

PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO-TERRITORIALE REGIONE SICILIANA - PTORS

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Limitazione prescrivibilità da PTO
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo		
A01	Stomatologici		
A01A	Stomatologici		
A01AB	Antimicrobici e antisettici per il trattamento orale locale		
A01AB03	Clorexidina	os	
A01AB09	Miconazolo	os	
A02	Farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida		
A02A	Antiacidi		
A02AA	Composti del magnesio		
A02AA04	Magnesio idrossido	os	
A02AD	Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio		
A02AD01	Alluminio idrossido + magnesio trisilicato	os	
A02AD01	Calcio carbonato +magnesio carbonato basico leggero	os	Associazioni sovrapponibili per meccanismo d'azione, scegliere un solo composto
A02AD01	Magnesio idrossido + algedrato	os	
A02AD02	Magaldrato	os	
A02B	Farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo		
A02BA	Antagonisti dei recettori H2		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	

A02BC	Inibitori della pompa acida		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	
A02BD	Combinazioni per eradicare l'<i>Helicobacter pylori</i>		
A02BD08	Bismuto subcitratato potassio, metronidazolo, tetraciclina cloridrato	os	In caso di prescrizione da strutture pubbliche, la dispensazione deve essere interamente effettuata dal Centro Prescrittore.
A02BX	Altri farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo		
A02BX02	Sucralfato	os	
A02BX05	Bismuto subcitratato	os	
A02BX13	Sodio alginato + potassio bicarbonato	os	
A03	Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali		
A03A	Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali		
A03AA	Anticolinergici sintetici, esteri con gruppi amminici terziari		
A03AA05	Trimebutina	os, p	
A03AA06	Rociverina	os, p	
A03AA49	Pipetanato etobromuro	os, p	
A03AB	Anticolinergici sintetici, composti ammonici quaternari		
A03AB06	Otilonio bromuro	os	
A03AD	Papaverina e derivati		
A03AD01	Papaverina cloridrato	p	Limitatamente alla prevenzione di spasmi dei dotti arteriosi nei pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici
A03AX	Altri farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali		
A03AX12	Floroglucolino	p	
A03AX13	Dimeticone	os	
A03B	Belladonna e derivati, non associati		
A03BA	Alcaloidi della belladonna, amine terziarie		
A03BA01	Atropina	p	

A03BB		Alcaloidi della belladonna semisintetici, composti ammoniacali quaternari	
A03BB01	Butilscopolamina bromuro		os, p
A03BB05	Cimetropio bromuro		os, p
A03F			
Procinetici			
A03FA			
Procinetici			
A03FA01	Metoclopramide		os, p
A03FA03	Domperidone		os
A03FA04	Bromopride		os
A03FA05	Alizapride		os, p
A03FA49	Levosulpiride		os, p
A04			
Antiemetici ed anti-nausea			
A04A			
Antiemetici ed anti-nausea			
A04AA			
Antagonisti della serotonina (5HT3)			
A04AA01	Ondansetron		os, p
A04AA02	Granisetron		os, p
A04AA03	Tropisetron		os, p
A04AA05	Palonosetron		p
A04AA55	Palonosetron + netupitant		os
A04AD			
Altri antiemetici			
A04AD12	Aprepitant		os
A04AD12	Fosaprepitant		P
A05			
Terapia biliare ed epatica			
A05A			
Terapia biliare			
A05AA			
Acidi biliari e derivati			
A05AA01	Acido chenodesossicolico		os
A05AA02	Acido Ursodesossicolico		os
A05AA03	Acido Colico		os
A05AA04	Acido Obeticolico		os
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico		os

Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 388/22 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.

Prescrizione da parte del Dipartimento di Pediatria dell'ISMETT. Distribuzione diretta da parte del Centro

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

A05AX	Altri farmaci per la terapia biliare			
A05AX05	Odevixibat sesquidrato		os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di malattie rare di cui al D.A. n. 388/2022 identificati con il codice RIG010. Per i Centri privati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi non oncologici, nel rispetto delle procedure stabilite con il D.A. 686/18.
A06	Farmaci per la costipazione			
A06A	Farmaci per la costipazione			
A06AA	Emollienti			
A06AA01	Paraffina liquida		os	
A06AB	Lassativi di contatto			Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione, scegliere un solo composto
A06AB02	Bisacodil		os	
A06AB05	Olio di ricino		os	
A06AB06	Glicosidi della senna		os	
A06AD	Lassativi ad azione osmotica			
A06AD10	Sali minerali in associazione		os	
A06AD11	Lattulosio		os	
A06AD12	Lattitolo		os	
A06AD15	Macrogol		os	
A06AD65	Macrogol, associazioni		os	
A06AG	Clismi			
A06AG01	Sodio fosfato monobasico + sodio fosfato dibasico		rett	
A06AG04	Glicerolo		rett	
A06AH	Antagonisti dei recettori periferici			
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; • Resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni).
A06AH05				
A07	Antidiarroici, antinfiammatori ed antifettivi intestinali			
A07A	Antinfettivi intestinali			
A07AA	Antibiotici			
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 "riduzione delle recidive di episodi di <i>encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni</i> " (formulazione da 550 mg), prescrizione da parte delle U.U.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. 3715 del 21/01/22 - Aggiornamento n. 66 del PTORS. 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.
A07B	Adsorbenti intestinali		
A07BA	Preparati a base di carbone		
A07BA01	Carbone medicinale attivo	os	
A07D	Antipropulsivi		
A07DA	Antipropulsivi		
A07DA03	Loperamide	os	
A07E	Antinfiammatori intestinali		
A07EA	Corticosteroidi ad azione locale		
A07EA07	Beclometasone	os, rett	
A07EC	Acido aminosalicilico ed analoghi		
A07EC01	Sulfalazina	os	
A07EC02	Mesalazina	os, rett	
A07F	Microorganismi antidiarroidi		
A07FA	Microorganismi antidiarroidi		
A07FA01	Organismi produttori di acido lattico	os	
A07X	Altri antidiarroidi		
A07XA	Altri antidiarroidi		
A07XA04	Raccadotril	os	Limitatamente alla formulazione in granulato per sospensione destinata ai bambini dai 3 ai 24 mesi
A09	Digestivi, inclusi gli enzimi		
A09A	Digestivi, inclusi gli enzimi		
A09AA	Preparati a base di enzimi		
A09AA02	Pancrelipasi	os	Per l'indicazione "terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta ad altre condizioni" prescrizione da parte delle U.U.OO. di Oncologia, Gastroenterologia, Medicina Interna delle Aziende Sanitarie e delle Case di Cura private convenzionate mentre. Per l'indicazione: "terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta a fibrosi cistica" prescrizione limitata ai Centri regionali di riferimento specializzati sulla fibrosi cistica ex art. 1 co. 3 l.n. 548/1993. Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 13391 del 07/03/2022, la cui durata massima è 6 mesi. Distribuzione Diretta da parte delle ASP di residenza degli assistiti.
A10	Farmaci usati nel diabete		
A10A	Insuline ed analoghi		

A10AB	Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione rapida			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".
A10AB01	Insulina		P	
A10AB04	Insulina lispro		P	
A10AB04	Insulina lispro biosimilare		P	
A10AB05	Insulina aspart		P	
A10AB06	Insulina glulisina		P	
A10AC	Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione intermedia			
A10AC01	Insulina umana isofano		P	
A10AC04	Insulina lispro protamina		P	
A10AD	Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione intermedia e ad azione rapida in associazione			
A10AD01	Insulina umana + Insulina umana isofano		P	
A10AD04	Insulina lispro + Insulina lispro protamina		P	
A10AD05	Insulina aspart + Insulina aspart protamina		P	
A10AE	Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lunga			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.
A10AE04	Insulina glargine		P	
A10AE04	Insulina glargine biosimilare		P	
A10AE05	Insulina detemir		P	
A10AE06	Insulina degludec		P	
A10AE54	Insulina glargine + lixisenatide		P	Prescrizione, da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e dei MMG, ai sensi della Nota AIFA 100. 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.
A10AE56	Insulina degludec + liraglutide		P	
A10B	Ippoglicemizzanti escluse le insuline			
A10BA	Biguanidi			
A10BA02	Metformina		OS	
A10BB	Sulfonamidi, derivati dell'urea			
A10BB01	Glibenclamide		OS	
A10BB07	Glipizide		OS	
A10BB08	Glilquidone		OS	

A10BB09	Gliclazide	OS	
A10BB12	Glimepiride	OS	
A10BD	Associazioni di ipoglicemizzanti orali		
A10BD02	Glibenclamide + Metformina	OS	
A10BD05	Pioglitazone + metformina	OS	Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21
A10BD07	Sitagliptin + metformina	OS	
A10BD08	Vildagliptin + metformina	OS	
A10BD09	Alogliptin benzoato + pioglitazone	OS	
A10BD10	Saxagliptin + metformina	OS	
A10BD11	Linagliptin + metformina	OS	
A10BD13	Alogliptin benzoato + metformina	OS	
A10BD15	Dapaglifozin + metformina	OS	Prescrizione, da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e dei MMG, ai sensi della Nota AIFA 100. 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.
A10BD16	Canaglifozin + metformina	OS	
A10BD19	Linagliptin + empaglifozin	OS	
A10BD20	Empaglifozin + metformina	OS	
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	OS	
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	OS	
A10BD24	Ertuglifozin + Sitagliptin	OS	
A10BG	Tiazolidinoni		
A10BG03	Pioglitazone	OS	
A10BH	Inibitori della Dipeptil Peptidasi 4 (DPP-4)		
A10BH01	Sitagliptin	OS	Prescrizione, da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e dei MMG, ai sensi della Nota AIFA 100. 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.
A10BH02	Vildagliptin	OS	
A10BH03	Saxagliptin	OS	
A10BH04	Alogliptin benzoato	OS	
A10BH05	Linagliptin	OS	
A10BJ	Analoghi del GLP-1		
A10BJ01	Exenatide	p	Prescrizione, da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e dei MMG, ai sensi della Nota AIFA 100. 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.
A10BJ02	Liraglutide	p	

A10BJ03	Lixisenatide	p	
A10BJ05	Dulaglutide	p	
A10BJ06	Semaglutide	p, os	
A10BK	SGLT-2 inibitori		Per il trattamento del diabete mellito di tipo 2, da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e dei MMG, ai sensi della Nota AIFA 100. 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.
A10BK01	Dapagliflozin	os	Per l'indicazione Insufficienza cardiaca cronica sintomatica , prescrizione, su PT web-based AIFA, da parte dei Centri già individuati per la prescrizione di sacubtril/valsartan e glicofine, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione Diretta da parte dell'ASP di residenza del paziente previa verifica del pregresso impiego del miglior trattamento farmacologico tollerato per lo scompenso cardiaco, ai sensi dei criteri di eleggibilità previsti dal PT web-based AIFA.
A10BK02	Canagliflozin	os	
A10BK03	Empagliflozin	os	Per l'indicazione Insufficienza cardiaca cronica sintomatica , prescrizione, su PT web-based AIFA, da parte dei Centri già individuati per la prescrizione di sacubtril/valsartan e glicofine, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione Diretta da parte dell'ASP di residenza del paziente previa verifica del pregresso impiego del miglior trattamento farmacologico tollerato per lo scompenso cardiaco, ai sensi dei criteri di eleggibilità previsti dal PT web-based AIFA.
A10BK04	Ertugliflozin	os	
A10BX	Altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline		
A10BX02	Repaglinide	os	
A11	Vitamine		
A11B	Polivitaminici, non associati		
A11BA	Polivitaminici, non associati		
A11BA	Complesso vitaminico	p	
A11C	Vitamine A e D, incluse le loro associazioni		
A11CA	Vitamina A, non associata		
A11CA01	Retinolo (vitamina A)	os	
A11CC	Vitamina D e analoghi		
A11CC01	Ergocalciferolo	os, p	
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	
A11CC03	Alfalcidolo	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	
A11D	Vitamina B1, sola o in associazione con vitamina B6 e vitamina B12			
A11DA	Vitamina B1, non associata			
A11DA01	Tiamina (vitamina B1)		p	
A11G	Acido Ascorbico (vit. C), comprese le associazioni			
A11GA	Acido Ascorbico (vit. C), non associato			
A11GA01	Acido Ascorbico (vitamina C)		p	
A11H	Altri preparati di vitamine, non associate			
A11HA	Altri preparati di vitamine, non associate			
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.
A12	Integratori Minerali			
A12A	Calcio			
A12AA	Calcio			
A12AA03	Calcio gluconato		p	
A12AA04	Calcio carbonato		os	
A12AA07	Calcio cloruro		p	
A12B	Potassio			
A12BA	Potassio			
A12BA01	Potassio cloruro		os	
A16	Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo			
A16A	Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo			
A16AA	Aminoacidi e derivati			
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	Per la formulazione orale a rilascio ritardato prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022- aggiornamento n. 76 del PTORS da parte dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22 identificati con il codice RC0190. La prosecuzione della terapia è consentita solo se si è osservata, durante il trattamento, una riduzione dei livelli di cistina leucocitaria di almeno 1 nmol emicistina/mg proteina rispetto ai valori riscontrati in corso di trattamento con cisteamina a rilascio immediato.

