in protocolli internazionali di chemio-profilassi chirurgica
<b>J01DC</b>	<b>Cefalosporine di II Generazione</b>		
J01DC01	Cefoxitina	p	
J01DC02	Cefuroxima	p	
J01DC03	Cefamandolo	p	
J01DC04	Cefacloro	os	
J01DC06	Cefonicid	p	
<b>J01DD</b>	<b>Cefalosporine di III Generazione</b>		Non raccomandate a scopo profilattico
J01DD01	Cefotaxima	p	Farmaco non antipseudomonas

J01DD02	Ceftazidima	p	
J01DD04	Ceftriaxone	p	Farmaco non antipseudomonas
J01DD07	Ceftizoxima	p	
J01DD08	Cefixima	os	
J01DD09	Cefodizime	p	Farmaco non antipseudomonas
J01DD12	Cefoperazone	p	
J01DD13	Cefpodoxima	os	
J01DD14	Ceftibuten	os	
J01DD52	Ceftazidima pentaidrato + avibactam sodico	p	Prescrivibilità limitata ai clinici afferenti alle UU.OO. di malattie infettive o, in caso di assenza di tali UO, da Clinici individuati dal CIO aziendale con compilazione della scheda cartacea di cui alla nota prot. n. 56525 del 23/08/2018 - Aggiornamento n. 30 del PTORS.
<b>J01DE</b>	<b>Cefalosporine di IV Generazione</b>		Non raccomandate a scopo profilattico
J01DE01	Cefepime	p	Questo composto può essere scelto solo in caso di comprovata indicazione
<b>J01DF</b>	<b>Monobattami</b>		
J01DF01	Aztreonam	p	Nota AIFA 56. Secondo le modalità previste dal DA 1766/11 e s.m.i. Questo composto può essere scelto previo inserimento in un protocollo terapeutico
J01DF01	Aztreonam lisina	inal	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. L'impiego è autorizzato limitatamente ai soggetti resistenti o non tolleranti alla tobramicina. Nei casi in cui il trattamento, che deve comunque essere iniziato in ospedale, debba essere completato al domicilio del paziente, la struttura di ricovero avrà cura di consegnare allo stesso il quantitativo necessario per il completamento del ciclo di trattamento. Il farmaco, classificato in C-OSP, ai sensi del D.A. 5879/05 e s.m.i., non può essere inserito in file F.
<b>J01DH</b>	<b>Carbapenemi</b>		
J01DH02	Meropenem	p	
J01DH03	Ertapenem	p	
J01DH51	Imipenem + Cilastatina	p	Nota AIFA 56. Secondo le modalità previste dal DA 1766/11 e s.m.i. Questo composto può essere scelto previo inserimento in un protocollo terapeutico
J01DH52	Meropenem + vaborbactam	p	Ai fini della prescrizione a carico del SSN, gli specialisti individuati dovranno compilare la scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 22574 del 06/05/2021 - Aggiornamento n. 60 del PTORS, nella quale è indicato che la prescrivibilità è riservata all'infettivologo o, in sua assenza, ad altro Specialista con competenza infettivologica individuata dal CIO. La consegna al reparto è subordinata alla presentazione della scheda AIFA da parte del medico richiedente.
<b>J01DI</b>	<b>Altre cefalosporine e penemi</b>		

J01DI01	Ceftobiprololo	p	Prescrizione su richiesta motivata per polmoniti ospedaliere e polmoniti di comunità in stadio IV o V della Classificazione PSI che richiedono ricovero ospedaliero, dopo aver inoltrato le richieste per le necessarie indagini microbiologiche
J01DI02	Ceftarolina fosamil	p	Prescrivibilità limitata ai clinici afferenti alle UU.OO. di malattie infettive o, in caso di assenza di tali UO, da Clinici individuati dal CIO aziendale.
J01DI04	Cefiderocol	p	Ai fini della prescrizione a carico del SSN, gli specialisti individuati dovranno compilare la scheda cartacea, di cui alla nota prot. n. 33296 del 02/08/2021 nella quale è indicato che la prescrivibilità è riservata all'infettivologo o, in sua assenza, ad altro Specialista con competenza infettivologica individuata dal CIO. La consegna al reparto da parte della Farmacia Ospedaliera è subordinata alla presentazione della scheda AIFA ad opera del medico richiedente.
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	p	Ai fini della prescrizione a carico del SSN, gli specialisti individuati dovranno compilare la scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 6880 del 04/02/2021 - Aggiornamento n. 57 del PTORS, nella quale è indicato che la prescrivibilità è riservata all'infettivologo o, in sua assenza, ad altro Specialista con competenza infettivologica individuata dal CIO. La dispensazione è subordinata alla presentazione della scheda AIFA da parte del medico richiedente.
<b>J01E</b>	<b>Sulfonamidi e trimetoprim</b>		
<b>J01EE</b>	<b>Associazioni di sulfonamidi con trimetoprim, inclusi i derivati</b>		Controindicati nel neonato e nel prematuro per il rischio di ittero nucleare
J01EE01	Sulfametoxazolo + Trimetoprim	os, p	
<b>J01F</b>	<b>Macrolidi, lincosamidi e streptogramine</b>		
<b>J01FA</b>	<b>Macrolidi</b>		Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione
J01FA01	Eritromicina	os	
J01FA02	Spiramicina	os	
J01FA06	Roxitromicina	os	
J01FA09	Claritromicina	os, p	
J01FA10	Azitromicina	os, p, t	
J01FA15	Telitromicina	p	Segnalazioni spontanee suggeriscono di attendere valutazioni sulla tollerabilità
<b>J01FF</b>	<b>Lincosamidi</b>		Indicati nelle infezioni da anaerobi, bacteroides, strepto-stafilococchi resistenti ad altri antibiotici e nella toxoplasmosi. Preferire un antibiotico orale nelle patologie odontoiatriche. Rischio di colite pseudomembranosa.
J01FF01	Clindamicina	p	
J01FF02	Lincomicina	p	
<b>J01G</b>	<b>Antibatterici aminoglicosidici</b>		
<b>J01GB</b>	<b>Altri aminoglicosidi</b>		Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione

J01GB01	Tobramicina	p, inal	Per la formulazione inalatoria prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia.
J01GB03	Gentamicina	p	
J01GB06	Amikacina	p	
J01GB07	Netilmicina	p	
<b>J01M</b>	<b>Antibatterici chinolonici e chinossaline</b>		<b>Ai fini dell'impiego si raccomanda di consultare le restrizioni d'uso riportate nella Nota Informativa Importante dell'AIFA, pubblicata sul sito istituzionale dell'Assessorato giusta nota prot. n. 29636 del 08/04/2019.</b>
<b>J01MA</b>	<b>Fluorochinoloni</b>		Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione
J01MA01	Ofloxacina	os	
J01MA02	Ciprofloxacina	os, p	
J01MA03	Pefloxacina	os, p	
J01MA06	Norfloxacina	os	
J01MA12	Levofloxacina	os, p, inal	Per la formulazione inalatoria l'impiego è autorizzato limitatamente ai soggetti, affetti da fibrosi cistica, resistenti o non tolleranti alla tobramicina. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di riferimento regionale per la fibrosi cistica. Non è possibile la compensazione in file F in quanto trattasi di farmaci in classe C.
J01MA14	Moxifloxacina	os	
J01MA17	Prulifloxacina	os	
<b>J01MB</b>	<b>Altri chinolonici</b>		
J01MB06	Cinoxacina	os	AIC sospesa in seguito alla rivalutazione europea del rapporto beneficio/rischio per l'intera classe
<b>J01X</b>	<b>Altri antibatterici</b>		
<b>J01XA</b>	<b>Antibatterici glicopeptidici</b>		
J01XA01	Vancomicina	p	
J01XA02	Teicoplanina	p	Nota AIFA 56. Secondo le modalità previste dall'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Questo composto può essere scelto previo inserimento in un protocollo terapeutico.
J01XA04	Dalbavancina	p	Ai fini della prescrizione a carico del SSN, gli specialisti individuati dovranno compilare la scheda cartacea di appropriatezza prescrittiva nella quale è indicato che la prescrivibilità è riservata all'infettivologo o, in sua assenza, ad altro Specialista con competenza infettivologica individuata dal CIO. La dispensazione è subordinata alla presentazione della scheda AIFA da parte del medico richiedente.
<b>J01XB</b>	<b>Polimixine</b>		
J01XB01	Colistina	p, inal	
<b>J01XD</b>	<b>Derivati imidazolici</b>		
J01XD01	Metronidazolo	p	

<b>J01XX</b>	<b>Altri antibatterici</b>		
J01XX01	Fosfomicina disodica	p	Inserito in PTORS per il trattamento delle seguenti infezioni: " <i>osteomielite, infezioni complicate delle vie urinarie, infezioni nosocomiali delle vie respiratorie inferiori, meningite batterica e batteriemia che si manifesta in associazione o che si ritiene eventualmente associata a una qualsiasi delle infezioni sopracitate</i> ". Prescrizione da parte delle UU.OO. di infettivologia e del Referente appositamente individuato dal CIO Aziendale.
J01XX08	Linezolid	os, p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Segnalata alta incidenza di eventi avversi per la via parenterale. Solo nelle infezioni da Gram positivi con documentata resistenza ad altri antibiotici e con comprovata sensibilità verso il farmaco.
J01XX09	Daptomicina	p	Da utilizzare previo antibiogramma
J01XX11	Tedizolid	os, p	Trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea negli adulti. Prescrizione, su scheda cartacea AIFA, da parte delle UU.OO. di infettivologia e del Referente appositamente individuato dal CIO Aziendale. Per la formulazione orale dispensazione diretta da parte del Centro Prescrittore.
<b>J02</b>	<b>Antimicotici per uso sistemico</b>		
<b>J02A</b>	<b>Antimicotici per uso sistemico</b>		
<b>J02AA</b>	<b>Antibiotici</b>		
J02AA01	Amfotericina B (in varie formulazioni per via parenterale)	p	Segnalata alta incidenza di eventi avversi per la via parenterale
<b>J02AB</b>	<b>Imidazolo derivati</b>		
J02AB02	Ketoconazolo		Prescrizione limitata alle UU.OO. di Endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOOR Villa Sofia - Cervello di Palermo. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Presa in carico dei pazienti con prescrizione proveniente da strutture fuori regione.
<b>J02AC</b>	<b>Derivati triazolici</b>		Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione.
J02AC01	Fluconazolo	os, p	
J02AC02	Itraconazolo	os, p	
J02AC03	Voriconazolo	os, p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e successive modifiche e integrazioni.
J02AC04	Posaconazolo	os	
J02AC05	Isavuconazolo	os, p	Per la formulazione orale la prescrizione è da parte delle UU.OO. di malattie infettive con dispensazione diretta da parte del Centro Prescrittore.
<b>J02AX</b>	<b>Altri antimicotici per uso sistemico</b>		
J02AX04	Caspofungin	p	
J02AX05	Micafungin	p	
J02AX06	Anidulafungina	p	

<b>J04</b>	<b>Antimicobatterici</b>		
<b>J04A</b>	<b>Farmaci per il trattamento della tubercolosi</b>		
<b>J04AB</b>	<b>Antibiotici</b>		
J04AB02	Rifampicina	os, p	
J04AB03	Rifamicina	p	Indicazione selettiva nelle infezioni sostenute da Mycobacterium avium complex
J04AB04	Rifabutina	os	Nota AIFA 56. Secondo le modalità previste dal DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>J04AC</b>	<b>Idrazidi</b>		
J04AC01	Isoniazide	os, p	
<b>J04AK</b>	<b>Altri farmaci per il trattamento della tubercolosi</b>		
J04AK01	Pirazinamide	os	Da non usare in profilassi
J04AK02	Etambutolo	os, p	
J04AK05	Bedaquilina fumarato	os	Prescrizione e dispensazione da parte delle Infettivologie e Pneumologie delle Aziende Ospedaliere
<b>J04AM</b>	<b>Associazione di farmaci per il trattamento della tubercolosi</b>		
J04AM05	Isoniazide +Pirazinamide + Rifampicina	os	Nel trattamento ambulatoriale
<b>J05</b>	<b>Antivirali per uso sistemico</b>		
<b>J05A</b>	<b>Antivirali ad azione diretta</b>		
<b>J05AB</b>	<b>Nucleosidi e nucleotidi (esclusi gli inibitori della trascrittasi inversa)</b>		
J05AB01	Aciclovir	os, p, t	
J05AB06	Ganciclovir	p	
J05AB09	Famciclovir	os	
J05AB11	Valaciclovir	os	
J05AB12	Cidofovir	p	
J05AB14	Valganciclovir	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>J05AD</b>	<b>Derivati dell'acido fosfonico</b>		
J05AD01	Foscarnet	p	
<b>J05AE</b>	<b>Inibitori delle proteasi</b>		Limitatamente ai Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
J05AE01	Saquinavir	os	
J05AE02	Indinavir	os	
J05AE03	Ritonavir	os	
J05AE04	Nelfinavir	os	
J05AE07	Fosamprenavir	os	

J05AE08	Atazanavir	os	
J05AE09	Tipranavir	os	
J05AE10	Darunavir	os	
<b>J05AF</b>	<b>Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa</b>		Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AF01	Zidovudina	os, p	
J05AF02	Didanosina	os	
J05AF04	Stavudina	os	
J05AF05	Lamivudina	os	
J05AF06	Abacavir	os	
J05AF07	Tenofovir disoproxil	os	
J05AF08	Adefovir dipivoxil	os	
J05AF09	Emtricitabina	os	
J05AF10	Entecavir	os	
J05AF11	Telbivudina	os	
J05AF13	Tenofovir Alafenamide Fumarato	os	Prescrizione, su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 70405 del 16/10/2019 - Aggiornamento n. 41 del PTORS, da parte dei Centri già identificati per la prescrizione dei farmaci per l'HCV di cui al D.A. 638/19. Dispensazione diretta da parte del Centro Prescrittore per i primi due mesi di terapia e da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di residenza del paziente per il resto della durata trattamento.
<b>J05AG</b>	<b>Non nucleosidi- inibitori della trascrittasi inversa</b>		Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AG01	Nevirapina	os	
J05AG03	Efavirenz	os, p	
J05AG04	Etravirina	os	
J05AG05	Rilpivirina	os	
J05AG06	Doravirina	os	
<b>J05AP</b>	<b>Antivirali per il trattamento dell'infezione da HCV</b>		
J05AP01	Ribavirina	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DA n. 638/19.
J05AP02	Telaprevir	os	Con Determina AIFA n. 237 del 2 marzo 2015 il farmaco è stato riclassificato in fascia C. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19.
J05AP05	Simeprevir	os	Registro AIFA. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP07	Daclatasvir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.