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 388/22
A16AB	Enzimi		Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 388/22
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. 388/22
A16AB19	Pegvaliase	p	Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 388/22
A16AX	Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo		
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 388/22
A16AX07	Sapropterina	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 388/22
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 388/22
A16AX10	Eliglustat	os	Prescrizione e dispensazione da parte dell'U.O.C. di Astenria/MCAU dell'AOUP Policlinico "P. Giaccone" e dell'U.O. di Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo dell'AOUP "Polclinico V. Emanuele"
A16AX12	Trientina tetracloridrato	os	Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 388/22 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 388/22
A16AX16	Givosiran	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 388/22. 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.

A16AX18	Lumasiran	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati per le malattie rare di cui al DA 388/22. 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	Sangue ed organi emopoietici		
B01	Antitrombotici		
B01A	Antitrombotici		
B01AA	Antagonisti della vitamina K		
B01AA03	Warfarin	os	
B01AA07	Acenocumarolo	os	
B01AB	Eparinici		
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 Distribuzione Per Conto
B01AB05	Enoxaparina biosimilare	p	Per le indicazioni classificate A PHT Distribuzione Per Conto
B01AB06	Nadroparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT Distribuzione Per Conto
B01AB07	Parnaparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT Distribuzione Per Conto
B01AB08	Reviparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT Distribuzione Per Conto
B01AB09	Danaparoid	p	Per l'indicazione "prevenzione della TVP" prescrizione e dispensazione da parte delle U.U.OO. di cardiologia, medicina interna, chirurgia, angiologia ed ematologia.
B01AB10	Tinzaparina	p	Distribuzione Per Conto per tutte le indicazioni terapeutiche
B01AB12	Bemiparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT Distribuzione Per Conto
B01AC	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina		
B01AC04	Clopidogrel	os	
B01AC05	Ticlopidina	os	
B01AC06	Acido Acetilsalicilico	os	
B01AC07	Dipiramidolo	os, p	
B01AC09	Epoprostenolo	p	Per l'indicazione Iperensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Iperensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 388/22. Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale domanda alla rinettizione del suddetto esame dovrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento

B01AC11	Iloprost	p, inal	<p>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. 42501 del 27 settembre 2021. 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>
B01AC13	Abciximab	p	<p>Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici</p>
B01AC16	Eptifibatide	p	
B01AC17	Tirofiban	p	
B01AC21	Treprostinil	p	<p>Per l'indicazione Iperensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Iperensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 388/22. 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. 42501 del 27 settembre 2021. 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>
B01AC22	Prasugrel	os	<p>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.</p>
B01AC24	Ticagrelor	os	<p>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.</p>
B01AC25	Cangrelor	p	<p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 7278 del 28/01/2019 - Aggiornamento n. 35 del PTORS.</p>

B01AC27	Selexipag	os	Per l'indicazione Iperensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Iperensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 388/22. 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. 42501 del 27 settembre 2021. 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	
B01AD	Enzimi		
B01AD02	Alteplasi	p	Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici
B01AD04	Urochinasi	p	
B01AD11	Tenecteplase	p	
B01AD12	Proteina C del plasma umano	p	
B01AE	Inibitori diretti della trombina		
B01AE06	Bivalirudina	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. 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 \geq 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA \geq II); diabete mellito; ipertensione" prescrizione ai sensi della Nota AIFA 97 e dispensazione in DPC. 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. 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.
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	
B01AF	Inibitori diretti del fattore Xa		

B01AF01	Rivaroxaban	<p>os</p> <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 \geq 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA \geq 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 trombotici 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	<p>os</p> <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 \geq 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA \geq II); diabete mellito; ipertensione" prescrizione ai sensi della Nota AIFA 97 e dispensazione in DPC.</p>

B01AF03	Edoxaban	os	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. 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.
B01AX	Altri antitrombotici		
B01AX01	Defibrotide	p	Prescrizione da parte delle UU.OO.CC. Ematologia con UTMO dell'AOOR "Villa Sofia - Cervello" e dell'AOU "Poliniclinico V. Emanuele" di Catania e dell'U.O. di Oncoematologia e TMO della Casa di Cura "La Maddalena".
B01AX05	Fondaparinux	p	Distribuzione Per Conto per tutte le indicazioni terapeutiche
B01AX07	Caplacizumab	p	Prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare individuati con il DA 388/22. 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.
B02	Antiemorragici		
B02A	Antifibrinolitici		
B02AA	Aminoacidi		
B02AA02	Acido tranexamico	os, p	
B02AB	Inibitori della proteasi		
B02AB02	Alfa 1 antitripsina	p	
B02B	Vitamina K ed altri emostatici		
B02BA	Vitamina K		
B02BA01	Fitomenadione	os, p	
B02B	Vitamina K ed altri emostatici		
B02BB	Fibrinogeno		
B02BB01	fibrinogeno	p	Farmaco non soggetto a compensazione tramite file F
B02BC	Emostatici locali		
B02BC30	Emostatici locali - Tutte le associazioni		Per tutti preparati della classe B02BC30 presenti nel PTORS su richiesta motivata per singolo paziente

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. 388/22. Per l'indicazione soggetta a Registro AIFA 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 non soggetta a Registro AIFA, prescrizione 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 emofili domiciliati in zone distanti dai predetti Centri, il rinnovo dei PT è consentito anche agli specialisti ematologi presso i servizi di immunematologia 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. Per l'indicazione "trattamento della trombocitopenia immuna (immune thrombocytopenia, ITP) primaria cronica nei pazienti adulti refrattari ad altri trattamenti (ad es. corticosteroidi, immunoglobuline)" prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di malattie rare di cui al D.A. n. 388/2022 identificati con il codice RDG031.
B02BX09	Fostamatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e distribuzione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 388/22 e riportati nel "PDTA per la diagnosi e il trattamento della piastrinopenia immuna dei pazienti adulti e pediatrici" di cui al D.A. n. 8/2021.
B03	Farmaci Antianemici		
B03A	Preparati a base di ferro		
B03AA	Ferro bivalente, preparati orali		
B03AA03	Ferroso gluconato	os	
B03AA07	Ferroso solfato	os	
B03AB	Ferro trivalente, preparati orali		
B03AB08	Ferritranferrina	os	
B03AB09	Ferriprotinato	os	
B03AB49	Ferromaltoso	os	
B03AC	Ferro - preparazioni parenterali		
B03AC	Sodio ferrigluconato	os, p	
B03AC	Carbossimaltoso ferrico	p	
B03AC	Derisomaltoisio ferrico	p	
B03B	Vitamina B12 ed acido folico		

B03BA	Vitamina B12 (cianocobalamina e derivati)		
B03BA01	Cianocobalamina	os, p	
B03BA03	Idroxocobalamina	p	
B03BB	Acido folico e derivati		
B03BB01	Acido folico	os, p	
B03X	Altri preparati antianemici		
B03XA	Altri preparati antianemici		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 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: 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 (< 200 mU/ml) , prescrizione su PT <i>web-based</i> . Prescrizione da parte delle UU.OO. di Ematologia delle Strutture Sanitarie pubbliche e private accreditate. Distribuzione Per Conto.
B03XA01	Epoetina alfa biosimilare	p	
B03XA01	Epoetina beta	p	
B03XA01	Epoetina zeta (alfa biosimilare)	p	
B03XA02	Darbepoetina	p	
B03XA03	Epoetina beta-metossipoli(et)ilenglicole	p	
B03XA06	Luspatercept	p	Per l'anemia trasfusione dipendente, associata a beta-talassemia, prescrizione, su Piano Terapeutico web-based AIFA, da parte dei Centri di cui al DA 2646 del 20 dicembre 2012 previa presentazione di un'istanza ai sensi del DA 314/16. La richiesta, a firma del Direttore Generale aziendale, dovrà specificare l'esatta denominazione dell'Unità Operativa da abilitare alla prescrizione come da Atto Aziendale. Distribuzione da parte del Centro Prescrittore.
B05	Succedanei del sangue e soluzioni perfusionali		
B05A	Sangue e prodotti correlati		
B05AA	Succedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche		
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 contollavorazione 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

B05B	Soluzioni endovena	
B05BA	Soluzioni nutrizionali parenterali	
B05BA01	Aminoacidi	p
B05BA02	Emulsioni lipidiche	p
B05BA03	Destrosio (glucosio) monoidrato	p
B05BA04	Idrolisati proteici	p
B05BA10	Tutte le associazioni	p
B05BB	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	
B05BB01	Elettroliti	p
B05BB02	Elettrolitica associata a carboidrati	p
B05BC	Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica	
B05BC01	Mannitolo	p
B05BC49	Glicerolo + sodio cloruro (ATC: B05BC)	p
B05C	Soluzioni per irrigazioni	
B05CB	Soluzioni saline	
B05CB01	Sodio cloruro	p
B05CX	Altre soluzioni per irrigazioni	
B05CX03	Glicina	p
B05CX10	Glicina+Mannitolo	p
B05CX10	Mannitolo + Sorbitolo	p
B05D	Soluzioni per dialisi peritoneale	
B05DA	Soluzioni isotoniche	p
B05X	Soluzioni endovena additive	
B05XA	Soluzioni elettrolitiche	
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
B05XB	Aminoacidi	
B05XB02	Alanilglutamina	p
B05Z	Emodialitici ed emofiltrati	
B05ZA	Soluzioni per emodialisi/emofiltrazioni	p
B05ZB	Soluzioni per emodiafiltrazione/emofiltrazioni	p

B06	Altri agenti ematologici			
B06A	Altri agenti ematologici			
B06AA	Enzimi			
B06AC	Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario			
B06AC01	Inibitore Umano della C1-esterasi		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 388/22.
B06AC01	Inibitore Umano della C1-esterasi		P	prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22 identificati con il codice RC0190 su PT cartacei AIFA di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022-aggiornamento n. 76 del PTORS. Distribuzione Diretta per i primi due mesi di terapia dal Centro Prescrittore e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento.
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 388/22. 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 388/22. Dispensazione ai sensi della Circolare n. 62430 del 05/08/2014.
B06AX	Altri agenti ematologici			
B06AX01	Crizanlizumab		p	Registro AIFA. Prescrizione e somministrazione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 388/22.
C	Sistema cardiovascolare			
C01	Terapia cardiaca			
C01A	Glicosidi cardiaci			
C01AA	Glicosidi digitali			
C01AA05	Digossina		os, p	
C01AA08	Metildigossina		os	
C01B	Antiaritmici, classe I e III			
C01BA	Antiaritmici, classe IA			
C01BA03	Disopiramide		os	
C01BA49	Diidrochinidina		os	
C01BB	Antiaritmici, classe IB			
C01BB02	Mexiletina		os	
C01BC	Antiaritmici, classe IC			
C01BC03	Propafenone		os, p	
C01BC04	Flecainide		os, p	
C01BD	Antiaritmici, classe III			
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.

C01C	Stimolanti cardiaci, esclusi i glucosidi cardiaci		
C01CA	Adrenergici e dopaminergici		
C01CA01	Etiliefrina	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. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS. Formulazione autoiniezzabile da distribuire direttamente su prescrizione specialistica (allergologo) limitatamente ai pazienti a rischio accertato di shock anafilattico.
C01CE	Inibitori della fosfodiesterasi		
C01CE03	Enoximone	p	
C01CX	Altri stimolanti cardiaci		
C01CX08	Levosimendan	p	
C01D	Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache		
C01DA	Nitrati organici		
C01DA02	Nitroglicerina	transd, p, subl	
C01DA08	Isosorbide dinitrato	os, p	
C01DA14	Isosorbide mononitrato	os	
C01E	Altri preparati cardiaci		
C01EA	Prostaglandine		
C01EA01	Alprostadil (alfa-ciclodestrina)	p	
C01EB	Altri preparati cardiaci		
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	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Cardiologia, di Medicina Interna e di Geriatria delle Strutture pubbliche e private convenzionate nonché dagli Specialisti convenzionati interni per le stesse branche su PT di cui alla nota prot. n. 54159 del 06/12/2022.
C02	Antipertensivi		
C02A	Sostanze antiadrenergiche ad azione centrale		
C02AB	Metildopa		
C02AB01	Metildopa (levogira)	os	
C02AC	Agonisti dei recettori dell'imidazolina		
C02AC01	Clomidina	transd, os, p	

C02C	Farmaci antiadrenergici ad azione periferica				
C02CA	Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici				
C02CA04	Doxazosin		os		
C02CA06	Urapidil		p		
C02D	Sostanze ad azione sulla muscolatura liscia arteriorale				
C02DD	Derivati nitroferrianiurici				
C02DD01	Sodio nitroprussiato		p		
C02K	Altri antipertensivi				
C02KX	Altri antipertensivi				
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 388/22. 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. 42501 del 27 settembre 2021. 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		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 388/22. 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. 42501 del 27 settembre 2021. 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.
C03	Diuretici				
C03A	Diuretici ad azione diuretica minore, tiazidi				

C03AA	Tiazidi non associate	
C03AA03	Idroclorotiazide	os
C03B	Diuretici ad azione diuretica minore, escluse le tiazidi	
C03BA04	Clortalidone	os
C03BA11	Indapamide	os
C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore	
C03CA	Sulfonamidi, non associate	
C03CA01	Furosemide	os, p
C03CA03	Piretanide	os
C03CA04	Toraseamide	os, p
C03D	Farmaci risparmiatori di potassio	
C03DA	Antagonisti dell'aldosterone	
C03DA01	Spironolattone	os
C03DA02	Canrenoato potassico	os, p
C03DA03	Canrenone	os
C03E	Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione	
C03EA	Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio	
C03EA01	Idroclorotiazide + amiloride	os
C03EA01	idroclorotiazide +spironolattone	os
C03EB	Diuretici ad azione diuretica maggiore e farmaci risparmiatori di potassio	
C03EB01	Furosemide + Spironolattone	os
C03EB01	Furosemide + triamterene	os
C03X	Atri diuretici	
C03XA	Antagonisti della vasopressina	

C03XA01	Tolvaptan	os	<p>Registro AIFA. Per l'indicazione "Trattamento di pazienti adulti con iponatremia secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH)", 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 "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", indicata: "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". 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 allegare l'esito del test genetico.</p>
C04	Vasodilatatori periferici		
C04A	Vasodilatatori periferici		
C04AD	Derivati purinici		
C04AD03	Pentoxifillina	os, p	
C05	Vasoprotettori		
C05A	Sostanze per il trattamento di emorroidi e ragadi anali per uso topico		
C05AA	Prodotti a base di corticosteroidi		
C05AA01	Idrocortisone + benzocaina	t	
C05AA01	idrocortisone+lidocaina	t	
C05B	Terapia antivirica		
C05BB	Sostanze sclerosanti per iniezioni locali		
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
C07	Beta bloccanti		
C07A	Beta bloccanti		
C07AA	Beta bloccanti non selettivi		
C07AA03	Pindololo	os	Per l'indicazione "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" 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.
C07AA05	Propranololo	os	

C08CA11	Manipipina	os
C08CA12	Barnidipina	os
C08CA13	Lercanidipina	os
C08CA16	Cledipina	p
C08D	Calcio-antagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto	
C08DA	Derivati fenilalchilaminici	
C08DA01	Verapamil	os, p
C08DA02	Gallopamil	os
C08DB	Derivati benzotiazepinici	
C08DB01	Diltiazem	os, p
C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	
C09A	Ace-inibitori, non associati	
C09AA	Ace-inibitori, non associati	
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
C09B	ACE-inibitori, associazioni	
C09BA	ACE-inibitori e diuretici	
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	
C09C	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati		
C09CA	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati		
C09CA01	Losartan	OS	
C09CA02	Eprosartan	OS	
C09CA03	Valsartan	OS	
C09CA04	Irbesartan	OS	
C09CA06	Candesartan	OS	
C09CA07	Telmisartan	OS	
C09CA08	Olmesartan	OS	
C09D	Antagonisti dell'angiotensina II, associazioni		
C09DA	Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici		
C09DA01	Losartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA03	Valsartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA04	Irbesartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA06	Candesartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DA07	Telmisartan + Idroclorotiazide	OS	
C09DX	Antagonisti del recettore per l'angiotensina II, altre associazioni		
C09DX04	Sacubitril 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 progressiva 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.
C09X	Altre sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina		
C09XA	Inibitori della renina		
C09XA02	Aliskiren	OS	
C10	Sostanze modificatrici dei lipidi		
C10	Volanesorsen	p	Registro AIFA. Prescrizione su istanza, da inoltrare al Servizio 4 – Programmazione Ospedaliera, da parte dei Centri afferenti alla Rete Regionale delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22. Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore.
C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate		
C10AA	Inibitori della HMG CoA reduttasi		
C10AA01	Simvastatina	OS	
C10AA02	Lovastatina	OS	

C10AA03	Pravastatina	OS		
C10AA04	Fluvastatina	OS		
C10AA05	Atorvastatina	OS		
C10AA07	Rosuvastatina	OS		
C10AB	Fibrati			
C10AB02	Bezafibrato	OS		
C10AB04	Gemfibrozil	OS		
C10AB05	Fenofibrato	OS		
C10AC	Sequestranti degli acidi biliari			
C10AC01	Colestiramina			
C10AX	Altre sostanze modificatrici di lipidi			
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. 38137 del 09/08/2022. 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. 38137 del 09/08/2022.
C10AX14	Alirocumab	p		Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri 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 (tale scheda è pubblicata sul sito dell'Assessorato della Salute con nota prot. n. 38137 del 09/08/2022) 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. 38137 del 09/08/2022.

C10AX16	Inclisiran	P	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri già individuati alla prescrizione di alirocumab ed evolocumab, 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 (scheda di cui alla nota prot. n. 44713 del 04/10/2022-aggiornamento n. 75 del PTOBS) inerente la progressa prescrizione regolare e continuativa di statine ad alta potenza + ezetimibe al massimo della dose tollerata ai sensi della nota AIFA 13. Nei pazienti con infarto del miocardio recente (entro 12 mesi) e in quelli con storia di eventi cardiovascolari multipli non è obbligatorio compilare la suddetta scheda. 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.
C10B	Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni		
C10BA	Inibitori della HMG CoA reductasi in associazione con altre sostanze Ezetimibe + Simvastatina		
C10BA02	Ezetimibe + Simvastatina	os	
C10BA05	Ezetimibe + Atorvastatina	os	Da utilizzare come terapia sostitutiva in pazienti adulti adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati contemporaneamente come prodotti separati.
C10BA06	Ezetimibe + Rosuvastatina	os	Da utilizzare come terapia sostitutiva in pazienti adulti adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati contemporaneamente come prodotti separati.
D	Dermatologici		
D01	Antimicotici per uso dermatologico		
D01A	Antimicotici per uso topico		
D01AC	Derivati imidazolici e triazolici		
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	
D01B	Antimicotici per uso sistemico		
D01BA	Antimicotici per uso sistemico		
D01BA01	Griseofulvina	os	

D01BA02	Terbinafina		os	
D03	Preparati per il trattamento di ferite e ulcerazioni			
D03A	Cicatrizzanti			
D03AX	Altri cicatrizzanti			
D03AX	Catalasi equina + gentamicina		t	
D03AX05	Acido ialuronico, sale sodico		t	
D03AX49	Fruento estratto + fenossietanolo		t	
D03B	Enzimi			
D03BA	Enzimi proteolitici			
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
D04	Antipruriginosi, inclusi antistaminici, anestetici, etc.			
D04A	Altri antipruriginosi			
D04AB	Anestetici per uso topico			
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.
D05	Antipsoriasici			
D05AX	Altri antipsoriasici per uso topico			
D05AX02	Calcipotriolo		t	
D05AX04	Tacalcitolo		t	
D05AX05	Tazarotene		t	
D05B	Antipsoriasici per uso sistemico			
D05BB	Retinoidi per il trattamento della psoriasi			
D05BB02	Acitretina		os	Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 12518 del 04/03/2020 - da parte degli specialisti dermatologi dotati di ricetta SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata.
D06	Antibiotici e chemioterapici antibatterici per uso dermatologico			
D06A	Antibiotici per uso topico			
D06AX	Altri antibiotici per uso topico			
D06AX01	Acido fusidico		t	
D06AX04	Neomicina		t	
D06AX07	Gentamicina		t	
D06AX09	Mupirocina		t	
D06AX12	Amikacina		t	
D06B	Chemioterapici per uso topico			

D06BA	Sulfonamidi		
D06BA01	Sulfadiazina argentica	t	
D06BA51	Sulfadiazina argentica associazioni	t	
D06BB	Antivirali		
D06BB03	Aciclovir	t	
D06BB04	Podofilotosina	t	
D06BB06	Penciclovir	t	
D06BB10	Imiquimod	t	Per il trattamento topico dei "carcinomi basocellulari e dei condilomi acuminati" 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 "trattamento della cheratosi attinica" prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022-aggiornamento n. 76 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricetta 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
D06BX	Altri chemioterapici		
D06BX03	Tirbanibulina	t	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n.52761 del 28/11/2022-aggiornamento n. 76 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricetta 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.
D07	Corticosteroidi, preparati dermatologici		
D07A	Corticosteroidi, non associati		
D07AB	Corticosteroidi ad attività moderata (gruppo II)		
D07AB01	Clobetasone	t	
D07AB02	Idrocortisone butirrato	t	
D07AB04	Flucortin	t	
D07AB08	Desonide	t	
D07AB10	Aclometasone	t	
D07AB19	Desametasone	t	
D07AC	Corticosteroidi, ad attività forte (gruppo III)		
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	Prednicartrato	t	
D07AD	Corticosteroidi ad attività molto forte (gruppo IV)		
D07AD01	Clobetasolo	t	
D07AD02	Alcinonide	t	
D07C	Corticosteroidi, associazioni con antibiotici		
D07CC	Corticosteroidi ad attività forte, associazione con antibiotici		
D07CC01	Gentamicina solfato + Betametasona valerato	t	
D07CC01	Acido fusidico + betametasona	t	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Dermatologia.
D08	Antisettici e disinfettanti		
D08A	Antisettici e disinfettanti		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.
D10	Preparati antiacne		
D10B	Preparati antiacne per uso sistemico		
D10BA	Retinoidi per il trattamento dell'acne		
D10BA01	Isotretinoina	os	Prescrizione limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN
D11	Altri preparati dermatologici		
D11A	Altri preparati dermatologici		
D11AH	Preparati per dermatite, esclusi corticosteroidi		
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>Registro AIFA. Per l'indicazione dermatite atopica, 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 asma, prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 11416 del 24/02/2022 - Aggiornamento n. 67 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 terapie 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 rinosinusite cronica con poliposi nasale prescrizione su scheda AIFA cartacea di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022- aggiornamento n. 76 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 progressa 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>
D11AH07	Tralokinumab	<p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n. 38923 del 18/08/2022 - Aggiornamento n. 73 del PTORS, da parte dei Centri già individuati per il p.a. dupilumab, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato alla Salute. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.</p>
D11AX	Altri dermatologici	
D11AX18	Diclofenac	<p>Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022-aggiornamento n. 76 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>
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	
G01	Antinfettivi ed antisettici ginecologici	

G01A	Antinfettivi ed antisettici, escluse le associazioni con corticosteroidi	
G01AA	Antibiotici	
G01AA	Meclociclina	vag
G01AA	Kanamicina	vag
G01AA05	Cloramfenicolo	vag
G01AA09	Mepartricina	vag
G01AA10	Clindamicina	vag
G01AF	Derivati imidazolici	
G01AF01	Metronidazolo	vag
G01AF02	Clotrimazolo	vag
G01AF04	Miconazolo	vag
G01AF05	Econazolo	vag
G01AF07	Isoconazolo	vag
G01AF12	Fenticonazolo	vag
G01AF13	Azanidazolo	vag
G01AF49	Sertaconazolo	vag
G01AX	Altri antinfettivi e antisettici	
G01AX05	Nifuratel	vag
G01AX11	Povidone iodio	vag
G01AX12	Ciclopirox	vag
G02	Altri ginecologici	
G02A	Ossitocici	
G02AB	Alcaloidi della segale cornuta	
G02AB01	Metilergometrina	os, p
G02AD	Prostaglandine	
G02AD02	Dinoprostone	vag, p
G02AD05	Sulprostone	p
G02AD06	Misoprostolo	os
G02C	Altri preparati ginecologici	
G02CA	Simpaticomimetici, tocolitici	
G02CA01	Ritodrina	p
G02CB	Inibitori della secrezione di prolattina	
G02CB01	Bromocriptina	os
G02CB03	Cabergolina	os
G02CB05	Metergolina	os
G02CX	Altri ginecologici	
		Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

G02CX01	Atosiban		p	
G03	Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale			
G03A	Contraccettivi ormonali sistemici			
G03AA	Associazioni fisse estro- progestiniche			Limitatamente ai consultori familiari con costi a carico degli stessi
G03AB	Preparati sequenziali estro- progestinici			Limitatamente ai consultori familiari con costi a carico degli stessi
G03AC	Progestinici			Limitatamente ai consultori familiari con costi a carico degli stessi
G03B	Androgeni			
G03BA	Derivati del 3-ossandrosterone (4)			
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
G03BB	Derivati del 5-androstanone (3)			
G03BB01	Mesterolone		os	
G03C	Estrogeni			
G03CA	Estrogeni naturali e semisintetici, non associati			
G03CA01	Ethinilestradiolo		os	
G03CA03	Estradiolo		transd	
G03CA04	Estrifolo		vag	
G03CA09	Promestriene		vag	
G03CX	Altri estrogeni			
G03CX01	Tibolone		os	
G03D	Progestinici			
G03DA	Derivati del pregnene (4)			
G03DA02	Medrossiprogesterone		os	
G03DA03	Idrossiprogesterone caproato		p	
G03DA04	Progesterone		p, vag	
G03DB	Derivati del pregnadiene			
G03DB01	Didrogesterone		os	
G03DB04	Nomegestrolo		os	
G03DC	Derivati dell'estrene			
G03DC02	Noretisterone		os	
G03G	Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione			