J05AP08	Sofosbuvir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Distribuzione diretta da parte del Centri prescrittori. Con Determina AIFA n. 959 del 22 maggio 2017 il farmaco è stato riclassificato in fascia C.
J05AP09	Dasabuvir	os	Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP51	Sofosbuvir + Ledipasvir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Distribuzione diretta da parte del Centri prescrittori. Con Determina AIFA n. 960 del 22 maggio 2017 il farmaco è stato riclassificato in fascia C.
J05AP53	Ombitasvir + Paritaprevir+Ritonavir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP54	Elbasvir + grazoprevir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP55	Sofosbuvir + velpatasvir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP56	Sofosbuvir + velpatasvir + voxilaprevir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP57	Glecaprevir + Pibrentasvir	os	Registro AIFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi (per la sola indicazione pediatrica) nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
<b>J05AR</b>	<b>Antivirali per il trattamento dell'infezione da HIV, associazioni</b>		Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AR01	Lamivudina + Zidovudina	os	
J05AR02	Abacavir + Lamivudina	os	
J05AR03	Tenofovir disoproxil + Emtricitabina	os	
J05AR04	Abacavir + Lamivudina + Zidovudina	os	
J05AR06	Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir disoproxil	os	
J05AR08	Emtricitabina + Tenofovir disoproxil + Rilpivirina	os	
J05AR09	Elvitegravir+ Cobicistat+ Emtricitabina+ Tenofovir	os	
J05AR10	Lopinavir + Ritonavir	os	
J05AR13	Lamivudina + daltegravir + abacavir	os	
J05AR14	Darunavir + cobicistat	os	Inserito temporaneamente in PTORS in quanto trattasi di associazione preconstituita più economica delle attuali associazioni estemporanee disponibili per la medesima indicazione terapeutica. La permanenza in PTORS è subordinata al mantenimento del vantaggio economico rispetto alla somma dei costi dei singoli p.a. delle associazioni estemporanee. Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di infettivologia di cui all'allegato 1 del DA 1766/11.
J05AR15	Atazanavir + cobicistat	os	

J05AR17	Emtricitabina+ Tenofovir alafenamide fumarato	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'Allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AR18	Elvitegravir+ Cobicistat+ Emtricitabina+ Tenofovir alafenamide fumarato	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR19	Emtricitabina+ Rilpivirina+Tenofovir alafenamide fumarato	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR20	Bictegravir + emtricitabina + tenofovir alafenamide fumarato	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR21	Dolutegravir + rilpivirina	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR22	Darunavir + cobicistat + emtricitabina + tenofovir alafenamide fumarato	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR24	Doravirina + lamivudina + tenofovir	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR25	Dolutegravir + lamivudina	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
<b>J05AX</b>	<b>Altri antivirali</b>		
J05AX07	Enfuvirtide	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AX08	Raltegravir	os	
J05AX09	Maraviroc	os	
J05AX12	Dolutegravir	os	
J05AX18	Letermovir	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia con UTMO il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute.
<b>J06</b>	<b>Sieri immuni ed immunoglobuline</b>		
<b>J06A</b>	<b>Sieri immuni</b>		
<b>J06AA</b>	<b>Sieri immuni</b>		
J06AA03	Siero antiofidico (contro il veleno di serpenti)	p	
<b>J06B</b>	<b>Immunoglobuline</b>		
<b>J06BA</b>	<b>Immunoglobuline, umane normali</b>		
J06BA	Immunoglobulina umana normale e ialuronidasi umana ricombinante	p	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
J06BA01	Immunoglobuline umane normali, per uso intramuscolare e sottocutaneo	p	Per l'indicazione polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica, prescrizione da parte dei Centri per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area nosologica 7 (Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico) su PT regionale di cui alla nota prot. n. 25064 del 28/05/2020 - Aggiornamento n. 49 del PTORS. Dispensazione ai sensi della Circolare prot. n. 62430 del 05/08/2014.
J06BA02	Immunoglobuline umane normali, per uso endovenoso	p	Registro AIFA. Per le formulazioni da 250 U.I. e 500 U.I.: privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivante da plasma siciliano. Viene approvata l'estensione di indicazione terapeutica "polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica" limitatamente alle U.O. di Neurologia ospedaliera

<b>J06BB</b>	<b>Immunoglobuline specifiche</b>		
J06BB01	Immunoglobulina anti-D (Rh)	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e successive modifiche e integrazioni.
J06BB02	Immunoglobulina tetanica	p	
J06BB03	Immunoglobulina antivaricella - zooster	p	
J06BB04	Immunoglobulina epatitica B	p	
J06BB09	Immunoglobulina citomegalovirica	p	
J06BB16	Palivizumab	p	Limitatamente ai Centri di cui al D.A. n. 616 del 20 marzo 2008 e con le modalità previste nello stesso Decreto
J06BB21	Bezlotoxumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 92437 del 13/12/2018 - Aggiornamento n. 33 del PTORS da parte dello specialista infettivologo o, in sua assenza, di un altro specialista con competenza infettivologica identificato dal CIO.
<b>J07</b>	<b>Vaccini</b>		
<b>J07A</b>	<b>Vaccini batterici: Sono da intendersi inseriti nel P.T.O.R.S. tutti i vaccini batterici ( J07A), virali ( J07B) e le associazioni (J07C) presenti al quinto livello ATC di queste categorie</b>		
<b>L</b>	<b>Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori</b>		
<b>L01</b>	<b>Antineoplastici</b>		
L01 (ATC provvisorio)	Linfociti T allogenici geneticamente modificati con un vettore retrovirale codificante per una forma troncata del recettore umano a bassa affinità del fattore di crescita nervoso (ALNGFR)	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte delle UU.OO.CC. Ematologia con UTMO dell'AOOR "Villa Sofia – Cervello" e dell'AOU "Policlinico V. Emanuele" di Catania e dell'U.O. di Oncoematologia e TMO della Casa di Cura "La Maddalena" di Palermo
<b>L01A</b>	<b>Sostanze alchilanti</b>		
<b>L01AA</b>	<b>Analoghi della mostarda azotata</b>		
L01AA01	Ciclofosfamide	os, p	
L01AA02	Clorambucil	os	
L01AA03	Melfalan	os, p	
L01AA06	Ifosfamide	p	
L01AA09	Bendamustina	p	
<b>L01AB</b>	<b>Alchilsulfonati</b>		
L01AB01	Busulfano	os, p	

<b>L01AC</b>	<b>Etilenimine</b>		
L01AC01	Tiotepa	p	
<b>L01AD</b>	<b>Nitrosouree</b>		
L01AD01	Carmustina	Impianti	Nei pazienti con recente diagnosi di glioma ad alto grado di malignità in aggiunta all'intervento chirurgico e alla radioterapia. E' indicato come aggiunta all'intervento chirurgico nei pazienti affetti da glioblastoma multiforme con recidive comprovate da esmi istologici, per i quali è indicata la resezione chirurgica
L01AD05	Fotemustina	p	
<b>L01AX</b>	<b>Altre sostanze alchilanti</b>		
L01AX02	Pipobromano	os	
L01AX03	Temozolomide	os	
L01AX04	Dacarbazina	p	File T
<b>L01B</b>	<b>Antimetaboliti</b>		
<b>L01BA</b>	<b>Analoghi dell'Acido Folico</b>		
L01BA01	Metotrexato	os, p	
L01BA03	Raltitrexed	p	
L01BA04	Pemetrexed	p	Registro AIFA
<b>L01BB</b>	<b>Analoghi della Purina</b>		
L01BB02	Mercaptopurina	os	
L01BB03	Tioguanina	os	
L01BB04	Cladribina	p	
L01BB05	Fludarabina	os, p	
<b>L01BC</b>	<b>Analoghi della Pirimidina</b>		
L01BC01	Citarabina	p	File T
L01BC01	Citarabina liposomiale	p	File T
L01BC02	Fluorouracile	p	Per l'indicazione: "trattamento topico della cheratosi attinica non ipercheratosica, non ipertrofica (grado I e II della scala di Olsen) del viso, delle orecchie e/o del cuoio capelluto negli adulti", prescrizione su PT, di cui alla nota prot. n. del XX/07/2021 - Aggiornamento n. 61 del PTORS, limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale erogando un numero di confezioni che permettano di garantire l'intero ciclo di trattamento previsto. Qualora non sia possibile effettuare il primo ciclo di distribuzione dopo visita ambulatoriale, lo specialista avrà cura di consegnare al paziente, unitamente al PT, la prescrizione SSN o il promemoria della ricetta dematerializzata, con i quali il paziente potrà recarsi presso la farmacia convenzionata per il ritiro del farmaco.

L01BC05	Gemcitabina	p	
L01BC06	Capecitabina	os	
L01BC07	Azacitidina	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di ematologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01BC08	Decitabina	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di ematologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01BC52	5 fluorouracile + acido salicilico	t	Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 32665 del 12/07/2021 - Aggiornamento n. 61 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta dopo visita ambulatoriale erogando un numero di confezioni che permettano di garantire l'intero ciclo di trattamento previsto. Qualora non sia possibile effettuare il primo ciclo di distribuzione dopo visita ambulatoriale, lo specialista avrà cura di consegnare al paziente, unitamente al PT, la prescrizione SSN o il promemoria della ricetta dematerializzata, con i quali il paziente potrà recarsi presso la farmacia convenzionata per il ritiro del farmaco.
L01BC53	Tegafur, associazioni	os	Il medicinale può essere prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01BC59	Trifluridina + Tipiracil	os	Prescrizione da parte dei Centri di oncologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>L01C</b>	<b>Alcaloidi derivati da pianre ed altri prodotti naturali</b>		
<b>L01CA</b>	<b>Alcaloidi della vinca ed analoghi</b>		
L01CA01	Vinblastina	p	
L01CA02	Vincristina	p	
L01CA03	Vindesina	p	
L01CA04	Vinorelbina	os, p	
L01CA05	Vinflunina	p	Registro AIFA
<b>L01CB</b>	<b>Derivati della podofillotossina</b>		
L01CB01	Etoposide	os, p	
<b>L01CD</b>	<b>Taxani</b>		
L01CD01	Paclitaxel	p	
L01CD01	Paclitaxel albumina	p	Registro AIFA. Il medicinale può essere prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01CD02	Docetaxel	p	
L01CD04	Cabazitaxel	p	Registro AIFA. L'uso è riservato ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>L01CX</b>	<b>Altri alcaloidi semplici e prodotti naturali</b>		
L01CX01	Trabectedin	p	Registro AIFA.
<b>L01D</b>	<b>Antibiotici citotossici e sostanze correlate</b>		

<b>L01DA</b>	<b>Actinomicine</b>		
L01DA01	Dactinomicina	p	
<b>L01DB</b>	<b>Antracicline e sostanze correlate</b>		
L01DB01	Doxorubicina	p	
L01DB02	Daunorubicina	p	Varie formulazioni.
L01DB03	Epirubicina	p	
L01DB06	Idarubicina	os, p	
L01DB07	Mitoxantrone	p	
L01DB11	Pixantrone	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
<b>L01DC</b>	<b>Altri antibiotici citotossici</b>		
L01DC01	Bleomicina	p	
L01DC03	Mitomicina	p	
<b>L01X</b>	<b>Altri antineoplastici</b>		
<b>L01XA</b>	<b>Composti del Platino</b>		
L01XA01	Cisplatino	p	
L01XA02	Carboplatino	p	
L01XA03	Oxaliplatino	p	
<b>L01XB</b>	<b>Metilidrazine</b>		
L01XB01	Procarbazina	os	
<b>L01XC</b>	<b>Anticorpi monoclonali</b>		
L01XC02	Rituximab	p	Per il pemfigo volgare prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare dell'area nosologica 13 "malattie della cute e del tessuto sottocutaneo" di cui al D.A. 2199/2018. Per la granulomatosi con poliangite e poliangite microscopica prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare dell'area nosologica 9 "malattie del sistema circolatorio" di cui al D.A. 2199/2018. Per il linfoma diffuso a grandi cellule B, linfoma di Burkitt /leucemia di Burkitt o linfoma simil Burkitt prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare dell'area nosologica 2.1 "tumori rari in età pediatrica". Prescrizione ai sensi del D.A. n. 540/14.
L01XC02	Rituximab biosimilare	p	
L01XC03	Trastuzumab	p	Registro AIFA. Limitatamente ai centri di cui all'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XC05	Gemtuzumab ozogamicin		Registro AIFA. Prescrizione d parte dei Centri di Ematologia dll'Allegto 3 del D.A. 1766/11.
L01XC06	Cetuximab	p	Limitatamente ai carcinomi del colon dopo dimostrazione del gene EGFR e dopo fallimento del trattamento con irinotecan
L01XC07	Bevacizumab	p	
L01XC07	Bevacizumab biosimilare	p	Registro AIFA Oncologia. Registro AIFA 648 oftalmologia.