G03GA	Gonadotropine	Prescrizione da parte dei Centri privati accreditati di cui all'allegato 3 del DA 3176/08 e s.m.i. e da parte delle UU.OO. di Endocrinologia, urologia, Ostetricia e Ginecologia e Fisiopatologia della riproduzione umana delle strutture pubbliche. 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 Per Conto.
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
G03GB	Stimolanti sintetici dell'ovulazione	
G03GB02	Clomifene	os
G03H	Antiandrogeni	
G03HA	Antiandrogeni, non associati	
G03HA01	Ciproterone	os, p
G03HB	Antiandrogenici ed estrogeni	
G03HB01	Ciproterone+ Etillestadiolo	os
G03X	Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	
G03XA	Antigonadotropine e sostanze similari	
G03XA01	Danazolo	os
G03XB	Antiprogestinici	
G03XB01	Mifepristone	os
G03XC	Modulatori selettivi dei recettori estrogenici	
G03XC01	Raloxifene	os
G04	Urologici	
G04B	Urologici	
G04BD	Farmaci per la frequenza urinaria e l'incontinenza	
G04BD07	Tolterodina	os
G04BD08	Solifenacina	os

Farmaci usati nella disfunzione dell'erezione	
G04BE03	<p>Sildenafil</p> <p>os</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 388/22. 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. 42501 del 27 settembre 2021. 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>
G04BE03	<p>Sildenafil</p> <p>os</p> <p>Inserita in PTORS la confezione da 25 mg orodispersibile alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - per i pazienti medullosi: 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; - 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. <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	<p>Tadalafil</p> <p>os</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 388/22. 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. 42501 del 27 settembre 2021. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>per i pazienti prostaticomizzati</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 medullosi</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 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 da 20 mg a settimana. <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>
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"> - <u>per i pazienti prostaticomizzati</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. - <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 da 20 mg a settimana. - <u>per i pazienti medullosi</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. <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"> - per i pazienti <u>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. - per i pazienti <u>medullolesesi</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. <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>
G04BX	Altri urologici		
G04BX49	Lidocaina	t	
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna		
G04CA	Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici		
G04CA	Doxazosina	os	
G04CA01	Alfuzosina	os	
G04CA02	Tamsulosina	os	
G04CA03	Terazosina	os	
G04CB	Inibitori della testosterone-5-alfa riduttasi		
G04CB01	Finasteride	os	
G04CB02	Dutasteride	os	
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali e le insuline		
H01	Ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi		
H01A	Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi ed analoghi		
H01AA	ACTH		
H01AA02	Tetracosactide	p	
H01AB	Tirotropina		
H01AB01	Tirotropina alfa	p	
H01AC	Somatropina ed agonisti della somatropina		
H01AC01	Somatropina	p	<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.</p>

H01AC03	Mecasermina		p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
H01AX	Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi			
H01AX01	Pegvisomant		p	Limitatamente ai Centri individuati dalla Regione di cui al D.A. n. 1241/18. Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore.
H01B	Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi			
H01BA	Vasopressina ed analoghi			
H01BA01	Argipressina		p	Impiego limitato alle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva delle Aziende Sanitarie.
H01BA02	Desmopressina		p, inal	
H01BA04	Terlipressina		p	
H01BB	Ossitocina e derivati			
H01BB02	Ossitocina		p	
H01BB03	Carbetocina		p	Limitatamente ai parti cesarei su pazienti ad alto rischio con placenta previa o parto gemellare.
H01C	Ormoni ipotalamici			
H01CA	Ormoni liberatori delle gonadotropine			
H01CA01	Gonadorelina		p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
H01CB	Somatostatina ed analoghi			
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'indicazione Sindrome di Cushing . 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'indicazione acromegalia : 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.
H02	Corticosteroidi sistemici			
H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati			
H02AB	Glicocorticoidi			
H02AB01	Betametasona		os, p	
H02AB02	Desametasona		os, p	
H02AB04	Metilprednisolone		os, p	
H02AB07	Prednisone		os	
H02AB08	Triamcinolone		p	

H02AB09	Ildrocortisone	p, os	Per l'indicazione "trattamento dell'iperplasia surrenalica congenita negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e negli adulti" prescrizione limitata ai Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22 identificati con il codice RCG020 su PT regionale di cui alla nota prot. n. 3285 del 16/01/2023 - Aggiornamento n. 76 del PTORS - Modifica. Per l'indicazione terapia sostitutiva dell'insufficienza surrenalica, prescrizione, su PT regionale di cui alla nota prot. n. 3285 del 16/01/2023 - Aggiornamento n. 76 del PTORS - Modifica, da parte dei Centri di cui al DDG 820/21 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	
H03	Terapia tiroidea		
H03A	Preparati tiroidei		
H03AA	Ormoni tiroidei		
H03AA01	Levotiroxina sodica	os	
H03AA02	Liotironina sodica	os	
H03B	Preparati antitiroidei		
H03BB	Derivati imidazolici contenenti zolfo		
H03BB02	Tiamazolo	os	
H03BC	Perclorati		
H03BC01	Potassio percholorato	os	
H04	Ormoni pancreatici		
H04A	Ormoni glicogenolitici		
H04AA	Ormoni glicogenolitici		
H04AA01	Glucagone	p	
H05	Calcio-omeostatici		
H05A	Ormoni paratiroidei ed analoghi		
H05AA	Ormoni paratiroidei ed analoghi		
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. E da parte delle UU.OO. di Reumatologia già individuate alla prescrizione dei farmaci biologici in ambito reumatologico 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.
H05AA02	Teriparatide biosimilare	p	
H05B	Agenti antiparatiroidi		
H05BA	Preparati a base di calcitonina		
H05BA01	Calcitonina	p	
H05BX	Altri preparati antiparatiroidi		
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. La terapia è da prediligere nei pazienti non aderenti al trattamento con cinacalcet. Erogazione del farmaco tramite DPC.
J	Antinfettivi per uso sistemico		
J01	Antibatterici per uso sistemico		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. 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".
J01A	Tetraciline		
J01AA	Tetraciline		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)
J01B	Amfenicoli		
J01BA	Amfenicoli		Antibiotici di prima scelta solo per il tifo. Controindicati nel neonato e nel prematuro. Rischio di mielotossicità.
J01BA01	Cloramfenicolo	p	
J01C	Antibatterici beta-lattamici, penicilline		Comprese quelle indicate nelle infezioni ospedaliere gravi da Pseudomonas ed altri batteri Gram-negativi
J01CA	Penicilline ad ampio spettro		
J01CA01	Ampicillina	p	
J01CA04	Amoxicillina	os	
J01CA12	Piperacillina	p	
J01CE	Penicilline sensibili alle beta-lattamasi		
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
J01CF	Penicilline resistenti alle beta-lattamasi		
J01CF04	Oxacillina	p	
J01CR	Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi		
J01CR01	Ampicillina + Sulbactam	p	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	os, p	
J01CR05	Piperacillina + Tazobactam	p	

Altri antibatterici beta-lattamici	
J01D	Cefalosporine di I generazione
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	
J01DC	Cefalosporine di II Generazione
J01DC01	Cefoxitina p
J01DC02	Cefuroxima p
J01DC03	Cefamandolo p
J01DC04	Cefacloro os
J01DC06	Cefonicid p
J01DD	Cefalosporine di III Generazione
J01DD01	Cefotaxima p
J01DD02	Ceftazidima p
J01DD04	Ceftriaxone p
J01DD07	Ceftizoxima p
J01DD08	Cefixima os
J01DD09	Cefodizime p
J01DD12	Cefoperazone p
J01DD13	Cefpodoxima os
J01DD14	Ceftibuten os
J01DD52	Ceftazidima pentaidrato + avibactam sodico p
Prescrizione 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. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS.	
J01DE	Cefalosporine di IV Generazione
J01DE01	Cefepime p
J01DF	Monobattami
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.	
J01DH	Carbapenemi
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.
J01DH56	Imipenem + Cilastina + Relebactam	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS, da parte dello specialista infettivologo o, in sua assenza, di un altro specialista con competenza infettivologica identificato dal CIO.
J01DI	Altre cefalosporine e penemi		
J01DI01	Ceftobiprolo	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.
J01E	Sulfonamidi e trimetoprim		
J01EE	Associazioni di sulfonamidi con trimetoprim, inclusi i derivati		
J01EE01	Sulfametoxazolo + Trimetoprim	os, p	Controindicati nel neonato e nel prematuro per il rischio di ittero nucleare
J01F	Macrolidi, lincosamidi e streptogramine		
J01FA	Macrolidi		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

J01FF	Lincosamidi		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	
J01G	Antibatterici aminoglicosidici		
J01GB	Altri aminoglicosidi		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	
J01M	Antibatterici chinolonici e chinossaline		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.
J01MA	Fluorochinoloni		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 trattati di farmaci in classe C.
J01MA14	Moxifloxacina	os	
J01MA17	Prulifloxacina	os	
J01MB	Altri chinolonici		
J01MB06	Cinoxacina	os	AIC sospesa in seguito alla rivalutazione europea del rapporto beneficio/rischio per l'intera classe
J01X	Altri antibatterici		
J01XA	Antibatterici glicopeptidici		
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 di cui alla nota prot. n. 16799 del 23/03/2022. - Aggiornamento n. 68 del PTORS.
J01XA05	Oritavancina	p	
J01XB	Polimixine		

J01XB01	Collistina		p, inal	
J01XD	Derivati imidazolici			
J01XD01	Metronidazolo		p	
J01XX	Altri antibatterici			
J01XX01	Fosfomicina disodica		p	Inserito in PTORS per il trattamento delle seguenti infezioni: "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". 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.
J02	Antimicotici per uso sistemico			
J02A	Antimicotici per uso sistemico			
J02AA	Antibiotici			
J02AA01	Amfotericina B (in varie formulazioni per via parenterale)		p	Segnalata alta incidenza di eventi avversi per la via parenterale
J02AB	Imidazolo derivati			
J02AB02	Ketoconazolo			Prescrizione limitata alle UU.OO. di Endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOOD Villa Sofia - Cervello di Palermo. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Presa in carico dei pazienti con prescrizione proveniente da strutture fuori regione.
J02AC	Derivati triazolici			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.
J02AX	Altri antimicotici per uso sistemico			
J02AX04	Caspofungin		p	
J02AX05	Micafungin		p	
J02AX06	Anidulafungina		p	
J04	Antimicobatterici			
J04A	Farmaci per il trattamento della tubercolosi			

J04AB	Antibiotici		
J04AB02	Rifampicina	os, p	
J04AB03	Rifamicina	p	Indicazione selettiva nelle infezioni sostenute da <i>Mycobacterium avium complex</i>
J04AB04	Rifabutina	os	Nota AIFA 56. Secondo le modalità previste dal DA n. 1766/11 e s.m.i.
J04AC	Idrazidi		
J04AC01	Isoniazide	os, p	
J04AK	Altri farmaci per il trattamento della tubercolosi		
J04AK01	Pirazinamide	os	Da non usare in proflassi
J04AK02	Etambutolo	os, p	
J04AK05	Bedaquillina fumarato	os	Prescrizione e dispensazione da parte delle Infettivologie e Pneumologie delle Aziende Ospedaliere.
J04AK08	Pretomanid	os	Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di Infettivologia e Pneumologia delle Aziende Sanitarie regionali.
J04AM	Associazione di farmaci per il trattamento della tubercolosi		
J04AM05	Isoniazide +Pirazinamide + Rifampicina	os	Nel trattamento ambulatoriale
J05	Antivirali per uso sistemico		
J05A	Antivirali ad azione diretta		
J05AB	Nucleosidi e nucleotidi (esclusi gli inibitori della trascrittasi inversa)		
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.
J05AD	Derivati dell'acido fosfonico		
J05AD01	Foscarnet	p	
J05AE	Inibitori delle proteasi		
J05AE01	Saquinavir	os	Limitatamente ai Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
J05AE02	Indinavir	os	
J05AE03	Ritonavir	os	
J05AE04	Nelfinavir	os	
J05AE07	Fosamprenavir	os	
J05AE08	Atazanavir	os	
J05AE09	Tipranavir	os	
J05AE10	Darunavir	os	
J05AF	Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa		
J05AF01	Zidovudina	os, p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.

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.
J05AG	Non nucleosidi- inibitori della trascrittasi inversa		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, p	
J05AG06	Doravirina	os	
J05AJ	Inibitori dell'integrasi		
J05AJ01	Raltegravir	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AJ03	Dolutegravir	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AJ04	Cabotegravir	os, p	Per la formulazione orale: Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di Infettivologia di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11. Per la formulazione iniettabile: Prescrizione e somministrazione da parte delle UU.OO. di Infettivologia di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11.
J05AP	Antivirali per il trattamento dell'infezione da HCV		
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 dei 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 dei 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.
J05AR	Antivirali per il trattamento dell'infezione da HIV, associazioni		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 + dolutegravir + abacavir	os	
J05AR14	Darunavir + cobicistat	os	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.
J05AX	Altri antivirali		
J05AX07	Enfuvirtide	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.

J05AX09	Maraviroc		os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
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.
J05AX29	Fostemsavir		os	Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di Infettivologia di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11.
J06	Sieri immuni ed immunoglobuline			
J06A	Sieri immuni			
J06AA	Sieri immuni			
J06AA03	Siero antiofidico (contro il veleno di serpenti)		p	
J06B	Immunoglobuline			
J06BA	Immunoglobuline, umane normali			Al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva, si rimanda alle indicazioni operative di cui alla nota prot. n. 46100 del 13/10/2022
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 demielinizante infiammatoria cronica, prescrizione da parte dei Centri per le malattie rare di cui al DA 388/22 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. Per l'indicazione "immunodeficienze secondarie (SID) in pazienti con infezioni severe o ricorrenti" prescrizione e dispensazione da parte dei Centri già individuati alla prescrizione del medicinale.
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 demielinizante infiammatoria cronica" limitatamente alle U.O. di Neurologia ospedaliere. Per l'indicazione "poliradicoloneuropatia demielinizante infiammatoria cronica (CIDP)" prescrizione da parte dei Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 388/22 abilitati alla gestione delle patologie con codice di esenzione RF0180.
J06BB	Immunoglobuline specifiche			
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 antiviricella - 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.
J07	Vaccini			

J07A	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		
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori		
L01	Antineoplastici		
L01 (ATC provisori o)	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
L01A	Sostanze alchilanti		
L01AA	Analoghi della mostarda azotata		
L01AA01	Ciclofosfamide	os, p	
L01AA02	Clorambucil	os	
L01AA03	Melfalan	os, p	
L01AA05	Clormetina	t	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 25791 del 12/05/2022 - Aggiornamento n. 70 del PTORS, da parte delle UU.OO. di Dermatologia delle Aziende Sanitarie e dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
L01AA06	Ifosfamide	p	
L01AA09	Bendamustina	p	
L01AB	Alchilsulfonati		
L01AB01	Busulfano	os, p	
L01AB02	Treosulfan	p	Prescrizione e somministrazione da parte dei seguenti Centri: - U.O.C. di Ematologia con UTMO dell'AOOR "Villa Sofia - Cervello" di Palermo; - U.O.C. di Ematologia con Trapianto dell'AOU Policlinico "G. Rodolico - San Marco" (P. O. G. Rodolico) di Catania; - U.O. di Oncoematologia e TMO della Casa di Cura "La Maddalena" di Palermo.
L01AC	Etilenimine		
L01AC01	Tiotepa	p	
L01AD	Nitrosouree		
L01AD01	Carmustina	Implanti	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	
L01AX	Altre sostanze alchilanti		

L01AX02	Pipobromano	os	
L01AX03	Temozolomide	os	
L01AX04	Dacarbazina	p	File T
L01B	Antimetaboliti		
L01BA	Analoghi dell'Acido Folico		
L01BA01	Metotrexato	os, p	
L01BA03	Raltitrexed	p	
L01BA04	Pemetrexed	p	Registro AIFA
L01BB	Analoghi della Purina		
L01BB02	Mercaptopurina	os	
L01BB03	Tioguanina	os	
L01BB04	Cladribina	p	
L01BB05	Fludarabina	os, p	
L01BC	Analoghi della Pirimidina		
L01BC01	Citarabina	p	File T
L01BC01	Citarabina liposomiale	p	File T
L01BC02	Fluorouracile	p	Per l'indicazione: "trattamento topico della cheratosi attinica non ipercheratosa, non ipertrofica (grado I e II della scala di Olsen) del viso, delle orecchie e/o del cuoio capelluto negli adulti", prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022-aggiornamento n. 76 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di 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	Azacidina	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di ematologia e oncematologia 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 oncematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01BC52	5 fluorouracile + acido salicilico	t	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022-aggiornamento n. 76 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di 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.

L01C	Alcaloidi derivati da piante ed altri prodotti naturali		
L01CA	Alcaloidi della vinca ed analoghi		
L01CA01	Vinblastina	p	
L01CA02	Vincristina	p	
L01CA03	Vindesina	p	
L01CA04	Vinorelbina	os, p	
L01CA05	Vinflunina	p	Registro AIFA
L01CB	Derivati della podofillotossina		
L01CB01	Etoposide	os, p	
L01CD	Taxani		
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.
L01CX	Altri alcaloidi semplici e prodotti naturali		
L01CX01	Trabectedin	p	Registro AIFA.
L01CX37	Polatuzumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01D	Antibiotici citotossici e sostanze correlate		
L01DA	Actinomicine		
L01DA01	Dactinomicina	p	
L01DB	Antracicline e sostanze correlate		
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.
L01DC	Altri antibiotici citotossici		
L01DC01	Bleomicina	p	
L01DC03	Mitomicina	p	
L01ED05	Lorlatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01E	Inibitori della proteina chinas		
L01EB	Inibitori della tirosin chinas EGFR		

L01EB01	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.
L01EB02	Erlotinib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01EB03	Afatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01EB04	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.
L01EH	Inibitori della tirosin chinasi HER 2		
L01EH03	Tucatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01EJ	Inibitori della Chinasi Janus-Associata (JAK)		
L01EJ02	Fedratinib	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01EL	Inibitori della tirosin chinasi di Bruton		
L01EL03	Zanubrutinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01EM	Inibitori della fosfatidilinositolo-3-chinasi (PI3K)		
L01EM03	Alpelisib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01EN	Inibitori tirosina chinasi fattore di crescita fibroblasti		
L01EN02	Pemigatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione con l'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01EX	Altri inibitori della proteina chinasi		
L01EX09	Nintedanib	os	Per la fibrosi polmonare prescrizione su Registro AIFA da parte dei Centri di cui al DA 388/22. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento ai sensi della nota prot. n. 72545 del 30/10/2019. Per l' indicazione oncologica "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. Registro AIFA per l'indicazione "trattamento delle malattie interstiziali polmonari (ILD)" con prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/22. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento.
L01EX12	Larotrectinib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. specificatamente individuati dalla Regione. 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.
L01EX14	Entrectinib	os	Registro AIFA. Per l' indicazione NSCLC prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. Per l' indicazione NTRK prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. specificatamente individuati dalla Regione. Per l'indicazione NTRK, 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.

L01EX23	Praisentib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01F	Anticorpi monoclonali e coniugati anticorpo-farmaco		
L01FF	Inibitori di PD-1/PDL-1		
L01FF01	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
L01FF02	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.
L01FF03	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. territorialmente competenti, nel rispetto delle procedure stabilite con D.A. n. 686 del 20 aprile 2018.
L01FF04	Avelumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dell'U.O. di Oncologia Medica dell'AOU "P. Giaccone" di Palermo (Centro di Riferimento Regionale per tumori rari). 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. 388/22 con il Centro di Riferimento Regionale per tumori rari. Per l'indicazione carcinoma uteroline 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 D.A. 686/18.
L01FF05	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. Per l'indicazione "carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile" prescrizione da parte dei Centri già identificati per la prescrizione del medicinale, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute, nonché dai seguenti Centri Hub di cui alla "Rete multidisciplinare per la diagnosi e la terapia dei tumori primitivi del fegato: un modello di gestione integrata ed avanzata tra Centri Hub e Centri Spoke a valere sul PSN 2017 - Azione 6.28": - UOC di Gastroenterologia e Epatoologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" - UOC di Medicina Interna 2 dell'AOUOR "Villa Sofia Cervello" - Unità di Epatoologia e Gastroenterologia dell'ISMET - UOC di Epatoologia Clinica e Biomolecolare dell'AOU Policlinico "G. Martino" - UOSD di Epatoologia dell'ARNAS "Garibaldi"
L01FF06	Cemiplimab	p	Registro AIFA. Per l'indicazione "carcinoma basocellulare" prescrizione da parte delle UU.OO. di oncologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. e delle UU.OO. Di dermatologia già individuate per i p.a. vismodegib e sonidegib il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Per l'indicazione "carcinoma polmonare non a piccole cellule" prescrizione da parte dei Centri di oncologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01FF07	Dostarlimab	P	Prescrizione su scheda informatizzata AIFA da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.

L01FX Altri anticorpi monoclonali e coniugati anticorpo-farmaco			
L01FX02	Gemtuzumab ozogamicin	P	Registro AIFA. Prescrizione d parte dei Centri di Ematologia dll'Allegato 3 del D.A. 1766/11.
L01FX04	Ipilimumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 già individuati alla prescrizione del p.a. nivolumab. 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 il D.A. 686/18.
L01FX05	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 il linfoma cutaneo a cellule T CD30+ e il linfoma anaplastico a grandi cellule sistemiche prescrizione da parte dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11.
L01FX07	Blinatumomab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Il cui elenco è pubblicato 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 il D.A. 686/18.
L01FX08	Elotuzumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei medesimi Centri individuati per il p.a.carfilzomib, pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute
L01FX09	Mogamulizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11.
L01FX12	Tafasitamab	P	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01FX15	Belantamab mafodotin	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01FX17	Sacituzumab govitecan	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione con l'allegato 3 del DA n. 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 il D.A. 686/18.
L01X	Altri antineoplastici		
L01X	Brexucabtagene autoleucelel	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte delle U.U.OO.CC. Ematologia con UTMO dell'AOR "Villa Sofia – Cervello" e dell'U.O. di Oncematologia e UTMO della Casa di Cura "La Maddalena" di Palermo. Per la Casa di Cura "La Maddalena" di Palermo l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di Palermo al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con D.A. 686/18. Si applicano le disposizioni sulle terapie farmacologiche innovative CAR-T riportate nella nota prot. n. 9891 del 21/02/2020, che si riallega in copia.
L01XA	Composti del Platino		
L01XA01	Cisplatino	p	
L01XA02	Carboplatino	p	
L01XA03	Oxaliplatino	p	
L01XB	Metildrazine		
L01XB01	Procarbazine	os	
L01XC	Anticorpi monoclonali		
L01XC02	Rituximab	p	Per il pemfigo volgare, 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 di cui al DA 388/22, 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.

L01XC06	Cetuximab	p	Limitatamente ai carcinomi del colon dopo dimostrazione del gene EGFR e dopo fallimento del trattamento con irinotecan
L01XC07	Bevacizumab	p	Registro AIFA Oncologia. Registro AIFA 648 oftalmologia.
L01XC07	Bevacizumab biosimilare	p	
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.
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.
L01XC21	Ramucirumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
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.
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.
L01XC38	Isatuximab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri abilitati alla prescrizione dei pp.aa. carfilzomib, elotuzumab e daratumumab per il trattamento del mieloma multiplo, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XD	Sensibilizzatori usati nella terapia fotodinamica/radiante		
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 U.U.O. 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 ± 3 nm e una dose totale di luce di 37 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. 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.
L01XD05	Temoporfin	p	
L01XE	Inibitori della protein chinasi		
L01XE01	Imatinib	os	Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i. Limitatamente all'indicazione GIST prescrizione su PT AIFA di cui alla nota prot. n. 30704 del07/04/17
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 indicazioni oncologiche. Prescrizione limitata ai centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i. Per la profilassi del rigetto d'organo 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 astrocitoma subependimale a cellule giganti (SEGA) associato a sclerosi tuberosa (TSC), 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 388/22. Distribuzione Diretta da parte del Centro Prescrittore. Per l'indicazione Crisi epilettiche refrattarie associate a complesso sclerosi tuberosa, 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 388/22. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore. Per l'indicazione Tumori neuroendocrini di origine gastrointestinale o polmonare, prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n. 48307 del 03/11/2021 - Aggiornamento n. 64 del PTORS, limitata ai Centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
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.
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 oncematologia 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 Carcinoma midollare della tiroide : 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 Carcinoma epatocellulare : prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. e dei Centri già autorizzati all'impiego del p.a. Sorafenib. Per l'indicazione carcinoma a cellule renali prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 già autorizzati alla prescrizione del p.a. nivolumab, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute.
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.
L01XE33	Palbociclib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
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 dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/2022 identificati con il codice con il codice RD0081.
L01XE41	Bimimetinib	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.
L01XE51	Acalabrutinib	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.
L01XJ	Inibitori della via di Hedgehog		
L01XJ03	Glasdegib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'Allegato 3 del DA 1766/11.
L01XX	Altri antineoplastici		
L01XX70	Axicabtagene ciloleuceel	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.
L01XX71	Tisagenlecleuceel	p	
L01XX05	Idrossicarbamide	os	Prescrizione da parte dei Centri delle malattie rare individuati con il DA 388/22.
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.
L01XY	Combinazioni di agenti neoplastici		
L01XY01	Citarabina + daunorubicina	p	Registro AIFA. Limitatamente ai centri di ematologia individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 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.
L01XY02	Pertuzumab+Trastuzumab	P	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati per i farmaci di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L02	Terapia endocrina		
L02A	Ormoni e sostanze correlate		
L02AB	Progestinici		
L02AB01	Megestrol	os	