L01XC08	Panitumumab	p	Limitatamente ai centri di cui all'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XC10	Ofatumumab	p	Prescrizione da parte dei Centri di Oncologia ed Ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. n. 1761/11 e s.m.i.
L01XC11	Ipilimumab	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC12	Brentuximab	p	Registro AIFA. Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i. Inserito in file T da Luglio 2014. Per l'indicazione trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma cutaneo a cellule T CD30+, sottoposti ad una precedente terapia sistemica, prescrizione da parte dei seguenti Centri delle malattie rare di cui al D.A. 2199/2018: Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico G Rodolico - San Marco" di Catania e UO di Ematologia II dell'AOOR "Villa Sofia - Cervello" di Palermo.
L01XC13	Pertuzumab	p	Registro AIFA. Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i. Inserito in file T da Luglio 2014.
L01XC14	Trastuzumab emtansine	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Inserito in file T da Novembre 2014.
L01XC15	Obinutuzumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC16	Dinutuximab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XC17	Nivolumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18
L01XC18	Pembrolizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
L01XC19	Blinatumomab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. previa presentazione di un'istanza a firma del Direttore Generale. L'elenco dei Centri già individuati è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XC21	Ramucirumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC23	Elotuzumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei medesimi Centri individuati per il p.a.carfilzomib, pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute
L01XC24	Daratumumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri già individuati, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Accesso al fondo farmaci innovativi oncologici per la sola associazione con lenalidomide e desametasone. Al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza nel rispetto delle procedure stabilite con D.A. 686/18.

L01XC25	Mogamulizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei seguenti Centri delle malattie rare di cui al D.A. 2199/2018: Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico G Rodolico - San Marco" di Catania e UO di Ematologia II dell'AOOR "Villa Sofia - Cervello" di Palermo.
L01XC26	Inotuzumab ozogamicin	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC28	Durvalumab		Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11. Al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, l'acquisto per eventuali strutture private accreditate dovrà essere effettuato dalle AA.SS.PP. tenitorialmente competenti, nel rispetto delle procedure stabilite con D.A. n. 686 del 20 aprile 2018.
L01XC31	Avelumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dell'U.O. di Oncologia Medica dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo ( <b>Centro di Riferimento Regionale per tumori rari</b> ). Prescrizione da parte della Divisione di Oncologia Medica del P.O. "San Vincenzo" di Taormina e dell'U.O. di Oncologia Medica dell'Istituto Oncologico del Mediterraneo previo perfezionamento di un protocollo clinico da stilarsi ai sensi degli Artt. 5 e 6 del D.A. 2199/18 con il Centro di Riferimento Regionale per tumori rari.
L01XC32	Atezolizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri pubblici individuati per i pp.aa. Nivolumab e Pembrolizumab. Eventuali istanze da parte di Centri privati devono pervenire da parte dell'ASP di pertinenza. Per tali strutture l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18
L01XC33	Cemiplimab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>L01XD</b>	<b>Sensibilizzatori usati nella terapia fotodinamica/radiante</b>		
L01XD03	Metilaminolevulinato	t	Su richiesta motivata per singolo paziente, limitatamente alle cheratosi attiniche di lieve spessore o non ipercheratosiche e non pigmentate, al carcinoma basocellulare superficiale e/o nodulare nel caso in cui non siano indicate altre terapie disponibili, alla Malattia di Bowen nei casi in cui l'asportazione chirurgica si considera meno appropriata. Limitatamente alle U.U.O. di dermatologia, Oncologia e Ematologia
L01XD04	Acido 5-aminolevulinico	p	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Neurochirurgia dotate di attestazione relativa al completamento del Corso di Addestramento nella chirurgia guidata dalla fluorescenza.
L01XD04	Acido 5-aminolevulinico	transd	L'impiego è limitato alle UU.OO. di Dermatologia dotate di lampada per la terapia fotodinamica utilizzando una sorgente di luce rossa a banda stretta con spettro di $630 \pm 3$ nm e una dose totale di luce di $37 \text{ J/cm}^2$ sulla superficie della/e lesione/i. Utilizzare solo lampade con marchio CE, dotate dei filtri e/o degli specchi riflettenti necessari per ridurre al minimo l'esposizione al calore, alla luce blu e alle radiazioni UV. È importante assicurarsi di somministrare la corretta dose di luce. La risposta della/e lesione/i alla terapia deve essere valutata dopo tre mesi. Nel caso in cui, dopo tre mesi, la sede trattata con Alacare non sia libera da lesioni, successivamente al singolo trattamento si consiglia di utilizzare terapie alternative per rimuovere le lesioni di cheratosi attinica.

L01XD05	Temoporfin	p	Limitatamente al P.O. S. Vincenzo di Taormina in possesso dei requisiti strutturali e del personale addestrato per l'utilizzo del prodotto. E' stabilito altresì che tale struttura fornisca dettagliata relazione sulla casistica trattata ed i risultati ottenuti ad un anno dall'inserimento in PTORS.
<b>L01XE</b>	<b>Inibitori della protein chinasi</b>		
L01XE01	Imatinib	os	Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i. <b>Limitatamente all'indicazione GIST</b> prescrizione su PT AIFA di cui alla nota prot. n. 30704 del 07/04/17
L01XE02	Gefitinib	os	Impiego nel trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico previa acquisizione della copia del referto attestante la mutazione positiva dell'EGFR. Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i.
L01XE03	Erlotinib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE04	Sunitinib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/11 e s.m.i.
L01XE05	Sorafenib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE06	Dasatinib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE07	Lapatinib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE08	Nilotinib	os	Registro AIFA. Secondo indicazioni autorizzate AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE09	Temsirolimus	p	Prescrizione limitata ai centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XE10	Everolimus	os	Registro AIFA per le <b>indicazioni oncologiche</b> . Prescrizione limitata ai centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. Per la <b>profilassi del rigetto d'organo</b> la prescrizione è riservata ai Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i. Dispensazione in DPC. Per l'indicazione <b>astrocitoma subependimale a cellule giganti (SEGA) associato a sclerosi tuberosa (TSC)</b> , la prescrizione deve essere effettuata su PT cartaceo AIFA limitatamente da parte dei Centri della Rete Regionale per le Malattie Rare di cui al DA 2199/18. Distribuzione Diretta da parte del Centro Prescrittore. Per l'indicazione <b>Crisi epilettiche refrattarie associate a complesso sclerosi tuberosa</b> , prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 42794 del 28/05/2019 - Aggiornamento n. 38 del PTORS da parte dei Centri della Rete Regionale per le Malattie Rare del SNC di cui al DA 2199/18. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.
L01XE11	Pazopanib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XE12	Vandetanib	os	Registro AIFA. Impiego previa acclusione del test sulla mutazione RET da parte delle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private, di oncologia ed endocrinologia.
L01XE13	Afatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

L01XE14	Bosutinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte delle Unità operative di ematologia dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE15	Vemurafenib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE16	Crizotinib	os	Registro AIFA. Prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE17	Axitinib	os	Registro AIFA. Prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE18	Ruxolitinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei centri di ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE21	Regorafenib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dai centri di ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE23	Dabrafenib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.. In associazione a trametinib, per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600, l'acquisto per i Centri privati deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
L01XE24	Ponatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di ematologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE25	Trametinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.. In associazione a dabrafenib, per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600, l'acquisto per i Centri privati deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
L01XE26	Cabozantinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.. Per l'indicazione <b>Carcinoma midollare della tiroide</b> : prescrizione, previa acclusione del test sulla mutazione RET, da parte delle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private, di Oncologia ed Endocrinologia. Per l'indicazione <b>Carcinoma epatocellulare</b> : prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. e dei Centri già autorizzati all'impiego del p.a. sorafenib.
L01XE27	Ibrutinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE28	Ceritinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. In caso di prescrizione da parte di strutture private accreditate la dispensazione avverrà dall'ASP di residenza del paziente
L01XE29	Lenvatinib	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. e dai Centri già autorizzati all'impiego del p.a. sorafenib per il trattamento dell'epatocarcinoma. Registro AIFA per l'indicazione carcinoma epatocellulare.

L01XE31	Nintedanib	os	Per la <b>fibrosi polmonare</b> prescrizione, su Registro AIFA, ed erogazione da parte del Centro dell'AOU "Policlinico - V. Emanuele" di Catania e dell'ISMETT di Palermo. Per l' <b>indicazione oncologica</b> "in associazione con docetaxel per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato, metastatico o localmente ricorrente con istologia adenocarcinoma dopo chemioterapia di prima linea" la prescrizione, su Registro AIFA, è limitata ai Centri di cui all'Allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XE33	Palbociclib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE35	Osimertinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18
L01XE36	Alectinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri pubblici di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Eventuali istanze da parte di Centri privati devono pervenire da parte dell'ASP di pertinenza. Per tali strutture l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18
L01XE38	Cobimetinib	os	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE39	Midostaurina	os	Per l'indicazione leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi con mutazione FLT3 positiva prescrizione su registro AIFA e dispensazione da parte dei Centri di pubblici di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. Per le indicazioni mastocitosi sistemica aggressiva, mastocitosi sistemica associata a neoplasie ematologiche o leucemia mastocitica prescrizione e dispensazione da parte della Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOUP "G. Rodolico - San Marco" di Catania.
L01XE41	Binimetinib	os	Registro AIFA. Prescrizione in associazione a encorafenib e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE42	Ribociclib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
L01XE43	Brigatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione in associazione a encorafenib e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione carcinoma polmonare non a piccole cellule positivo per ALK in stadio avanzato precedentemente non trattato con un inibitore di ALK, accesso al fondo farmaci innovativi oncologici. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
L01XE46	Encorafenib	os	Registro AIFA. Prescrizione in associazione a binimetinib e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE50	Abemaciclib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE54	Gilteritinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

<b>L01XX</b>	<b>Altri antineoplastici</b>		
L01XX	Axicabtagene ciloleucel	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia dotati dei requisiti stabiliti dall'AIFA per la gestione della terapia, già individuati dalla Regione con il D.A. 1763/19. Acquisto centralizzato da parte del Dipartimento del Farmaco dell'ASP di Palermo che gestirà ordini, fatture e liquidazioni per tutte le terapie avviate sia nei Centri regionali, sia in quelli extraregionali. Negli ordini dovrà essere indicata la sede di consegna del farmaco presso la struttura somministratrice. Per tutti i trattamenti avviati, l'accesso al fondo farmaci innovativi oncologici verrà effettuato esclusivamente dall'ASP di Palermo.
L01XX	Tisagenlecleucel	p	
L01XX05	Idrossicarbamide	os	Prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare individuati con il DA 2199/18.
L01XX08	Pentostatina	p	
L01XX11	Estramustina	os	
L01XX14	Tretinoina	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XX17	Topotecan	os, p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XX19	Irinotecan	p	
L01XX23	Mitotano	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XX25	Bexarotene	os	
L01XX24	PEG-asparaginasi	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XX27	Arsenico triossido	p	
L01XX32	Bortezomib	p	Registro AIFA. Indicarlo come farmaco di seconda linea nel trattamento del mieloma. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XX35	Anagrelide	os	Limitatamente ai Centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XX41	Eribulina	p	Trattamento di terza linea. L'uso è riservato ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. Per il trattamento del liposarcoma avanzato o metastatico la prescrizione deve essere effettuata sul modello PT AIFA cartaceo di cui alla nota prot. n. 33141 del 27/04/2018 - Aggiornamento n. 27 del PTORS
L01XX43	Vismodegib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. e alle U.O. di dermatologia delle Aziende Sanitarie presso le quali insistono anche U.O. di oncologia. Le istanze di riconoscimento quale Centro prescrittore per le U.O. di dermatologia dovranno essere inviate al Servizio 7 - Farmaceutica a firma del Direttore Generale.
L01XX44	Aflibercept	p	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XX45	Carfilzomib	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. L'elenco dei Centri già individuati è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XX46	Olaparib	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.