L02AB02	Medrossiprogesterone	os	
L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine		
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.
L02B	Antagonisti ormonali e sostanze correlate		
L02BA	Antiestrogeni		
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.
L02BB	Antiandrogeni		
L02BB01	Flutamide	os	
L02BB03	Bicalutamide	os	Prescrizione, su Piano Terapeutico <i>web-based</i> , da parte dei Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Distribuzione Per Conto
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.
L02BG	Inibitori dell'aromatasi		
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.
L02BX	Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate		
L02BX02	Degarelix	p	Prescrizione, su Piano Terapeutico <i>web-based</i> , 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. Distribuzione Per Conto. 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 dispensazione da parte di strutture private, la dispensazione verrà effettuata dall'ASP di residenza del paziente.
L02E	Inibitori della protein kinasi		
L02EX	Altri inibitori della protein kinasi		
L02EX22	Selpercatinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione con l'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03	Immunostimolanti		
L03A	Immunostimolanti		

L03AA	Fattori di stimolazione delle colonie		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.
L03AA02	Filgrastim	p	
L03AA02	Filgrastim biosimilare	p	
L03AA10	Lenograstim	p	
L03AA13	Pegfilgrastim	p	
L03AA13	Pegfilgrastim biosimilare	p	
L03AA14	Lipegfilgrastim	p	
L03AB	Interferoni		
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. Prescrizione su PT <i>web-based</i> , limitata ai centri individuati dalla Regione con DDG 654/22. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
L03AB08	Interferone beta-1b	p	Nota AIFA 65. Prescrizione su PT <i>web-based</i> , limitata ai centri individuati dalla Regione con DDG 654/22. 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. Prescrizione su PT <i>web-based</i> , limitata ai centri individuati dalla Regione con DDG 654/22. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
L03AC	Interleuchine		
L03AC01	Albesleuchina	p	
L03AX	Altri Immunostimolanti		
L03AX03	Vaccino BCG (Bacillo di Calmette e Guerin)	endovescicale	
L03AX13	Glatiramer acetato	p	Nota AIFA 65. Prescrizione su PT <i>web-based</i> , limitata ai centri individuati dalla Regione con DDG 654/22. Erogazione del farmaco in DPC ai sensi del DA 221/21.
L03AX15	Mifamurtide	p	
L04	Immunosoppressivi		
L04A	Immunosoppressivi		
L04AA	Immunosoppressivi ad azione selettiva		
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. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 del PTORS. Nell'ambito dello specifico protocollo terapeutico approvato dall'AIFA e limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 654/22.
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. 388/22. Per l'indicazione "trattamento del disturbo dello spettro della neuromielite ottica": registro AIFA, prescrizione e somministrazione da parte delle UU.OO. di Neurologia di cui al D.D.G. n. 654 del 26/07/2022. Al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, nel rispetto delle procedure stabilite con il D.A. 686/18, l'acquisto per i Centri privati deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza. Per l'indicazione "trattamento di miastenia gravis": registro AIFA, prescrizione e somministrazione da parte dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/2022 identificati con il codice RFG101. Per i pazienti che hanno ben tollerato le infusioni in ospedale, si può considerare l'infusione domiciliare. La decisione in merito alla possibilità che un paziente riceva infusioni domiciliari deve essere adottata previa valutazione e raccomandazione del medico prescrittore. Le infusioni domiciliari devono essere dispensate dal Centro Prescrittore ed eseguite da un operatore sanitario qualificato.
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 comprovino la presenza dei 5 elementi previsti per l'impiego a carico del SSN. Per il trattamento della Nefrite Lupica prescrizione da parte delle UU.OO. di Reumatologia già abilitate alla prescrizione del medicinale e delle UU.OO. di Nefrologia delle medesime Aziende Sanitarie. Per la formulazione s.c. distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.
L04AA27	Fingolimod	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 del PTORS. Nota AIFA 65. Impiego esclusivo da parte dei centri già individuati dal DDG 654/22. 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	<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 l'indicazione colite ulcerosa prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 45542 del 10/10/2022 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. Per l'indicazione Artrite Psoriasica prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n. 25791 del 12/05/2022 - Aggiornamento n. 70 del PTORS, da parte dei Centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Distribuzione Diretta dal Centro Prescrittore.</p> <p>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. Al fine di ridurre al minimo il rischio di gravi effetti collaterali (condizioni cardiovascolari, coaguli di sangue, cancro e infezioni gravi), l'EMA raccomanda di utilizzare il medicinale, nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni, ad aumentato rischio di gravi problemi cardiovascolari (come infarto o ictus), fumatori, ex fumatori o ad aumentato rischio di cancro, soltanto se non sono disponibili alternative terapeutiche adeguate.</p>
L04AA31	Teriflunomide	os	<p>Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri già individuati dal DDG 654/22. 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.</p>
L04AA32	Apremilast	os	<p>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.</p>
L04AA33	Vedolizumab	p	<p>Per l'indicazione Colite Ulcerosa prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 45542 del 10/10/2022. Per l'indicazione Morbo di Crohn 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.</p>

L04AA34	Alemtuzumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 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. 654/22. 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. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 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. 654/22.
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. Al fine di ridurre al minimo il rischio di gravi effetti collaterali (condizioni cardiovascolari, coaguli di sangue, cancro e infezioni gravi), l'EMA raccomanda di utilizzare il medicinale, nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni, ad aumentato rischio di gravi problemi cardiovascolari (come infarto o ictus), fumatori, ex fumatori o ad aumentato rischio di cancro, soltanto se non sono disponibili alternative terapeutiche adeguate.
L04AA38	Ozanimod	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS, da parte dei Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 654/22.
L04AA40	Cladribina	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 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. 654/22. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
L04AA42	Siponimod	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 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. 654/22, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 654/22. 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.
L04AA43	Ravulizumab	os	Registro AIFA. Prescrizione e somministrazione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 388/22.

L04AA44	Upadacitinib	os	<p>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 "Artrite Psoriasica" prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del POTRS, 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 12 mesi. Presa in carico dei pazienti con PT redatto da Strutture fuori Regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore. 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. Per l'indicazione "spondilite anchilosante" prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 42558 del 20/09/2022 - Aggiornamento n. 74 del POTRS, 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 12 mesi. Presa in carico dei pazienti con PT redatto da Strutture fuori Regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore. 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. Al fine di ridurre al minimo il rischio di gravi effetti collaterali (condizioni cardiovascolari, coaguli di sangue, cancro e infezioni gravi), l'EMA raccomanda di utilizzare il medicinale, nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni, ad aumentato rischio di gravi problemi cardiovascolari (come infarto o ictus), fumatori, ex fumatori o ad aumentato rischio di cancro, soltanto se non sono disponibili alternative terapeutiche adeguate.</p>
L04AA45	Filgotinib	os	<p>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. Al fine di ridurre al minimo il rischio di gravi effetti collaterali (condizioni cardiovascolari, coaguli di sangue, cancro e infezioni gravi), l'EMA raccomanda di utilizzare il medicinale, nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni, ad aumentato rischio di gravi problemi cardiovascolari (come infarto o ictus), fumatori, ex fumatori o ad aumentato rischio di cancro, soltanto se non sono disponibili alternative terapeutiche adeguate.</p>
L04AA50	Ponesimod	os	<p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 del POTRS, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 654/22.</p>
L04AA52	Ofatumumab	p	<p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 Aggiornamento n. 71 del POTRS, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 654/22.</p>

L04AA54	PEG-cetacoplan	P	<p>Registro AIFA; prescrizione e somministrazione da parte dei Centri di malattie rare di cui al D.A. n. 388/2022 identificati con il codice RD0020.</p> <p>La terapia deve essere iniziata sotto la supervisione di un operatore sanitario esperto nella gestione dei pazienti con disturbi ematologici. Per i pazienti che hanno ben tollerato l'infusione in centri di trattamento specializzati devono essere prese in considerazione l'auto-somministrazione e l'infusione domiciliare. La decisione in merito alla possibilità di auto-somministrazione e di infusione domiciliare deve essere adottata previa valutazione e raccomandazione del medico curante.</p> <p>Le infusioni domiciliari devono essere dispensate dal Centro Prescrittore ed eseguite da un operatore sanitario qualificato.</p>
L04AB	Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α)		<p>Prescrizione su PT <i>web-based</i> 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.</p>
L04AB01	Etanercept	P	<p>Per le indicazioni reumatologiche 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 psoriasi a placche da moderata a severa 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 spondiloartrite assiale non radiografica attiva, prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 48307 del 03/11/2021 - Aggiornamento n. 64 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i.</p>
L04AB01	Etanercept biosimilare	P	
L04AB02	Infliximab	P	<p>Per le indicazioni reumatologiche 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 indicazioni gastroenterologiche prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 45542 del 10/10/2022 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'indicazione psoriasi a placche da moderata a severa 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 Infliximab biosimilare sottocute 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.</p> <p>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.</p>
L04AB02	Infliximab biosimilare	P	

L04AB04	Adalimumab	p	Per le indicazioni reumatologiche 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 indicazioni gastroenterologiche prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 45542 del 10/10/2022 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' indicazione psoriasi a placche da moderata a severa 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 idrosadenite suppurativa (acne inversa) prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione Uveite non infettiva intermedia, posteriore e pan-uveite prescrizione da parte dei Centri già individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Per l'indicazione spondiloartrite assiale non radiografica attiva , prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 48307 del 03/11/2021 - Aggiornamento n. 64 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i.
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 psoriasi a placche da moderata a severa 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 spondiloartrite assiale non radiografica attiva , prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 48307 del 03/11/2021 - Aggiornamento n. 64 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i.
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 indicazioni gastroenterologiche prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 45542 del 10/10/2022 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'indicazione spondiloartrite assiale non radiografica attiva , prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 48307 del 03/11/2021 - Aggiornamento n. 64 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i.
L03AB15	Ropeginterferone alfa-2b	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L04AC	Inibitori dell'interleuchina		
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 388/22. Per la febbre mediterranea familiare prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 41534 del 21/09/2021 - Aggiornamento n. 63 del PTORS, da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 388/22. Non è prevista la presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.

L04AC05	Ustekinumab	p	<p>Prescrizione, ai sensi del DDG 1020/21. Limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione psoriasi a placche da moderata a severa prescrizione ai sensi del DDG 1020/21 da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Per l'impiego in età pediatrica, prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS. La durata massima del PT è 12 mesi. Per l'indicazione Morbo di Crohn prescrizione ai sensi del DDG 1020/21. 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 l'indicazione Colite Ulcerosa prescrizione, ai sensi del DDG 1020/21, da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino" su PT di cui alla nota prot. n. 45542 del 10/10/2022. 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 l'indicazione artrite psoriasica prescrizione da parte dei Centri di cui all'Allegato 4 del DA 1766/11.</p>
L04AC07	Tocilizumab	p	<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. La durata massima della scheda di prescrizione è 12 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. In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia progressiva (FANS e corticosteroidi sistemici o metotrexato a seconda dell'indicazione terapeutica) 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. Per l'indicazione "sindrome da rilascio di citochine" impiego limitato ai Centri già individuati per la prescrizione delle CAR-T (U.O. di Ematologia ed UTMO dell'AOOR "Villa Sofia Cervello" e Oncematologia ed UTMO della Casa di Cura "La Maddalena").</p>
L04AC08	Canakinumab	p	<p>Registro AIFA per le indicazioni reumatologiche. Per l'indicazione "Sindromi Periodiche Associate a Criopirina": 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 388/22. Per la malattia di Still nell'adulto prescrizione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al DA 388/22. Non è prevista la presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.</p>

L04AC10	Secukinumab	p	Per la spondilite anchilosante attiva 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 artrite psoriasica prescrizione limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Per l'indicazione psoriasi a placche da moderata a severa 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'impiego in età pediatrica, prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS. La durata massima del PT è 12 mesi. Per l'indicazione spondiloartrite assiale non radiografica attiva , prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 48307 del 03/11/2021 - Aggiornamento n. 64 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 6 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. In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia pregressa, 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.
L04AC11	Siltuximab	p	Prescrizione limitata ai Centri per le malattie rare di cui al D.A. 388/22. Farmaco non soggetto a compensazione tramite file F.
L04AC12	Brodalumab	p	Per l'indicazione psoriasi a placche da moderata a severa 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 psoriasi a placche da moderata a severa 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 psoriasi a placche da moderata a severa 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. 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.

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.
L04AC19	Satralizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di Neurologia di cui al D.D.G. n. 654 del 26/07/2022
L04AD	Inibitori della calcineurina		
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.
L04AX	Altri immunosoppressivi		
L04AX01	Azatioprina	os	Registro AIFA
L04AX02	Talidomide	os	Registro AIFA. Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AX04	Lenalidomide	os	Per la fibrosi polmonare prescrizione da parte dei Centri delle Malattie rare di cui al DA 388/22. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento ai sensi della nota prot. n. 72545 del 30/10/2019.
L04AX05	Pirfenidone	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L04AX06	Pomalidomide	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L04AX07	Dimetilfumarato	os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di Ematologia del Policlinico di Catania dell'AO "Villa Sofia - Cervello" e della casa di cura "La Maddalena"
L04AX16	Plerixafor	p	
M	Sistema muscolo-scheletrico		
M01	Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici		
M01A	Farmaci antiinfiammatori/antireumatici, non steroidei		
M01AB	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate		
M01AB01	Indometacina	os, p, rett	
M01AB05	Diclofenac	os, p	
M01AB14	Progylmetacina	os	
M01AB15	Ketorolac	os, p	
M01AB16	Aceclofenac	os	
M01AC	Oxicam - derivati		
M01AC01	Piroxicam	os, p, rett	
M01AC02	Tenoxicam	os	
M01AC05	Lornoxicam	os	

M01AC06	Meloxicam	os
M01AE	Derivati dell'acido propionico	
M01AE01	Ibuprofene	os, p
M01AE02	Naprossene	os, rett
M01AE03	Ketoprofene	os, p, rett
M01AE09	Flurbiprofene	os
M01AE11	Acido tiaprofenico	os
M01AE12	Oxaprozina	os
M01AX	Altri farmaci antinfiammatori ed antireumatici non steroidei	
M01AX01	Nabumetone	os
M01AX17	Nimesulide	os, rett
M01AX22	Morniflumato	os, rett
M01AX49	Amtolmetina guacile	os
M01C	Sostanze antireumatiche specifiche	
M01CB	Preparati a base di oro	
M01CB02	Sodio aurotiosolfato	p
M01CB03	Auranofin	os
M01CC	Penicillamina ed analoghi	
M01CC01	D-Penicillamina	os
M03	Miorilassanti	
M03A	Miorilassanti ad azione periferica	
M03AB	Derivati della colina	
M03AB01	Suxametonio	p
M03AC	Altri composti ammoniacali quaternari	
M03AC01	Pancuronio bromuro	p
M03AC03	Vecuronio bromuro	p
M03AC04	Atracurio besilato	p
M03AC09	Rocuronio bromuro	p
M03AC10	Mivacurio cloruro	p
M03AC11	Cisatracurio bromuro	p
M03AX	Altri miorilassanti ad azione periferica	
M03AX01	Tossina botulinica A	p
M03B	Miorilassanti ad azione centrale	
M03BX	Altri miorilassanti ad azione centrale	
M03BX01	Baclofene	os, p

M03C	Miorilassanti ad azione diretta		
M03CA	Dantrolene e derivati		
M03CA01	Dantrolene	os, p	La forma parenterale deve essere sempre tenuta a disposizione per i casi di ipertermia maligna
M04	Antigottosi		
M04A	Antigottosi		
M04AA	Preparati inibenti la formazione di acido urico		
M04AA01	Allopurinolo	os	
M04AA03	Febuxostat	os	Prescrizione ai sensi della Nota AIFA 91 nei casi di documentata inefficacia o intolleranza all'allopurinolo
M04AB	Preparati che incrementano l'escrezione di acido urico		
M04AB05	Lesinurad	os	
M04AC	Preparati senza effetto sul metabolismo dell'acido urico		
M04AC01	Colchicina	os	
M04AX	Altri preparati antigottosi		
M04AX49	Piperazina	os	
M05	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa		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
M05B	Farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee		
M05BA	Bifosfonati		
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
M05BB	Bifosfonati, associazioni		
M05BB03	Acido alendronico + colecalciferolo	os	
M05BX	Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee		
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 Policlinico - V. Emanuele" di Catania e dell'U.O. di Clinica Pediatrica dell'ARNAS Di Cristina di Palermo ai sensi del D.A. 388/22.
M05BX06	Romozumab	P	Prescrizione su PT <i>web-based</i> da parte delle UU.OO. di Ortopedia e Geriatria delle Aziende Sanitarie, UU.OO. di Reumatologia già individuate alla prescrizione dei farmaci biologici in ambito reumatologico e dell'U.O.C. di Medicina Interna dell'AOU Policlinico "G. Rodolico - San Marco" (centro di riferimento regionale di prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi e delle altre patologie del metabolismo osseo), previa attestazione dell'assenza del rischio cardiovascolare ai sensi delle Carte del Italiane del Progetto Cuore. La durata massima del PT è di 12 mesi non rinnovabili. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Romozumab è rimborsato esclusivamente ai sensi della Nota AIFA 79, nonché in assenza di progressi eventi cardio- e cerebrovascolari o presenza di rischio cardiovascolare elevato (definito come rischio $\geq 20\%$ secondo le carte del rischio del progetto CUORE).
M05BX07	Vosoritide	P	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. n. 388/2022 identificati con il codice RNG050. 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 il D.A. 686/18.
M09	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico		
M09A	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico		
M09AB	Enzimi		
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.
M09AX	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico		
M09AX01	Acido ialuronico	p	
M09AX03	Ataluren	os	Prescrizione limitata ai Centri per le malattie rare di cui al D.A. 388/22
M09AX07	Nusinersen	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dell'UOC di Neurologia dell'AOUP "G. Martino" di Messina.

M09AX09	Onasemnogene abeparovvec	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.
M09AX10	Risdiplam	p	Prescrizione e somministrazione da parte dei Centri individuati per le malattie rare di cui al DA 388/22, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute
N	Sistema nervoso		
N01	Anestetici		
N01A	Anestetici generali		
N01AB	idrocarburi alogenati		
N01AB07	Desflurano	inal	
N01AB08	Sevoflurano	inal	
N01AF	Barbiturici, non associati		
N01AF03	Tiopental sodico	p	
N01AH	Anestetici oppioidi		
N01AH01	Fentanyl	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	Remifentanyl	p	
N01AX	Altri anestetici generali		
N01AX03	Chetamina	p	
N01AX10	Propofol	p	
N01B	Anestetici locali		
N01BB	Amidi		
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	
N01BX	Altri anestetici locali		
N01BX04	Capsaicina	transd	
N02	Analgesici		
N02A	Opioidi		
N02AA	Alcaloidi naturali dell'oppio		
N02AA01	Morfina	os, p	
N02AA03	Idromorfone	os	
N02AA05	Ossicodone	os, p	
N02AA55	Ossicodone + naloxone	os	
N02AA59	Ibuprofene + Codeina	os	
N02AB	Derivati della fenilpiperidina		
N02BE01	Paracetamolo	p	
N02AB02	Petidina	p	
N02AB03	Fentanil	transd, endonasale, os	
N02AE	Derivati dell'oripavina		
N02AE01	Buprenorfina	p, subl, transd	
N02AG	Opioidi in associazione con antispastici		
N02AG01	Morfina + atropina	p	
N02AJ	Opioidi in associazione con analgesici non oppioidi		
N02AJ06	Paracetamolo + codeina	os, rett	
N02AJ17	Ossicodone + paracetamolo	os	
N02AX	Altri oppioidi		
N02AX02	Tramadolo	os, p	
N02AX06	Tapentadolo	os	
N02B	Altri analgesici ed antipiretici		
N02BA	Acido salicilico e derivati		
N02BA01	Acido acetilsalicilico	os, p	
N02BE	Anilidi		
N02BE01	Paracetamolo	os,p, rett	
N02BG	Altri analgesici ed antipiretici		
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.G. 654/22.
N02C	Antiemetici		

N02CA	Alcaloidi della segale cornuta		
N02CA01	Diidroergotamina	os	
N02CA52	Ergotamina + Caffaina	os	
N02CC	Agonisti selettivi dei recettori 5HT1 della serotonina		
N02CC05	Almotriptan	os	
N02CC06	Eltriptan	os	
N02CD	Antagonisti del recettore del peptide correlato al gene della calcitonina		
N02CD01	Erenumab	p	Registro AIFA. Prescrizione limitata 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 prescrizioni effettuate dall'Oasi Maria SS di Troina, dispensazione da parte dell'ASP di residenza del paziente.
N02CD02	Galcanezumab	p	
N02CD03	Fremanezumab	p	
N03	Antiepilettici		
N03A	Antiepilettici		
N03AA	Barbiturici e derivati		
N03AA02	Fenobarbital	os, p	
N03AA03	Primidone	os	
N03AB	Derivati dell'idantoina		
N03AB02	Fenitoina	os, p	
N03AD	Derivati della succinimide		
N03AD01	Etosuccimide	os	
N03AE	Derivati benzodiazepinici		
N03AE01	Clonazepam	os	
N03AF	Derivati della carbossamide		
N03AF01	Carbamazepina	os	
N03AF02	Oxacarbazepina	os	
N03AF03	Rufinamide	os	Utilizzo in terapia aggiuntiva dopo resistenza all'associazione Sodio Valproato + lamotrigina
N03AF04	Eslicarbazepina	os	Prescrizione, su Piano Terapeutico web-based, da parte delle UU.OO. di neurologia, neuropsichiatria infantile e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Distribuzione Per Conto.
N03AG	Derivati degli acidi grassi		
N03AG01	Acido valproico	os, p	
N03AG04	Vigabatrin	os	
N03AX	Altri antiepilettici		
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 Piano Terapeutico web-based, da parte delle UU.OO. di neurologia, neuropsichiatria infantile e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Distribuzione Per Conto.
N03AX23	Brivaracetam	os	Prescrizione, su Piano Terapeutico web-based, da parte delle UU.OO. di neurologia, neuropsichiatria infantile e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Distribuzione Per Conto.
N03AX24	Cannabidiolo	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA, di cui alla nota prot. n.42558 del 20/09/2022 - Aggiornamento n. 74 del PTORS, da parte dei Centri delle malattie rare di cui al D.A. 388/2022 identificati con i codici RF0130, RF0061 e RN0750. Dispensazione diretta dall'ASP di residenza del paziente.
N03AX25	Cenobamato	os	Prescrizione, su Piano Terapeutico web-based, da parte delle UU.OO. di neurologia, neuropsichiatria infantile e dei neurologi ambulatoriali delle AA.SS.PP. Distribuzione Per Conto.
N03AX26	Fenfluramina	os	Prescrizione su scheda cartacea AIFA, in allegato, da parte dei Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 388/22 abilitati alla gestione delle patologie con codice di esenzione RF0061. Dispensazione diretta dall'ASP di residenza del paziente.
N04	Antiparkinsoniani		
N04A	Sostanze anticolinergiche		
N04AA	Amine terziarie		
N04AA02	Biperidene	os, p	
N04AA11	Bornaprina	os	
N04AB	Eteri chimicamente correlati agli antiistaminici		
N04B	Sostanze dopaminergiche		
N04BA	Dopa e suoi derivati		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	
N04BC	Agonisti della dopamina		Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N04BC06	Cabergolina	os	
N04BC07	Apomorfina	p	
N04BD	Inibitori della MAO-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.
N04BX	Altre sostanze dopaminergiche			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	
N05	Psicolettici			
N05A	Antipsicotici			
N05AA	Fenotiazine con catena laterale alifatica			
N05AA01	Clorpromazina		os, p	
N05AA02	Levomepromazina		os	
N05AA03	Promazina		os, p	
N05AB	Fenotiazine con struttura piperazinica			
N05AB02	Flufenazina		p	
N05AB03	Perfenazina		os	
N05AC	Fenotiazine con struttura piperidinica			
N05AC01	Periciazina		os	
N05AD	Derivati del butirrofenone			
N05AD01	Aloperidolo		os, p	
N05AD06	Bromperidolo			
N05AD08	Droperidolo		p	
N05AE	Derivati dell'indolo			Limitatamente ai Centri individuati con l'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N05AE04	Ziprasidone		os	
N05AE05	Lurasidone		os	Prescrizione SSN limitata ad una sola confezione per volta fino al raggiungimento del dosaggio ottimale. Erogazione del farmaco tramite DPC
N05AF	Derivati del tioantene			
N05AF05	Zuclopentixolo		os, p	
N05AH	Diazepine, oxazepine, tiazepine e oxepine			Limitatamente ai Centri individuati con l'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N05AH01	Loxapina		ina!	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	
N05AL	Benzamidi			