L01XX47	Idelalisib	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XX48	Sonidegib	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. e dalle UU.OO. Di dermatologia già individuate per il p.a. vismodegib il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XX50	Ixazomib	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XX52	Venetoclax	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XX54	Niraparib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XX55	Rucaparib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XX60	Talazoparib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
<b>L01XY</b>	<b>Combinazioni di agenti neoplastici</b>		
L01XY01	Citarabina + daunorubicina	p	s.m.i. Eventuali istanze da parte di Centri privati devono pervenire da parte dell'ASP di pertinenza. Per tali strutture l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci.
<b>L02</b>	<b>Terapia endocrina</b>		
<b>L02A</b>	<b>Ormoni e sostanze correlate</b>		
<b>L02AB</b>	<b>Progestinici</b>		
L02AB01	Megestrololo	os	
L02AB02	Medrossiprogesterone	os	
<b>L02AE</b>	<b>Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine</b>		
L02AE01	Buserelina	p, inal	Nota AIFA 51. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02AE02	Leuprorelina	p	Nota AIFA 51. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02AE03	Goserelina	p	Nota AIFA 51. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02AE04	Triptorelina	p	Nota AIFA 51. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>L02B</b>	<b>Antagonisti ormonali e sostanze correlate</b>		
<b>L02BA</b>	<b>Antiestrogeni</b>		
L02BA01	Tamoxifene	os	
L02BA02	Toremifene	os	
L02BA03	Fulvestrant	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>L02BB</b>	<b>Antiandrogeni</b>		

L02BB01	Flutamide	os	
L02BB03	Bicalutamide	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02BB04	Enzalutamide	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02BB05	Apalutamide	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02BB06	Darolutamide	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>L02BG</b>	<b>Inibitori dell'aromatasi</b>		
L02BG03	Anastrozolo	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02BG04	Letrozolo	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02BG06	Exemestane	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>L02BX</b>	<b>Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate</b>		
L02BX02	Degarelix	p	Prescrizione del Piano Terapeutico (PT) limitata alle U.O. di oncologia e urologia delle strutture pubbliche e private convenzionate per le stesse branche, il PT può avere una durata massima di 3 mesi. In considerazione del rischio di allungamento del tratto QT, si richiede un attento monitoraggio cardiologico dei pazienti sottoposti a tale trattamento
L02BX03	Abiraterone	os	Prescrizione e dispensazione riservata ai Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. In caso di di prescrizione da parte di strutture private, la dispensazione verrà effettuata dall'ASP di residenza del paziente.
<b>L03</b>	<b>Immunostimolanti</b>		
<b>L03A</b>	<b>Immunostimolanti</b>		
<b>L03AA</b>	<b>Fattori di stimolazione delle colonie</b>		<b>Prescrizione ai sensi del D.A. 540/14 recante "Misure volte a promuovere l'utilizzo dei Farmaci Originatori o Biosimilari a minor costo di terapia". Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 DA n. 1766/11 e s.m.i.</b>
L03AA02	Filgrastim	p	
L03AA02	Filgrastim biosimilare	p	
L03AA10	Lenograstim	p	
L03AA13	Pegfilgrastim	p	
L03AA13	Pegfilgrastim biosimilare	p	
L03AA14	Lipegfilgrastim	p	
<b>L03AB</b>	<b>Interferoni</b>		
L03AB01	Interferone alfa naturale	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03AB03	Interferone gamma	p	
L03AB04	Interferone alfa-2a	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.

L03AB05	Interferone alfa-2b	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03AB07	Interferone beta-1a	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
L03AB08	Interferone beta-1b	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03AB11	Peginterferone alfa-2a	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03AB13	Peginterferone beta-1a	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
<b>L03AC</b>	<b>Interleuchine</b>		
L03AC01	Aldesleuchina	p	
<b>L03AX</b>	<b>Altri Immunostimolanti</b>		
L03AX03	Vaccino BCG (Bacillo di Calmette e Guerin)	endovescicale	
L03AX13	Glatiramer acetato	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai Centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
L03AX15	Mifamurtide	p	
<b>L04</b>	<b>Immunosoppressivi</b>		
<b>L04A</b>	<b>Immunosoppressivi</b>		
<b>L04AA</b>	<b>Immunosoppressivi ad azione selettiva</b>		
L04AA04	Immunoglobulina antitimo (coniglio)	p	
L04AA06	Acido micofenolico	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AA10	Sirolimus	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AA13	Leflunomide	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AA18	Everolimus	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AA23	Natalizumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 33334 del 19/07/2021. Nell'ambito dello specifico protocollo terapeutico approvato dall'AIFA e limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19.
L04AA24	Abatacept	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA25	Eculizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui al D.A. Rete Regionale delle malattie rare n. 2199/18

L04AA26	Belimumab	p	Registro AIFA. Impiego da parte delle reumatologie ospedaliere e territoriali e dei PTA con ambulatorio infermieristico, nel rispetto delle modalità d'uso autorizzate (infusione e.v. per un'ora), previa acclusione del referto del laboratorio di analisi che comprovi la presenza dei 5 elementi previsti per l'impiego a carico del SSN.
L04AA27	Fingolimod	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 33334 del 19/07/2021. Nota AIFA 65. Impiego esclusivo da parte dei centri già individuati dal DDG 626/19. La prima somministrazione deve essere effettuata in Day Hospital sotto stretto monitoraggio cardiaco. Per l'indicazione pediatrica (per pazienti di età ≥ 10 anni) accesso al fondo farmaci innovativi non oncologici. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi (per la sola indicazione pediatrica) nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18.
L04AA29	Tofacitinib	os	Prescrizione su scheda cartacea di cui alla nota prot. n. 92437 del 13/12/2018 - Aggiornamento n. 33 del PTORS da parte dei Centri individuati con l'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione <b>colite ulcerosa</b> prescrizione su PT regionale, di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA31	Teriflunomide	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri già individuati dal DDG 626/19. Con nota prot. n. 90997 del 26/11/2015 - aggiornamento n. 2 PTORS è stata estesa la possibilità di prescrizione anche ai Centri spoke della Rete SM.
L04AA32	Apremilast	os	Prescrizione su PT AIFA allegato alla nota prot. n. 56525 del 23/07/2018 - Aggiornamento n. 30 del PTORS limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Al fine di distinguere le "prime prescrizioni" dalle "continuità terapeutiche", è necessario fare riferimento alla sezione "prescrizione". Infatti, la dose raccomandata di apremilast è di 30 mg bis in die, preceduta da uno schema di titolazione iniziale con l'utilizzo delle dosi di 10, 20 e 30 mg. Dopo la titolazione iniziale non è richiesta una nuova titolazione. Per consentire la suddetta titolazione iniziale, è disponibile uno starter pack contenente 27 compresse da 10/20/30 mg. Pertanto il PT per la prima prescrizione DEVE riportare la richiesta dello starter pack, mentre per la continuità non può essere utilizzato tale confezionamento. Si ribadisce che in nessun caso potrà intendersi "prosecuzione di terapia" un trattamento iniziato mediante l'utilizzo di campioni gratuiti. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA33	Vedolizumab	p	Per l'indicazione <b>Colite Ulcerosa</b> prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS. Per l'indicazione <b>Morbo di Crohn</b> prescrizione su PT AIFA di cui alla nota prot. n. 9117 del 17/02/2021. Prescrizione da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.

L04AA34	Alemtuzumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 33334 del 19/07/2021, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19. Per le restrizioni d'uso del medicinale si rimanda alla Nota Informativa Importante dell'AIFA pubblicata sul sito dell'Assessorato, giusta nota prot. n. 34071 del 24/04/2019.
L04AA36	Ocrelizumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 33334 del 19/07/2021, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19.
L04AA37	Baricitinib	p	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati con l'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Compilazione della scheda di cui al DA del 16/02/2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA40	Cladribina	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 33334 del 19/07/2021, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
L04AA42	Siponimod	os	Prescrizione, su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 22574 del 06/05/2021 - Aggiornamento n. 60 del PTORS, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19. Prima di iniziare il trattamento, è necessario determinare il genotipo di CYP2C9 dei pazienti con lo scopo di stabilire il loro stato di metabolizzatore per il CYP2C9. Nei pazienti con un genotipo CYP2C9*3*3, siponimod NON deve essere utilizzato. Nei pazienti con un genotipo CYP2C9*2*3 o *1*3, la dose di mantenimento raccomandata è di 1 mg, assunta una volta al giorno (quattro compresse da 0,25 mg). La dose di mantenimento raccomandata di siponimod in tutti gli altri pazienti con genotipo CYP2C9 è di 2 mg.
L04AA44	Upadacitinib	os	Prescrizione limitata ai Centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia pregressa con DMARDs, la farmacia ospedaliera, ai fini della dispensazione del medicinale, dovrà acquisire l'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa inserita nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.
<b>L04AB</b>	<b>Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-<math>\alpha</math>)</b>		<b>La prescrizione deve essere effettuata ai sensi del D.A. n. 540/14. Dispensazione dal Centro Prescrittore per tutte le indicazioni terapeutiche. Presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.</b>
L04AB01	Etanercept	p	Per le <b>indicazioni reumatologiche</b> prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per l'indicazione <b>psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi.
L04AB01	Etanercept biosimilare	p	

L04AB02	Infliximab	p	Per le <b>indicazioni reumatologiche</b> prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per le <b>indicazioni gastroenterologiche</b> prescrizione su PT regionale, di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Registro AIFA pediatrico per la colite ulcerosa. Per l' <b>indicazione psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Il trattamento con <b>infliximab biosimilare sottocute</b> deve essere iniziato e supervisionato da Medici specialisti esperti nella diagnosi e nel trattamento delle condizioni per cui è indicato. Dopo le prime due somministrazioni endovenose, se il Medico lo ritiene appropriato e dopo una formazione adeguata nella tecnica di iniezione sottocutanea, i pazienti possono eseguire autonomamente la somministrazione sottocutanea del medicinale, mantenendo gli eventuali follow-up stabiliti dal Medico. L'idoneità del paziente per l'uso sottocutaneo domiciliare deve essere valutata dal medico prescrittore e i pazienti devono essere invitati a informare il loro operatore sanitario nel caso manifestassero sintomi di una reazione allergica prima della somministrazione della dose successiva. I pazienti devono ricorrere immediatamente all'assistenza medica se sviluppano i sintomi di reazioni allergiche gravi.
L04AB02	Infliximab biosimilare	p	
L04AB04	Adalimumab	p	Per le <b>indicazioni reumatologiche</b> prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per le <b>indicazioni gastroenterologiche</b> prescrizione su PT regionale, di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Per l' <b>indicazione psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per l'indicazione <b>idrosadenite suppurativa (acne inversa)</b> prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione <b>Uveite non infettiva intermedia, posteriore e pan-uveite</b> prescrizione da parte dei Centri già individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L04AB04	Adalimumab biosimilare	p	
L04AB05	Certolizumab pegol	p	Limitatamente ai Centri di Reumatologia individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per l'indicazione <b>psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi.

L04AB06	Golimumab	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per le <b>indicazioni gastroenterologiche</b> prescrizione su PT regionale, di cui alla nota prot. n. 282 del 05/01/2021 - Aggiornamento n. 56 del PTORS, da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino".
<b>L04AC</b>	<b>Inibitori dell'interleuchina</b>		
L04AC02	Basiliximab	p	
L04AC03	Anakinra	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore. Per la malattia di Still prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 11204 del 27/02/2020 - Aggiornamento n. 47 del PTORS, da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area Nosologica 14 (Malattie del Sistema Osteomuscolare e del Tessuto Connettivo). Non è prevista la presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.
L04AC05	Ustekinumab	p	Prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per l' <b>indicazione psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per l'indicazione <b>Morbo di Crohn</b> prescrizione su PT AIFA di cui alla nota prot. n. 9117 del 17/02/2021. Prescrizione da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC07	Tocilizumab	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC08	Canakinumab	p	Registro AIFA per le indicazioni reumatologiche. Per l'indicazione " <b>Sindromi Periodiche Associate a Criopirina</b> ": l'utilizzo a carico del SSN è vincolato alla trasmissione del Centro Prescrittore al Centro Regionale di Farmacovigilanza - Servizio 7 Farmaceutica dell'Assessorato della Salute di una comunicazione di inizio del trattamento. Per le altre indicazioni prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati con l'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Per le indicazioni: Febbre mediterranea familiare, Sindrome periodica associata al recettore del fattore di necrosi tumorale e Sindrome da iperimmunoglobulinemia D la prescrizione è limitata ai Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area nosologica 5 (Malattie del Sistema immunitario). Per la malattia di Still nell'adulto prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area nosologica 14 (Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo). Non è prevista la presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.

L04AC10	Secukinumab	p	Per la <b>spondilite anchilosante attiva</b> in pz che non rispondono alla terapia convenzionale, prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per l'indicazione <b>artrite psoriasica</b> prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione <b>psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC11	Siltuximab	p	Prescrizione limitata ai Centri per le malattie rare di cui al D.A. 2199/18 Farmaco non soggetto a compensazione tramite file F.
L04AC12	Brodalumab	p	Per l'indicazione <b>psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC13	Ixekizumab	p	Per l'indicazione <b>psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC14	Sarilumab	p	Prescrizione su scheda cartacea di cui alla nota prot. n. 92437 del 13/12/2018 - Aggiornamento n. 33 del PTORS da parte dei Centri individuati con l'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC16	Guselkumab	p	Per l'indicazione <b>psoriasi a placche da moderata a severa</b> prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC17	Tildrakizumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC18	Risankizumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 29822 del 02/07/2020 - Aggiornamento n. 50 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.

<b>L04AD</b>	<b>Inibitori della calcineurina</b>		
L04AD01	Ciclosporina	os, p	
L04AD02	Tacrolimus	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
<b>L04AX</b>	<b>Altri immunosoppressivi</b>		
L04AX01	Azatioprina	os	
L04AX02	Talidomide	os	Registro AIFA
L04AX04	Lenalidomide	os	Registro AIFA. Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AX05	Pirfenidone	os	Registro AIFA. Prescrizione ed erogazione da parte dei Centri di cui al D.A. 2199/18 Rete Regionale Malattie Rare. La prescrizione è subordinata alla compilazione della scheda AIFA.
L04AX06	Pomalidomide	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L04AX07	Dimetilfumarato	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AX16	Plerixafor	p	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di Ematologia del Policlinico di Catania dell'AO "Villa Sofia - Cervello" e della casa di cura "La Maddalena"
<b>M</b>	<b>Sistema muscolo-scheletrico</b>		
<b>M01</b>	<b>Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici</b>		
<b>M01A</b>	<b>Farmaci antiinfiammatori/antireumatici, non steroidei</b>		
<b>M01AB</b>	<b>Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate</b>		
M01AB01	Indometacina	os, p, rett	
M01AB05	Diclofenac	os, p	
M01AB14	Proglumetacina	os	
M01AB15	Ketorolac	os, p	
M01AB16	Aceclofenac	os	
<b>M01AC</b>	<b>Oxicam - derivati</b>		
M01AC01	Piroxicam	os, p, rett	
M01AC02	Tenoxicam	os	
M01AC05	Lornoxicam	os	
M01AC06	Meloxicam	os	
<b>M01AE</b>	<b>Derivati dell'acido propionico</b>		
M01AE01	Ibuprofene	os, p	
M01AE02	Naprossene	os, rett	
M01AE03	Ketoprofene	os, p, rett	

M01AE09	Flurbiprofene	os	
M01AE11	Acido tiaprofenico	os	
M01AE12	Oxaprozina	os	
<b>M01AX</b>	<b>Altri farmaci antinfiammatori ed antireumatici non steroidei</b>		
M01AX01	Nabumetone	os	
M01AX17	Nimesulide	os, rett	
M01AX22	Morniflumato	os, rett	
M01AX49	Amtolmetina guacile	os	
<b>M01C</b>	<b>Sostanze antireumatiche specifiche</b>		
<b>M01CB</b>	<b>Preparati a base di oro</b>		
M01CB02	Sodio aurotiosolfato	p	
M01CB03	Auranofin	os	
<b>M01CC</b>	<b>Penicillamina ed analoghi</b>		
M01CC01	D-Penicillamina	os	
<b>M03</b>	<b>Miorilassanti</b>		
<b>M03A</b>	<b>Miorilassanti ad azione periferica</b>		
<b>M03AB</b>	<b>Derivati della colina</b>		
M03AB01	Suxametonio	p	
<b>M03AC</b>	<b>Altri composti ammonici quaternari</b>		
M03AC01	Pancuronio bromuro	p	
M03AC03	Vecuronio bromuro	p	
M03AC04	Atracurio besilato	p	
M03AC09	Rocuronio bromuro	p	
M03AC10	Mivacurio cloruro	p	
M03AC11	Cisatracurio bromuro	p	
<b>M03AX</b>	<b>Altri morilassanti ad azione periferica</b>		
M03AX01	Tossina botulinica A	p	
<b>M03B</b>	<b>Miorilassanti ad azione centrale</b>		
<b>M03BX</b>	<b>Altri miorilassanti ad azione centrale</b>		
M03BX01	Baclofene	os, p	
<b>M03C</b>	<b>Miorilassanti ad azione diretta</b>		

<b>M03CA</b>	<b>Dantrolene e derivati</b>		
M03CA01	Dantrolene	os, p	La forma parenterale deve essere sempre tenuta a disposizione per i casi di ipertermia maligna
<b>M04</b>	<b>Antigottosi</b>		
<b>M04A</b>	<b>Antigottosi</b>		
<b>M04AA</b>	<b>Preparati inibenti la formazione di acido urico</b>		
M04AA01	Allopurinolo	os	
M04AA03	Febuxostat	os	Prescrizione ai sensi della Nota AIFA 91 nei casi di documentata inefficacia o intolleranza all'allopurinolo
<b>M04AB</b>	<b>Preparati che incrementano l'escrezione di acido urico</b>		
M04AB05	Lesinurad	os	
<b>M04AC</b>	<b>Preparati senza effetto sul metabolismo dell'acido urico</b>		
M04AC01	Colchicina	os	
<b>M04AX</b>	<b>Altri preparati antigottosi</b>		
M04AX49	Piperazina	os	
<b>M05</b>	<b>Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa</b>		<b>Per il trattamento dei farmaci in nota AIFA 79 è obbligatorio eseguire la MOC; tale esame non è necessario in caso di fratture osteoporotiche vertebrali o di femore radiologicamente documentate</b>
<b>M05B</b>	<b>Farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee</b>		
<b>M05BA</b>	<b>Bifosfonati</b>		
M05BA01	Acido etidronico	os	
M05BA02	Acido clodronico	os, p	
M05BA03	Acido pamidronico	os	
M05BA04	Acido alendronico	os	
M05BA06	Acido ibandronico	os, p	Limitatamente ai centri individuati dalla regione con l'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
M05BA07	Acido risedronico	os	
M05BA08	Acido zoledronico	p	Limitatamente ai centri individuati dalla regione con l'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i. per le indicazioni reumatologiche. Per le indicazioni oncologiche, limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
M05BA49	Acido neridronico	p	Nuova formulazione da 100 mg
<b>M05BB</b>	<b>Bifosfonati, associazioni</b>		
M05BB03	Acido alendronico + colecalciferolo	os	
<b>M05BX</b>	<b>Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee</b>		
M05BX03	Ranelato di stronzio	os	Prescrizione ai sensi del DDG del 26 giugno 2013 pubblicato sulla GURS n. 34 del 26 luglio 2013 e PT AIFA

M05BX04	Denosumab	p	Registro AIFA. Secondo indicazioni autorizzate AIFA la prescrizione deve essere effettuata da parte degli specialisti, di cui alla determina AIFA n. 580 del 09/06/2014, di strutture pubbliche o specialisti convenzionati interni. Distribuzione Per Conto, ai sensi del DA 221/21, previa consegna della copia cartacea del Piano terapeutico web-based accompagnato, per la prima prescrizione, dal referto della MOC. Tale esame non è necessario in caso di fratture osteoporotiche vertebrali o di femore radiologicamente documentate. In riferimento alla specialità medicinale Xgeva prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. n. 1766/11 e s.m.i. Obbligo di consegnare al paziente la scheda in relazione al rischio di osteonecrosi.
M05BX05	Burosumab	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dell'U.O. di Clinica Pediatrica dell'AOU <i>Policlinico - V. Emanuele</i> di Catania e dell'U.O. di Clinica Pediatrica dell'ARNAS Di Cristina di Palermo ai sensi del D.A. 2199 del 21/11/2018.
<b>M09</b>	<b>Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico</b>		
<b>M09A</b>	<b>Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico</b>		
<b>M09AB</b>	<b>Enzimi</b>		
M09AB02	Clostridium histolyticum	p	Registro AIFA. Utilizzo limitato alle UU.OO. di Ortopedia, Chirurgia plastica e Reumatologia. I centri prescrittori possono prescrivere solo a seguito di presentazione di singole istanze.
<b>M09AX</b>	<b>Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico</b>		
M09AX01	Acido ialuronico	p	
M09AX03	Ataluren	os	Prescrizione limitata ai Centri per le malattie rare di cui al D.A. 2199/18
M09AX07	Nusinersen	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dell'UOC di Neurologia dell'AOUP "G. Martino" di Messina.
M09AX09	Onasemnogene abeparvovec	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dell'UOC di Neurologia dell'AOUP "G. Martino" di Messina. Per le condizioni negoziali si rimanda alla nota prot. n. 14913 del 17/03/2021. Visto l'elevato costo del medicinale, nelle more dell'eventuale apertura del file F per la compensazione interregionale, si dispone, per i pazienti extraregionali, l'acquisto diretto del farmaco da parte dell'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito. L'AOU Policlinico "G. Martino" di Messina dovrà effettuare una comunicazione preventiva dell'avvio del trattamento alla Direzione Aziendale di provenienza del paziente. L'ordine della s.m. Zolgensma, effettuato dall'Azienda Sanitaria di residenza del paziente, dovrà riportare come luogo di consegna del medicinale l'AOU Policlinico "G. Martino" di Messina. La richiesta di rimborso per il tramite del fondo farmaci innovativi NON oncologici sarà effettuata dalla stessa Azienda Sanitaria di residenza del paziente sottoposto a trattamento.
<b>N</b>	<b>Sistema nervoso</b>		
<b>N01</b>	<b>Anestetici</b>		
<b>N01A</b>	<b>Anestetici generali</b>		
<b>N01AB</b>	<b>Idrocarburi alogenati</b>		

N01AB07	Desflurano	inal	
N01AB08	Sevoflurano	inal	
<b>N01AF</b>	<b>Barbiturici, non associati</b>		
N01AF03	Tiopental sodico	p	
<b>N01AH</b>	<b>Anestetici oppioidi</b>		
N01AH01	Fentanil	p	
N01AH03	Sufentanil	p, os	Per la "gestione del dolore post - operatorio acuto da moderato a severo in pazienti adulti". Impiego da parte delle UU.OO. Chirurgia. Farmaco non soggetto a compensazione tramite File F.
N01AH06	Remifentanil	p	
<b>N01AX</b>	<b>Altri anestetici generali</b>		
N01AX03	Chetamina	p	
N01AX10	Propofol	p	
<b>N01B</b>	<b>Anestetici locali</b>		
<b>N01BB</b>	<b>Amidi</b>		
N01BB01	Bupivacaina	p	
N01BB02	Lidocaina	p, transd	La forma transdermica può essere utilizzata per un periodo massimo non superiore a 4 settimane
N01BB03	Mepivacaina	p	
N01BB04	Prilocaina	p	
N01BB09	Ropivacaina	p	
N01BB10	Levobupivacaina	p	
N01BB20	Lidocaina Prilocaina	t	
N01BB53	Mepivacaina, associazioni	p	
<b>N01BX</b>	<b>Altri anestetici locali</b>		
N01BX04	Capsaicina	transd	
<b>N02</b>	<b>Analgesici</b>		
<b>N02A</b>	<b>Oppioidi</b>		
<b>N02AA</b>	<b>Alcaloidi naturali dell'oppio</b>		
N02AA01	Morfina	os, p	
N02AA03	Idromorfone	os	
N02AA05	Ossicodone	os, p	
N02AA55	Ossicodone + naloxone	os	
N02AA59	Ibuprofene + Codeina	os	

<b>N02AB</b>	<b>Derivati della fenilpiperidina</b>		
N02BE01	Paracetamolo	p	
N02AB02	Petidina	p	
N02AB03	Fentanil	p, transd, endonasale, os	
<b>N02AE</b>	<b>Derivati dell'oripavina</b>		
N02AE01	Buprenorfina	p, subl, transd	
<b>N02AG</b>	<b>Oppioidi in associazione con antispastici</b>		
N02AG01	Morfina + atropina	p	
<b>N02AJ</b>	<b>Oppioidi in associazione con analgesici non oppioidi</b>		
N02AJ06	Paracetamolo + codeina	os, rett	
N02AJ17	Ossicodone + paracetamolo	os	
<b>N02AX</b>	<b>Altri oppioidi</b>		
N02AX02	Tramadolo	os, p	
N02AX06	Tapentadolo	os	
<b>N02B</b>	<b>Altri analgesici ed antipiretici</b>		
<b>N02BA</b>	<b>Acido salicilico e derivati</b>		
N02BA01	Acido acetilsalicilico	os, p	
<b>N02BE</b>	<b>Anilidi</b>		
N02BE01	Paracetamolo	os,p, rett	
<b>N02BG</b>	<b>Altri analgesici ed antipiretici</b>		
N02BG08	Ziconotide	p	
N02BG09	Metossiflurano	inal	Da utilizzare sotto la supervisione di personale sanitario esperto nella somministrazione. Impiego limitato al pronto soccorso delle Aziende Sanitarie.
N02BG10	Nabiximols	Spray per mucosa orale	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19.
<b>N02C</b>	<b>Antiemcranici</b>		
<b>N02CA</b>	<b>Alcaloidi della segale cornuta</b>		
N02CA01	Diidroergotamina	os	
N02CA52	Ergotamina + Caffeina	os	
<b>N02CC</b>	<b>Agonisti selettivi dei recettori 5HT1 della serotonina</b>		
N02CC05	Almotriptan	os	
N02CC06	Elitriptan	os	

<b>N02CD</b>	<b>Antagonisti del recettore del peptide correlato al gene della calcitonina</b>		
N02CD01	Erenumab	p	Registro AIFA. Prescrizione limitatata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per tutta la durata della terapia. Per le prescrizione effettuate dall'Oasi Maria SS di Troina, dispensazione da parte dell'ASP di residenza del paziente.
N02CD02	Galcanezumab	p	
N02CD03	Fremanezumab	p	
<b>N03</b>	<b>Antiepilettici</b>		
<b>N03A</b>	<b>Antiepilettici</b>		
<b>N03AA</b>	<b>Barbiturici e derivati</b>		
N03AA02	Fenobarbital	os, p	
N03AA03	Primidone	os	
<b>N03AB</b>	<b>Derivati dell'idantoina</b>		
N03AB02	Fenitoina	os, p	
<b>N03AD</b>	<b>Derivati della succinimide</b>		
N03AD01	Etosuccimide	os	
<b>N03AE</b>	<b>Derivati benzodiazepinici</b>		
N03AE01	Clonazepam	os	
<b>N03AF</b>	<b>Derivati della carbossamide</b>		
N03AF01	Carbamazepina	os	
N03AF02	Oxacarbazepina	os	
N03AF03	Rufinamide	os	Utilizzo in terapia aggiuntiva dopo resistenza all'associazione Sodio Valproato + lamotrigina
N03AF04	Eslicarbazepina	os	Prescrizione da parte delle UU.OO. di neurologia, neuropsichiatria infantile e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Erogazione del farmaco in DPC.
<b>N03AG</b>	<b>Derivati degli acidi grassi</b>		
N03AG01	Acido valproico	os, p	
N03AG04	Vigabatrin	os	
<b>N03AX</b>	<b>Altri antiepilettici</b>		
N03AX09	Lamotrigina	os	
N03AX11	Topiramato	os	
N03AX12	Gabapentin	os	
N03AX14	Levetiracetam	os, p	
N03AX16	Pregabalin	os	

N03AX18	Lacosamide	os, p	
N03AX22	Perampanel	os	Prescrizione, su template AIFA, da parte delle UU.OO. di neurologia, neuropsichiatria infantile e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Erogazione del farmaco in DPC.
N03AX23	Brivaracetam	os	Prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 51442 del 04/07/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS da parte delle UU.OO. di Neurologia, di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza delle Aziende Sanitarie e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Erogazione del farmaco in DPC.
N03AX24	Cannabidiolo	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n. 32665 del 12/07/2021 - Aggiornamento n. 61 del PTORS, da parte dei Centri delle malattie rare dell'area nosologica 7 "Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico" e 7.1 "Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico in età pediatrica" di cui al D.A. 2199/2018. Dispensazione diretta dall'ASP di residenza del paziente.
<b>N04</b>	<b>Antiparkinsoniani</b>		
<b>N04A</b>	<b>Sostanze anticolinergiche</b>		
<b>N04AA</b>	<b>Amine terziarie</b>		
N04AA02	Biperidene	os, p	
N04AA11	Bornaprina	os	
<b>N04AB</b>	<b>Eteri chimicamente correlati agli antiistaminici</b>		
<b>N04B</b>	<b>Sostanze dopaminergiche</b>		
<b>N04BA</b>	<b>Dopa e suoi derivati</b>		
			Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N04BA02	Levodopa + Benserazide	os	
N04BA02	Levodopa + Carbidopa	os, p	
N04BA03	Levodopa + Carbidopa + Entacapone	os	
N04BA05	Melevodopa cloridrato + carbidopa	os	
<b>N04BC</b>	<b>Agonisti della dopamina</b>		
			Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N04BC06	Cabergolina	os	
N04BC07	Apomorfina	p	
<b>N04BD</b>	<b>Inibitori della MAO-B</b>		
N04BD01	Selegilina	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N04BD02	Rasagilina	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N04BD03	Safinamide	os	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Neurologia delle Aziende Sanitarie e dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" e da parte degli ambulatori di Neurologia delle Aziende Sanitarie.
<b>N04BX</b>	<b>Altre sostanze dopaminergiche</b>		
			Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N04BX01	Tolcapone	os	

N04BX04	Opicapone	os	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 51442 del 04/07/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS limitatamente alle UU.OO. ed ambulatori di Neurologia delle Aziende Sanitarie. Erogazione del farmaco in DPC
N04BX02	Entacapone	os	
<b>N05</b>	<b>Psicolettici</b>		
<b>N05A</b>	<b>Antipsicotici</b>		
<b>N05AA</b>	<b>Fenotiazine con catena laterale alifatica</b>		
N05AA01	Clorpromazina	os, p	
N05AA02	Levomepromazina	os	
N05AA03	Promazina	os, p	
<b>N05AB</b>	<b>Fenotiazine con struttura piperazinica</b>		
N05AB02	Flufenazina	p	
N05AB03	Perfenazina	os	
<b>N05AC</b>	<b>Fenotiazine con struttura piperidinica</b>		
N05AC01	Periciazina	os	
<b>N05AD</b>	<b>Derivati del butirrofenone</b>		
N05AD01	Aloperidolo	os, p	
N05AD06	Bromperidolo		
N05AD08	Droperidolo	p	
<b>N05AE</b>	<b>Derivati dell'indolo</b>		Limitatamente ai Centri individuati con l'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N05AE04	Ziprasidone	os	
N05AE05	Lurasione	os	Prescrizione SSN limitata ad una sola confezione per volta fino al raggiungimento del dosaggio ottimale. Erogazione del farmaco tramite DPC
<b>N05AF</b>	<b>Derivati del tioxantene</b>		
N05AF05	Zuclopentixolo	os, p	
<b>N05AH</b>	<b>Diazepine, oxazepine, tiazepine e oxepine</b>		Limitatamente ai Centri individuati con l'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N05AH01	Loxapina	inal	Limitatamente all'impiego nei pazienti ricoverati presso le UU.OO. di Psichiatria. Prescrizione su PT AIFA cartaceo allegato alla nota prot. n. 42194 del 31/05/2018 - Aggiornamento n. 28 del PTORS
N05AH02	Clozapina	os	
N05AH03	Olanzapina	os, p	
N05AH04	Quetiapina	os	
N05AH05	Asenapina	subl	
N05AH06	Clotiapina	os, p	

<b>N05AL</b>	<b>Benzamidi</b>		
N05AL01	Sulpiride	p	
N05AL03	Tiapride	os, p	
N05AL05	Amisulpride	os	
N05AL07	Levosulpiride	os, p	
<b>N05AN</b>	<b>Litio</b>		
N05AN01	Litio carbonato	os	
<b>N05AX</b>	<b>Altri Antipsicotici</b>		Prescrizione da parte dei Centri individuati con l'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i. Per le formulazioni orali, distribuzione mediante canale della DPC
N05AX08	Risperidone	os, p	
N05AX12	Aripirazolo	os, p	
N05AX13	Paliperidone	os	
N05AX15	Cariprazina	os	
N05AX16	Brexpiprazolo	os	
<b>N05B</b>	<b>Ansiolitici</b>		
<b>N05BA</b>	<b>Derivati benzodiazepinici</b>		
N05BA01	Diazepam	os, p	
N05BC05	Pramipexolo	os	
N05BA06	Lorazepam	os, p	
N05BA08	Bromazepam	os	
N05BA12	Alprazolam	os	
N05BA49	Delorazepam	os, p	
<b>N05C</b>	<b>Ipnotici e sedativi</b>		
<b>N05CD</b>	<b>Derivati benzodiazepinici</b>		
N05CD01	Flurazepam	os	
N05CD05	Triazolam	os	
N05CD08	Midazolam	p, oromucosale	
<b>N05CF</b>	<b>Benzodiazepine analoghi</b>		
N05CF02	Zolpidem	os	
<b>N05CM</b>	<b>Altri ipnotici e sedativi</b>		
N05CM18	Dexmedetomidina	p	
<b>N06</b>	<b>Psicoanalettici</b>		

<b>N06A</b>	<b>Antidepressivi</b>		
<b>N06AA</b>	<b>Inibitori non selettivi della ricaptazione delle monoamine</b>		
N06AA01	Desipramina	os	
N06AA02	Imipramina	os	
N06AA04	Clomipramina	os, p	
N06AA09	Amitriptilina	os	
N06AA10	Nortriptilina	os	
<b>N06AB</b>	<b>Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina</b>		
N06AB03	Fluoxetina	os	Ai sensi dell'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
N06AB04	Citalopram	os, p	
N06AB05	Paroxetina	os	
N06AB06	Sertralina	os	
N06AB08	Fluvoxamina	os	
N06AB10	Escitalopram	os	
<b>N06AX</b>	<b>Altri antidepressivi</b>		
N06AX03	Mianserina	os	
N06AX05	Trazodone	os	
N06AX11	Mirtazapina	os	
N06AX12	Bupropione	os	
N06AX16	Venlafaxina	os	
N06AX18	Reboxetina	os	
N06AX21	Duloxetina	os	
N06AX26	Vortioxetina	os	La confezione da 20 mg, essendo in fascia C, non è a carico del SSR.
<b>N06B</b>	<b>Psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi</b>		
<b>N06BA</b>	<b>Simpaticomimetici ad azione centrale</b>		Limitatamente ai Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
N06BA04	Metilfenidato	os	Prescrizione limitatata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
N06BA07	Modafinil	os	
N06BA09	Atomoxetina	os	Prescrizione limitatata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.

N06BA14	Solriamfetol	os	Per l'indicazione " <i>miglioramento dello stato di veglia e ridurre la sonnolenza diurna eccessiva (Excessive Daytime Sleepiness, EDS) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva del sonno (Obstructive Sleep Apnoea, OSA) nei quali l'EDS non è stata trattata in modo soddisfacente con la terapia primaria per l'OSA, ad esempio la pressione positiva continua nelle vie aeree (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)</i> " prescrizione su Piano Terapeutico AIFA cartaceo di cui alla nota prot. n. 22574 del 06/05/2021 - Aggiornamento n. 60 del PTORS. Prescrizione da parte del Centro di Riferimento Regionale presso l'Oasi Maria SS. di Troina. Dispensazione da parte dell'ASP di residenza del paziente. Eventuali altri Centri afferenti all'area nosologica 7 "malattie del sistema nervoso centrale e periferico" di cui al D.A. 2199/2018 dovranno presentare istanza ai sensi del DA 314/16.
<b>N06BC</b>	<b>Derivati xantini</b>		
N06BC01	Caffeina citrato	ev, os	
<b>N06BX</b>	<b>Altri psicostimolanti e nootropici</b>		
N06BX13	Idebenone	os	Registro AIFA. Prescrizione e Dispensazione da parte della U.O.C. di Neurologia e Malattie Neuromuscolari del Policlinico di Messina afferente alla Rete Regionale delle Malattie Rare di cui al D.A. 2199/18.
<b>N06D</b>	<b>Farmaci anti-demenza</b>		Centri prescrittori di cui al D.D.G.2527/13 e s.m.i.
<b>N06DA</b>	<b>Anticolinesterasici</b>		Nota AIFA 85
N06DA02	Donepezil	os	
N06DA03	Rivastigmina	os, transd	
N06DA04	Galantamina	os	
<b>N06DX</b>	<b>Altri farmaci anti-demenza</b>		Nota AIFA 85
N06DX01	Memantina	os	
<b>N07</b>	<b>Altri farmaci del sistema nervoso</b>		
<b>N07A</b>	<b>Parasimpaticomimetici</b>		
<b>N07AA</b>	<b>Anticolinesterasici</b>		
N07AA01	Neostigmina	p	
N07AA02	Piridostigmina	os	
<b>N07AX</b>	<b>Altri parasimpaticomimetici</b>		
N07AX01	Pilocarpina cloridrato	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>N07B</b>	<b>Farmaci usati nei disturbi da disassuefazione</b>		
<b>N07BA</b>	<b>Farmaci utilizzati nella dipendenza da nicotina</b>		

N07BA03	Vareniclina	os	Prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 77290 del 03/12/2019 - Aggiornamento n. 43 del PTORS, da parte delle UU.OO. Di Pneumologia e dei Centri Antifumo formalmente riconosciuti afferenti a strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Distribuzione Diretta da parte del Centro Prescrittore. È obbligatorio acquisire la documentazione attestante l'esito della spirometria e del test di reversibilità.
<b>N07BB</b>	<b>Farmaci usati nella dipendenza da alcool</b>		
N07BB01	Disulfiram	os	
N07BB03	Acamprosato	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei SERT
N07BB04	Naltrexone	os	
N07BB49	Sodio oxibato	os	
<b>N07BC</b>	<b>Farmaci usati nella dipendenza da oppiacei</b>		
N07BC01	Buprenorfina	os, transd	
N07BC02	Metadone	os	Limitatamente alle Sindromi dolorose di entità severa in pazienti che non rispondono più a un trattamento sequenziale con FANS, steroidei e oppioidi deboli: tutte le Unità Operative Ospedaliere e Universitarie con o senza posti letto. Strutture di ricovero e Case di Cura Private Accreditate e Specialisti Convenzionati interni. Distribuzione Diretta. Limitatamente al trattamento di disassuefazione da narcotico-stupefacenti prescrizione e dispensazione da parte dei SERT.
N07BC51	Buprenorfina + Naxolone	subl	Ai sensi dell'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>N07C</b>	<b>Preparati antivertigine</b>		
<b>N07CA</b>	<b>Preparati antivertigine</b>		
N07CA01	Betaistina	os	
<b>N07X</b>	<b>Altri farmaci del sistema nervoso</b>		
<b>N07XX</b>	<b>Altri farmaci del sistema nervoso</b>		
N07XX02	Riluzolo	os	
N07XX06	Tetrabenazina	os	
N07XX08	Tafamidis meglumine	os	Prescrizione limitata alla UOC di Neurologia del Policlinico di Messina di cui al D.A. 2199/18 " <i>Rete Regionale Malattie Rare</i> ".
N07XX09	Dimetilfumarato	os	Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri di cui al DDG 626/19. Con nota prot. n. 90997 del 26/11/2015 - aggiornamento n.2 PTORS è stata estesa la possibilità di prescrizione anche ai Centri spoke della Rete SM.
N07XX11	Pitolisant	os	Prescrizione da parte del Centro di Riferimento Regionale presso l'Oasi Maria SS. di Troina, limitatamente ai pazienti intolleranti o non responsivi al modafinil. Dispensazione da parte dell'ASP di residenza del paziente.
N07XX12	Patisiran	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui all'allegato B del DA 2199/18 - Area nosologica 7 (Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico).

N07XX15	Inotorsen	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui all'allegato B del D.A. 2199/2018 - area nosologica 7 (malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico).
<b>P</b>	<b>Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti</b>		
<b>P01</b>	<b>Antiprotozoari</b>		
<b>P01A</b>	<b>Sostanze contro l'amebiasi ed altre affezioni protozoarie</b>		
<b>P01AB</b>	<b>Derivati nitroimidazolici</b>		
P01AB01	Metronidazolo	os	
P01AB02	Tinidazolo	os	
<b>P01B</b>	<b>Antimalarici</b>		
<b>P01BA</b>	<b>Aminochinoline</b>		
P01BA01	Clorochina	os	
P01BA02	Idrossiclorochina	os	
<b>P01BC</b>	<b>Metanolchinoline</b>		
P01BC02	Meflochina	os	
<b>P01CX</b>	<b>Altre sostanze contro la leishmaniosi e la tripanosomiasi</b>		
P01CX01	Pentamidina	p	Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
<b>P02</b>	<b>Antelmintici</b>		
<b>P02C</b>	<b>Antinematodi</b>		
<b>P02CA</b>	<b>Derivati benzimidazolici</b>		
P02CA01	Mebendazolo	os	
P02CA03	Albendazolo	os	
<b>R</b>	<b>Sistema respiratorio</b>		
<b>R01</b>	<b>Preparati rinologici</b>		
<b>R01A</b>	<b>Decongestionanti nasali per uso topico</b>		
<b>R01AX</b>	<b>Altre preparazioni rinologiche</b>		
R01AX10	Argento proteinato	gocce nasali	
<b>R03</b>	<b>Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie spirometria</b>		<b>Per i farmaci indicati per il trattamento della BPCO, prima di procedere alla prescrizione, è fatto obbligo ai medici prescrittori di acquisire la documentazione attestante l'esito della spirometria e del test di reversibilità ai fini della diagnosi</b>
<b>R03A</b>	<b>Adrenergici per aerosol</b>		
<b>R03AC</b>	<b>Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici</b>		

R03AC02	Salbutamolo	inal	
R03AC03	Terbutalina	inal	
R03AC04	Fenoterolo	inal	
R03AC12	Salmeterolo	inal	
R03AC13	Formoterolo	inal	
R03AC18	Indacaterolo	inal	
R03AC19	Olodaterolo	inal	
<b>R03AK</b>	<b>Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie</b>		
R03AK06	Salmeterolo + Fluticasone	inal	
R03AK07	Budenoside + Formeterolo	inal	
R03AK08	Beclometasone + Formeterolo	inal	
R03AK10	Fluticasone furoato + Vilanterolo	inal	
R03AK11	Fluticasone propionato + Formeterolo	inal	Il farmaco sarà sottoposto a monitoraggio periodico dei consumi. Eventuali significativi scostamenti rispetto al dato medio nazionale saranno oggetto di specifici provvedimenti.
<b>R03AL</b>	<b>Adrenergici in combinazione con anticolinergici</b>		
R03AL01	Fenoterolo + ipratropio	inal	
R03AL02	Salbutamolo + Ipratropio	inal	
R03AL03	Umeclidinio + vilanterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL04	Indacaterolo + Glicopirronio	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL05	aclidinio + formoterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL06	tiotropio + olodaterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.

R03AL08	Fluticasone + Umeclidinio + vilanterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 32377 del 17/04/2019 - Aggiornamento n. 37 del PTORS. La durata massima del PT è di 12 mesi. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL09	Beclometasone + Formeterolo + Glicopirronio	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 7278 del 28/01/2019 - Aggiornamento n. 35 del PTORS. La durata massima del PT è di 12 mesi. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
<b>R03B</b>	<b>Altri antiasmatici per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per aerosol</b>		
<b>R03BA</b>	<b>Glicocorticoidi</b>		
R03BA01	Beclometasone	inal	
R03BA02	Budesonide	inal	
R03BA03	Flunisolide	inal	
R03BA05	Fluticasone	inal	
<b>R03BB</b>	<b>Anticolinergici</b>		
R03BB01	Ipratropio bromuro	inal	
R03BB02	Oxitropio bromuro	inal	
R03BB04	Tiotropio bromuro	inal	
R03BB05	Acidinio bromuro	inal	
R03BB06	Glicopirronio bromuro	inal	
R03BB07	Umeclidinio	inal	
<b>R03C</b>	<b>Adrenergici per uso sistemico</b>		
<b>R03CC</b>	<b>Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici</b>		
R03CC02	Salbutamolo	inal	
<b>R03D</b>	<b>Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico</b>		
<b>R03DA</b>	<b>Derivati xantini</b>		
R03DA04	Teofillina	os	
R03DA05	Aminofillina	p	
R03DA08	Bamifillina	os	
R03DA11	Doxofillina	os, p	

<b>R03DC</b>	<b>Antagonisti dei recettori dei leucotrieni</b>		
R03DC01	Zafirlukast	os	
R03DC03	Montelukast	os	
<b>R03DX</b>	<b>Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico</b>		
R03DX05	Omalizumab	p	Per l'indicazione asma, prescrizione e dispensazione ai sensi del DDG 815/14. Per l'indicazione orticaria spontanea cronica, prescrizione su template AIFA e su Registro di monitoraggio AIFA per i pazienti al 3° e 4° ciclo di terapia, limitata ai Centri individuati dalla Regione e pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore. Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore. Il medico abilitato alla prescrizione, <b>a partire dalla quarta somministrazione del farmaco</b> , potrà decidere se continuare la somministrazione della terapia da parte di un operatore sanitario oppure considerare l'avvio dei pazienti all'autosomministrazione. In tali casi i pazienti o i prestatori di cura dovranno essere sottoposti ad un'adeguata formazione, che dovrà essere attestata dal medico, circa le modalità di somministrazione del medicinale e l'identificazione precoce di segni e sintomi riconducibili ad eventuali reazioni allergiche gravi. La suddetta attestazione è indispensabile ai fini della dispensazione del medicinale nel caso in cui la somministrazione non sia effettuata da uno pneumologo. Ai fini della dispensazione è necessario allegare al piano terapeutico AIFA il referto della spirometria e il dosaggio degli eosinofili. Eventuali prescrizioni inappropriate o effettuate da clinici non abilitati alla prescrizione dovranno essere sanzionate ai sensi della normativa vigente.
R03DX07	Roflumilast	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Clinici di UU.OO. di pneumologie di strutture pubbliche e pneumologi convenzionati interni
R03DX09	Mepolizumab	p	“Terapia aggiuntiva per l'asma eosinofilo refrattario severo negli adulti, adolescenti e bambini di età ≥ 6 anni”. Poiché mepolizumab deve essere prescritto da medici esperti nella diagnosi e nel trattamento dell’asma grave eosinofila refrattaria, la prescrizione è limitata ai Centri individuati dalla Regione e pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Prescrizione su PT AIFA di cui alla nota prot. n. 38858 del 10/09/2020 - aggiornamento n. 52 del PTORS. Nelle more di un eventuale aggiornamento del PT da parte dell’AIFA, il Clinico è tenuto ad indicare nella sezione dedicata alla “durata prevista di trattamento” dopo la tempistica “(mesi)” la dicitura “prima prescrizione” o “continuità terapeutica”. Il PT ha una durata massima di 12 mesi. Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore. Il medico abilitato alla prescrizione del farmaco potrà decidere se continuare la somministrazione della terapia da parte di un operatore sanitario oppure considerare l'avvio dei pazienti all'autosomministrazione. In tali casi i pazienti o i prestatori di cura dovranno essere sottoposti ad un'adeguata formazione, che dovrà essere attestata dal medico, circa le modalità di somministrazione del medicinale e l'identificazione precoce di segni e sintomi riconducibili ad eventuali reazioni allergiche gravi. La suddetta attestazione è indispensabile ai fini della dispensazione del medicinale nel caso in cui la somministrazione non sia effettuata da uno pneumologo. Ai fini della dispensazione è necessario allegare al piano terapeutico AIFA il referto della spirometria e il dosaggio degli eosinofili. Eventuali prescrizioni inappropriate o effettuate da clinici non abilitati alla prescrizione dovranno essere sanzionate ai sensi della normativa vigente.

R03DX10	Benralizumab	p	<p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 32377 del 17/04/2019 - Aggiornamento n. 37 del PTORS da parte dei Centri già individuati dalla Regione per la prescrizione del p.a. mepolizumab. Il Clinico è tenuto a indicare nella sezione dedicata alla "durata prevista di trattamento" dopo la tempistica "(mesi)" la dicitura "prima prescrizione" o "continuità terapeutica".</p> <p>Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore. Il medico abilitato alla prescrizione del farmaco potrà decidere se continuare la somministrazione della terapia da parte di un operatore sanitario oppure considerare l'avvio dei pazienti all'autosomministrazione. In tali casi i pazienti o i prestatori di cura dovranno essere sottoposti ad un'adeguata formazione, che dovrà essere attestata dal medico, circa le modalità di somministrazione del medicinale e l'identificazione precoce di segni e sintomi riconducibili ad eventuali reazioni allergiche gravi. La suddetta attestazione è indispensabile ai fini della dispensazione del medicinale nel caso in cui la somministrazione non sia effettuata da uno pneumologo. Ai fini della dispensazione è necessario allegare al piano terapeutico AIFA il referto della spirometria e il dosaggio degli eosinofili.</p> <p>Eventuali prescrizioni inappropriate o effettuate da clinici non abilitati alla prescrizione dovranno essere sanzionate ai sensi della normativa vigente.</p>
<b>R05</b>	<b>Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento</b>		
<b>R05C</b>	<b>Espettoranti, escluse le associazioni con sedativi della tosse</b>		
<b>R05CB</b>	<b>Mucolitici</b>		
R05CB01	N-Acetilcisteina	p	
R05CB13	Dornase alfa	p	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al D.A. 2199/18
R05CB16	Mannitolo	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la Fibrosi Cistica. I suddetti Centri devono relazionare con cadenza semestrale in merito ad eventuali interruzioni di terapia per problemi di tollerabilità
<b>R05D</b>	<b>Sedativi della tosse, escluse le associazioni con espettoranti</b>		
<b>R05DA</b>	<b>Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati</b>		
R05DA20	Diidrocodeina + acido benzoico	os	
<b>R05DB</b>	<b>Altri sedativi della tosse</b>		
R05DB27	Levodropropizina	os	
<b>R06</b>	<b>Antiistaminici per uso sistemico</b>		
<b>R06A</b>	<b>Antiistaminici per uso sistemico</b>		
<b>R06AB</b>	<b>Alchilamine sostituite</b>		
R06AB04	Clorfeniramina	p	
<b>R06AD</b>	<b>Derivati fenotiazinici</b>		
R06AD02	Prometazina	os, p	
<b>R06AE</b>	<b>Derivati piperazinici</b>		
R06AE06	Oxatomide	os	

R06AE07	Cetirizina	os	
R06AE09	Levocetirizina	os	
<b>R06AX</b>	<b>Altri antiistaminici per uso sistemico</b>		
R06AX13	Loratadina	os	
R06AX17	Ketotifene	os	
R06AX22	Ebastina	os	
R06AX25	Mizolastina	os	
R06AX26	Fexofenadina	os	
R06AX27	Desloratadina	os	
<b>R07</b>	<b>Altri preparati per il sistema respiratorio</b>		
<b>R07A</b>	<b>Altri preparati per il sistema respiratorio</b>		
<b>R07AA</b>	<b>Surfattanti polmonari</b>		
R07AA02	Fosfolipidi naturali (poractant alfa)	p	
<b>R07AX</b>	<b>Altri preparati per il sistema respiratorio</b>		
R07AX01	Ossido nitrico	inal	
R07AX02	Ivacaftor	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. Per l'indicazione "in un regime di associazione con ivacaftor 75 mg/tezacaftor 50 mg/elexacaftor 100 mg compresse per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari e superiore a dodici anni affetti da fibrosicistica (FC), omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR o eterozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF)" Accesso al fondo farmaci innovativi non oncologici.
R07AX30	Ivacaftor + Lumacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia.
R07AX31	Tezacaftor + ivacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia.
R07AX32	Ivacaftor + tezacaftor + elexacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. Accesso al fondo farmaci innovativi non oncologici.
<b>S</b>	<b>Organi di senso</b>		
<b>S01</b>	<b>Oftalmologici</b>		
<b>S01A</b>	<b>Antinfettivi</b>		
<b>S01AA</b>	<b>Antibiotici</b>		
S01AA11	Gentamicina	collirio	
S01AA12	Tobramicina	collirio, unguento oftalmico	

S01AA23	Netilmicina	collirio	
S01AA26	Azitromicina	collirio	
S01AA27	Cefuroxima	fiala intraoculare	
S01AA30	Cloramfenicolo + colimestato di sodio + rolitetraciclina	unguento oftalmico	
<b>S01AD</b>	<b>Antivirali</b>		
S01AD03	Aciclovir	unguento oftalmico	
<b>S01AX</b>	<b>Altri antinfettivi</b>		
S01AX11	Oxofloxacina	pomata oftalmica	
S01AX12	Norfloxacina	collirio	
S01AX13	Ciprofloxacina	collirio	
S01AX17	Lomefloxacina	collirio	
S01AX18	Iodopovidone	collirio	
S01XA23	Ocriplasmina	fiala intraoculare	Registro AIFA. Prescrizione limitata ai seguenti Centri prescrittori: P.O. Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (AG), A.O.U. "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania, P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale (CT), P.O. "Barone Romeo" di Patti (ME), A.O.U. Policlinico "G. Martino" di Messina, A.O.O.R. "Villa Sofia Cervello" di Palermo, ARNAS Civico di Palermo, P.O. "Civile - M.P. Arezzo" di Ragusa, P.O. "Umberto I" di Siracusa, P.O. "S. Antonio Abate" di Trapani.
S01XA24	Cenegermin	collirio	Registro AIFA. Prescrizione limitatata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
<b>S01B</b>	<b>Antiinfiammatori</b>		
<b>S01BA</b>	<b>Corticosteroidi non associati</b>		
S01BA01	Desametasone	collirio, unguento oftalmico, impianto intravitreale	Per la formulazione intravitreale limitatamente ai Centri individuati dal D.A. 1518/13 e s.m.i. In caso di inefficacia terapeutica ad Ozurdex, è possibile somministrare un anti VEGF previa compilazione dell'apposita scheda di segnalazione di sospetta ADR effettuata ai sensi della vigente normativa. In tal caso non è consentito ritrattare lo stesso paziente con Ozurdex. Inoltre, si stabilisce che l'eventuale impiego del sopracitato medicinale in un periodo difforme da quello indicato nel RCP è da intendersi off - label e pertanto dovrà essere impiegato ai sensi del DDG 2679/09.
S01BA05	Triamcinolone acetonide	fiala intraoculare	Prescrizione da parte dei Centri di cui al DA 1518/13 e s.m.i.
S01BA07	Fluorometolone	collirio	

S01BA15	Fluocinolone acetoneide	impianto vitreale	Prescrizione, su PT AIFA cartaceo, parte integrante della nota prot. n. 66065 del 17/08/2017 - aggiornamento n. 23, pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato, limitata ai Centri di cui al D.A. n. 1518/13 e s.m.i. In caso di calo della vista o aumento dello spessore della retina, secondari a recidiva o peggioramento dell'edema maculare diabetico, è possibile la risomministrazione dopo 12 mesi dall'inizio della terapia. In tal caso il rinnovo del PT deve essere autorizzato dal Direttore Sanitario dell'Azienda di pertinenza del prescrittore, previa presentazione di una relazione clinica a supporto della richiesta che dovrà essere anche indirizzata al Servizio 7 Farmaceutica.
<b>S01BC</b>	<b>Antinfiammatori non steroidei</b>		
S01BC10	Nepafenac	collirio	
<b>S01C</b>	<b>Antinfiammatori ed antifettivi in associazione</b>		
<b>S01CA</b>	<b>Corticosteroidi ed antifettivi in associazione</b>		
S01CA01	Desametasone + tobramicina	collirio, unguento oftalmico	
<b>S01E</b>	<b>Preparati antiglaucoma e miotici</b>		
<b>S01EA</b>	<b>Simpaticomimetici per la terapia del glaucoma</b>		
S01EA05	Brimonidina	collirio	
<b>S01EB</b>	<b>Parasimpaticomimetici</b>		
S01EB01	Pilocarpina	collirio	
S01EB09	Acetilcolina	fiala intraoculare	
<b>S01EC</b>	<b>Inibitori dell'anidraasi carbonica</b>		
S01EC01	Acetazolamide	os	
S01EC03	Dorzolamide	collirio	
<b>S01ED</b>	<b>Sostanze betabloccanti</b>		
S01ED01	Timololo	collirio, gel oftalmico	
S01ED05	Carteololo	collirio	
S01ED51	Timololo + dorzolamide	collirio	
S01ED51	Timololo + latanoprost	collirio	
<b>S01EE</b>	<b>Analoghi delle prostaglandine</b>		
S01EE01	Latanoprost	collirio	
S01EE03	Bimatoprost	collirio	
S01EE04	Travoprost	collirio	
<b>S01F</b>	<b>Midriatici e cicloplegici</b>		
<b>S01FA</b>	<b>Anticolinergici</b>		

S01FA01	Atropina	collirio	
S01FA04	Ciclopentolato	collirio	
S01FA06	Tropicamide	collirio	
S01FA56	Tropicamide + fenilefrina	collirio	
S01FA56	Tropicamide + fenilefrina + lidocaina	collirio	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Oculistica e Oftalmologia afferenti a strutture pubbliche e private accreditate.
<b>S01H</b>	<b>Anestetici locali</b>		
<b>S01HA</b>	<b>Anestetici locali</b>		
S01HA02	Oxibuprocaina	collirio	
S01HA07	Lidocaina	collirio	
<b>S01J</b>	<b>Diagnostici</b>		
<b>S01JA</b>	<b>Sostanze coloranti</b>		
S01JA01	Fluoresceina sodica	p	
S01JA51	Fluoresceina sodica + ossibuprocaina cloridrato	collirio	Utilizzo da parte delle UU.OO. Di Oculistica e Oftalmologia afferenti a strutture pubbliche e private accreditate.
<b>S01L</b>	<b>Sostanze per le affezioni vascolari oculari</b>		
<b>S01LA</b>	<b>Sostanze antineovascolarizzanti</b>		
S01LA01	Verteporfina	p	
S01LA03	Pegaptanib	fiala intraoculare	Registro AIFA. Prescrizione, ai sensi della nota AIFA 98, da parte dei Centri individuati con il D.A. 289/20 il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. A parità di indicazione terapeutica, i prescrittori sono tenuti a prediligere l'impiego dei prodotti a minor costo di terapia, ivi incluso il bevacizumab ai sensi della legge 648/96.
S01LA04	Ranibizumab	fiala intraoculare	
S01LA05	Aflibercept	fiala intraoculare	
S01LA06	Brolucizumab	fiala intraoculare	
<b>S01X</b>	<b>Altri oftalmologici</b>		
<b>S01XA</b>	<b>Altri oftalmologici</b>		
S01XA18	Ciclosporina	collirio	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 38858 del 10/09/2020 - Aggiornamento n. 52 del PTORS da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 2199/18 - Area Nosologica 8 "Malattie dell'apparato visivo". Dispensazione dal Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di trattamento.
S01XA20	Acido ialuronico	collirio	
S01XA20	Carmellosa sodica	collirio	
<b>V</b>	<b>Vari</b>		
<b>V01</b>	<b>Allergeni</b>		

<b>V01A</b>	<b>Allergeni</b>		
<b>V01AA</b>	<b>Estratti di allergeni</b>		
V01AA02	Polline	subl	Prescrizione e dispensazione da parte delle allergologie ospedaliere e territoriali. Dopo un primo ciclo di trattamento con una Specialità Medicinale non può essere effettuato un nuovo piano terapeutico per altri Medicinali con analogo codice ATC. La farmacia del Centro Prescrittore deve predisporre un foglio elettronico finalizzato al monitoraggio delle prescrizioni ed al rispetto dei termini di durata previsti dai piani terapeutici AIFA.
<b>V03</b>	<b>Tutti gli altri prodotti terapeutici</b>		
<b>V03A</b>	<b>Tutti gli altri prodotti terapeutici</b>		
<b>V03AB</b>	<b>Antidoti</b>		
V03AB04	Pralidossima	p	
V03AB09	Dimercapolo	p	
V03AB14	Protamina	p	
V03AB15	Naloxone	p	
V03AB23	Acetilcisteina	p	
V03AB25	Flumazenil	p	
V03AB32	Glutazione	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AB33	Idrossicobalamina	p	
V03AB35	Sugammadex	p	
V03AB37	Idarucizumab	p	
<b>V03AC</b>	<b>Sostanze chelanti del ferro</b>		Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AC01	Deferoxamina	p	
V03AC02	Deferiprone	os, p	
V03AC03	Deferasirox	os	
<b>V03AE</b>	<b>Farmaci per trattamento di iperkaliemia e iperfosfatemia</b>		
V03AE01	Sodio polistirensulfonato	p	
V03AE02	Sevelamer	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AE03	Lantanio carbonato	os	
V03AE05	Ossi-idrossido sucroferrico	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
<b>V03AF</b>	<b>Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici</b>		
V03AF01	Mesna	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AF02	Dexrazoxano	p	
V03AF05	Amifostina	os	

V03AF07	Rasburicase	p	
V03AF10	Sodio levofolinato	p	
V03AF10	Calcio levofolinato	os, p	
<b>V03AH</b>	<b>Farmaci per il trattamento dell'ipoglicemia</b>		
V03AH01	Diazossido	os	
<b>V03AN</b>	<b>Gas per uso medico</b>		
V03AN01	Ossigeno	inal	
<b>V04</b>	<b>Diagnostici</b>		
<b>V04C</b>	<b>Altri diagnostici</b>		
<b>V04CA</b>	<b>Test per il diabete</b>		
V04CA02	Glucosio destrosio monoidrato	os	
<b>V04CD</b>	<b>Test di funzionalità ipofisaria</b>		
V04CD01	Metirapone	os	Prescrizione limitata alle UU.OO. di Endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOOR Villa Sofia - Cervello di Palermo. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Presa in carico dei pazienti con prescrizione proveniente da strutture fuori regione.
V04CD05	Somatorelina	p	
<b>V04CX</b>	<b>Altri diagnostici</b>		
V04CX	Urea 13C	os	
V04CX	Esaminolevulinato	endovescicale	
<b>V06</b>	<b>Agenti nutrizionali</b>		
<b>V06D</b>	<b>Altri agenti nutrizionali</b>		
<b>V06DD</b>	<b>Aminoacidi, comprese le associazioni con polipeptidi</b>		
V06DD	Aminoacidi Ketoanaloghi + Lisina + Treonina + Tirosina	os	
<b>V07</b>	<b>Tutti gli altri prodotti non terapeutici</b>		
<b>V07A</b>	<b>Tutti gli altri prodotti non terapeutici</b>		
<b>V07AB</b>	<b>Solventi e diluenti, comprese le soluzioni detergenti</b>		
V07AB	Solventi e diluenti, comprese le soluzioni detergenti	p	
<b>V08</b>	<b>Mezzi di contrasto</b>		
<b>V08A</b>	<b>Mezzi di contrasto radiologici, iodati</b>		
<b>V08AA</b>	<b>Mezzi di contrasto radiologici, idrosolubili, nefrotropici ad alta osmolarità</b>		
V08AA01	Acido diatrizoico	os, rett	
<b>V08AB</b>	<b>Mezzi di contrasto radiologici, idrosolubili, nefrotropici a bassa osmolarità</b>		

V08AB02	loexolo	p	
V08AB04	lopamidolo	p	
V08AB05	lopromide	p	
V08AB07	loversolo	p	
V08AB09	lodixanolo	p	
V08AB10	lomeprolo	p	
V08AB11	lobitridolo	p	
<b>V08AD</b>	<b>Mezzi di contrasto radiologici non idrosolubili</b>		
V08AD01	Olio etiodato	p	
<b>V08B</b>	<b>Mezzi di contrasto radiologici, non iodati</b>		
<b>V08BA</b>	<b>Bario solfato contenente mezzi di contrasto radiologici</b>		
V08BA01	Bario solfato	os	
<b>V08C</b>	<b>Mezzi di contrasto per risonanza magnetica</b>		
<b>V08CA</b>	<b>Mezzi di contrasto paramagnetici</b>		
V08CA01	Acido gadopentetico (sale dimegluminico)	p	luglio 2017 sospeso da AIFA l'uso e.v. In attesa di controdeduzioni da parte dell'Azienda produttrice. Permane la prescrivibilità del prodotto ad uso intrarticolare.
V08CA02	Acido gadoterico	p	
V08CA03	Gadodiamide	p	luglio 2017 sospeso da AIFA l'uso e.v. In attesa di controdeduzioni da parte dell'Azienda produttrice.
V08CA04	Gadoteridolo	p	
V08CA08	Acido gadobenico (sale dimegluminico)	p	Permane l'uso endovovenoso limitatamente alle scansioni epatiche. Tale restrizione, introdotta da AIFA a luglio 2017, è subordinata ad eventuali controdeduzioni da parte dell'Azienda produttrice.
V08CA09	Gadobutrolo	p	
V08CA10	Acido gadoxetico	p	
<b>V08D</b>	<b>Mezzi di contrasto per ultrasonologia</b>		
<b>V08DA</b>	<b>Mezzi di contrasto per ultrasonologia</b>		
V08DA05	Esafuoruro di zolfo	p	
<b>V09</b>	<b>Radiofarmaceutici diagnostici</b>		
<b>V09A</b>	<b>Sistema nervoso centrale</b>		
<b>V09AA</b>	<b>Composti del Tecnezio - 99 mTc</b>		
V09AA01	Tecnezio 99 mTc Esametazina	p	

<b>V09AB</b>	<b>Composti dello Iodio - 123 I</b>		
V09AB03	Iodio Ioflupano - 123 I	p	
<b>V09G</b>	<b>Sistema cardiovascolare</b>		
<b>V09GA</b>	<b>Composti del Tecnezio - 99 mTc</b>		
V09GA02	Tecnezio 99 mTc Tetrofosmina	p	
<b>V09I</b>	<b>Rivelazione di tumori</b>		
<b>V09IB</b>	<b>Composti dell'Indio - 111 In</b>		
V09IB01	Indio - 111 In - Pentetreotide	p	
<b>V10</b>	<b>Radiofarmaceutici terapeutici</b>		
<b>V10B</b>	<b>Palliativi del dolore (agenti osteofili)</b>		
<b>V10BX</b>	<b>Radiofarmaceutici vari per il trattamento palliativo del dolore</b>		
V10BX02	Samario - 153 Sm - Lexidronam	p	
<b>V10X</b>	<b>Altri radiofarmaceutici terapeutici</b>		
<b>V10XX</b>	<b>Radiofarmaceutici terapeutici vari</b>		
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano 90Y	p	
V10XX03	Radio 223 dicloruro	p	Registro AIFA. Prescrizione limitatata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
V10XX04	Lutezio 177 oxodotreotide	p	Registro AIFA. Prescrizione limitatata all'U.O. di Medicina Nucleare dell'AOUP "G. Martino" di Messina.
<b>In caso di terapie orali prescritte da Centri afferenti alle Case di Cura private accreditate, la dispensazione è ad opera dell'ASP di residenza del paziente</b>			
<b>*La classe di rimborsabilità, ed eventuali condizioni di rimborsabilità (note AIFA) sono quelle vigenti al momento dell'impiego del medicinale</b>			
<b>La compilazione dei registri di Monitoraggio AIFA è condizione indispensabile ai fini della prescrizione a carico del SSR. Il mancato espletamento delle procedure di condivisione del rischio costituisce danno erariale. La vigente normativa di farmaco vigilanza impone la tempestiva segnalazione, anche via web, delle sospette reazioni avverse gravi, non gravi, attese e inattese o di inefficacia terapeutica.</b>			