N05AL01	Supiride		p
N05AL03	Tiaprìde		os, p
N05AL05	Amisulprìde		os
N05AL07	Levosulprìde		os, p
N05AN	Lìtio		
N05AN01	Lìtio carbonato		os
N05AX	Altri Antipsicotici		
N05AX08	Risperidone		os, p
N05AX12	Aripirazolo		os, p
N05AX13	Paliperidone		os
N05AX15	Cariprazina		os
N05AX16	Brexpiprazolo		os
N05B	Ansiolitici		
N05BA	Derivati benzodiazepinici		
N05BA01	Diazepam		os, p
N05BC05	Pramipexolo		os
N05BA06	Lorazepam		os, p
N05BA08	Bromazepam		os
N05BA12	Alprazolam		os
N05BA49	Delorazepam		os, p
N05C	Ipnotici e sedativi		
N05CD	Derivati benzodiazepinici		
N05CD01	Flurazepam		os
N05CD05	Triazolam		os
N05CD08	Midazolam		p, oromucosale
N05CF	Benzodiazepine analoghi		
N05CF02	Zolpidem		os
N05CM	Altri ipnotici e sedativi		
N05CM18	Dexmedetomidina		p
N06	Psicoanalitici		
N06A	Antidepressivi		
N06AA	Inibitori non selettivi della ricaptazione delle monoamine		
N06AA01	Desipramina		os
N06AA02	Imipramina		os
N06AA04	Clomipramina		os, p
N06AA09	Amitriptilina		os

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

N06AA10	Nortriptilina	OS	
N06AB	Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina		
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	Fluoxamina	OS	
N06AB10	Escitalopram	OS	
N06AX	Altri antidepressivi		
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.
N06AX27	Esketamina	OS	Prescrizione su scheda AIFA cartacea, di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS, da parte delle UJ.OO. di Neurologia e Neuropsichiatria. Autosomministrazione da parte del paziente sotto la diretta supervisione di un operatore sanitario e in un contesto clinico appropriato.
N06B	Psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi		Per le modalità di distribuzione e conservazione seguire le regole previste per i medicinali appartenenti alla Sezione A della tabella di cui al DPR 309/90.
N06BA	Simpatomimetici ad azione centrale		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	Solrifamfetol	OS	Per l'indicazione "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)" 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 di cui al D.A. 388/22 dovranno presentare istanza ai sensi del DA 314/16.
N06BC	Derivati xantinici		
N06BC01	Caffeina citrato	ev, OS	

N06BX	Altri psicostimolanti e nootropici		
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. 388/22.
N06D	Farmaci anti-demenza		Centri prescrittori di cui al D.D.G.2527/13 e s.m.i.
N06DA	Anticolinesterasici		Nota AIFA 85
N06DA02	Donepezil	os	
N06DA03	Rivastigmina	os, transd	
N06DA04	Galantamina	os	
N06DX	Altri farmaci anti-demenza		Nota AIFA 85
N06DX01	Memantina	os	
N07	Altri farmaci del sistema nervoso		
N07A	Parasimpaticomimetici		
N07AA	Anticolinesterasici		
N07AA01	Neostigmina	p	
N07AA02	Piridostigmina	os	
N07AX	Altri parasimpaticomimetici		
N07AX01	Pilocarpina cloridrato	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
N07B	Farmaci usati nei disturbi da disassuefazione		
N07BA	Farmaci utilizzati nella dipendenza da nicotina		
N07BA03	Varenicilina	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.
N07BB	Farmaci usati nella dipendenza da alcool		
N07BB01	Disulfiram	os	
N07BB03	Acamprosato	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei SERT
N07BB04	Naltrexone	os	
N07BB49	Sodio oxibato	os	
N07BC	Farmaci usati nella dipendenza da oppiacei		
N07BC01	Buprenorfina	os, transd	Limitatamente alle Sindromi dolorose di entità severa in pazienti che non rispondono più a un trattamento sequenziale con FANS, steroidi 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.
N07BC02	Metadone	os	
N07BC51	Buprenorfina + Naxolone	subl	Ai sensi dell'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

N07C	Preparati antiertigine			
N07CA	Preparati antiertigine			
N07CA01	Betaisina	os		
N07X	Altri farmaci del sistema nervoso			
N07XX	Altri farmaci del sistema nervoso			
N07XX02	Riluzolo	os		
N07XX06	Tetabenazina	os		Prescrizione limitata alla UOC di Neurologia del Policlinico di Messina di cui al D.A. 388/22 "Rete Regionale Malattie Rare". Per l'indicazione amiloiosi da transtiretina , prescrizione, su Registro AIFA, e dispensazione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 388/22 e dalla UOC di Cardiologia dell'AOU Policlinico "G. Rodolico - San Marco" di Catania, giusto protocollo clinico con l'U.O. di Clinica Pediatrica della medesima Azienda Sanitaria. Al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi, per i Centri privati eventualmente identificati l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza nel rispetto delle procedure stabilite con D.A. 686/18.
N07XX08	Tafamidis meglumine	os		
N07XX09	Dimetifumarato	os		Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri di cui al DDG 654/22. 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 ai modafinili. Dispensazione da parte dell'ASP di residenza del paziente. Per l'indicazione " sonnolenza diurna in pazienti adulti da apnea ostruttiva nel sonno " prescrizione su Piano Terapeutico AIFA cartaceo di cui alla nota prot. n. 31949 del 24/06/2022 - Aggiornamento n. 71 del PTORS, da parte dei Centri già abilitati all'impiego del p.a. solriamfetol. 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 al DA 388/22.
N07XX15	Inotersen	p		Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri identificati per le malattie rare di cui al D.A. 388/22.
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti			
P01	Antiprotozoari			
P01A	Sostanze contro l'amebiasi ed altre affezioni protozoarie			
P01AB	Derivati nitroimidazolici			
P01AB01	Metronidazolo	os		
P01AB02	Tinidazolo	os		
P01B	Antimalarici			
P01BA	Aminochinoline			
P01BA01	Clorochina	os		
P01BA02	Idrossiclorochina	os		
P01BC	Metanolchinoline			

P01BC02	Meflochina	os	
P01CX	Altre sostanze contro la leishmaniosi e la tripanosomiasi		
P01CX01	Pentamidina	p	Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
P02	Antielmintici		
P02C	Antinematodi		
P02CA	Derivati benzimidazolici		
P02CA01	Mebendazolo	os	
P02CA03	Albendazolo	os	
R	Sistema respiratorio		
R01	Preparati rinologici		
R01A	Decongestionanti nasali per uso topico		
R01AX	Altre preparazioni rinologiche		
R01AX10	Argento proteinato	gocce nasali	
R03	Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie		
R03A	Adrenergici per aerosol		
R03AC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici		
R03AC02	Salbutamolo	inal	
R03AC03	Terbutalina	inal	
R03AC04	Fenoterolo	inal	
R03AC12	Salmeterolo	inal	
R03AC13	Formoterolo	inal	
R03AC18	Indacaterolo	inal	
R03AC19	Olodaterolo	inal	
R03AK	Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie		
R03AK06	Salmeterolo + Fluticasone	inal	
R03AK07	Budesonide + Formoterolo	inal	
R03AK08	Beclometasone + Formoterolo	inal	
R03AK10	Fluticasone furoato + Vilanterolo	inal	
R03AK11	Fluticasone propionato + Formoterolo	inal	Il farmaco sarà sottoposto a monitoraggio periodico dei consumi. Eventuali significativi scostamenti rispetto al dato medio nazionale saranno oggetto di specifici provvedimenti.
R03AL	Adrenergici in combinazione con anticolinergici		
R03AL01	Fenoterolo + ipratropio	inal	
R03AL02	Salbutamolo + Ipratropio	inal	
R03AL03	Umeclidinio + vilanterolo	inal	

R03AL04	Indacaterolo + Glicopirronio	inal	
R03AL05	Acilidinio + formoterolo	inal	
R03AL06	Tiotropio + olodaterolo	inal	
R03AL07	Formoterolo + Glicopirronio	inal	
R03AL08	Fluticasone + Umeclidinio + vilanterolo	inal	
R03AL09	Beclometasone + Formeterolo + Glicopirronio	inal	
R03AL11	Formoterolo + Glicopirronio + Budesonide	inal	
R03B	Altri antiastmatici per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per aerosol		
R03BA	Glicocorticoidi		
R03BA01	Beclometasone	inal	
R03BA02	Budesonide	inal	
R03BA03	Flunisolide	inal	
R03BA05	Fluticasone	inal	
R03BB	Anticolinergici		
R03BB01	Ipratropio bromuro	inal	
R03BB02	Oxitropio bromuro	inal	
R03BB04	Tiotropio bromuro	inal	
R03BB05	Acilidinio bromuro	inal	
R03BB06	Glicopirronio bromuro	inal	
R03BB07	Umeclidinio	inal	
R03C	Adrenergici per uso sistemico		
R03CC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici		
R03CC02	Salbutamolo	inal	
R03D	Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico		
R03DA	Derivati xantini		
R03DA04	Teofillina	os	
R03DA05	Aminofillina	p	
R03DA08	Bamifillina	os	
R03DA11	Doxofillina	os, p	
R03DC	Antagonisti dei recettori dei leucotrieni		
R03DC01	Zafirlukast	os	
R03DC03	Montelukast	os	
R03DX	Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico		

Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT web based su sistema TS ai sensi della sezione 2 della Nota AIFA 99 con validità massima di 12 mesi.

R03DX05	Omalizumab	p	<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, a partire dalla quarta somministrazione 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. Per l'indicazione "Rinosinuste con polipi nasali" prescrizione su scheda AIFA cartacea di cui alla nota prot. n. 52761 del 28/11/2022- aggiornamento n. 76 del PTORS da parte dei Centri già individuati per il p.a. dupilumab, il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore. In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia pressa 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. Come da disposizioni AIFA, è opportuna la rivalutazione periodica e considerare la sospensione in caso di mancata risposta.</p> <p>Se il medico lo ritiene appropriato, a partire dalla quarta somministrazione i pazienti senza storia nota di anafilassi possono procedere con l'auto-somministrazione o ricevere l'iniezione da parte di un persona che si prende cura di loro. Il paziente o chi si prende cura di lui deve essere stato istruito ad utilizzare la corretta tecnica di iniezione e a riconoscere i segni e i sintomi precoci delle reazioni allergiche gravi.</p> <p>È necessario fornire adeguata formazione ai pazienti e/o a chi li assiste riguardo alla preparazione e alla somministrazione di omalizumab prima del suo impiego.</p>
R03DX07	Roflumilast	os	<p>Prescrizione da parte dei Clinici di UU.OO. di pneumologie di strutture pubbliche e pneumologi convenzionati interni</p>

R03DX09	Mepolizumab	p	<p>Terapia aggiuntiva per l'asma eosinofilo trattato severo negli adulti, adolescenti e bambini di età 2-6 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".</p> <p>Il PT ha una durata massima di 12 mesi.</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>
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>
R05	Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento		
R05C	Espettoranti, escluse le associazioni con sedativi della tosse		
R05CB	Mucolitici		
R05CB01	N-Acetilcisteina	p	
R05CB13	Dornase alfa	p	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al D.A. 388/22
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
R05D	Sedativi della tosse, escluse le associazioni con espettoranti		

R05DA	Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati		
R05DA20	Diidrocodeina + acido benzoico	os	
R05DB	Altri sedativi della tosse		
R05DB27	Levodropropizina	os	
R06	Antistaminici per uso sistemico		
R06A	Antistaminici per uso sistemico		
R06AB	Alchilamine sostituite		
R06AB04	Clorfeniramina	p	
R06AD	Derivati fenotiazinici		
R06AD02	Prometazina	os, p	
R06AE	Derivati piperazinici		
R06AE06	Oxatomide	os	
R06AE07	Cetirizina	os	
R06AE09	Levocetirizina	os	
R06AX	Altri antistaminici per uso sistemico		
R06AX13	Loratadina	os	
R06AX17	Ketotifene	os	
R06AX22	Ebastina	os	
R06AX25	Mizolastina	os	
R06AX26	Fexofenadina	os	
R06AX27	Desloratadina	os	
R07	Altri preparati per il sistema respiratorio		
R07A	Altri preparati per il sistema respiratorio		
R07AA	Surfattanti polmonari		
R07AA02	Fosfolipidi naturali (poractant alfa)	p	
R07AX	Altri preparati per il sistema respiratorio		
R07AX01	Ossido nitrico	inal	
R07AX02	Ivacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento.
R07AX30	Ivacaftor + Lumacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento.

R07AX31	Tezacaffor + ivacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento.
R07AX32	Ivacaftor + tezacaftor + elexacaftor	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia. Dispensazione da parte del Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza dei pazienti per il restante periodo di trattamento.
S	Organi di senso		
S01	Oftalmologici		
S01A	Antinfettivi		
S01AA	Antibiotici		
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	
S01AD	Antivirali		
S01AD03	Aciclovir	unguento oftalmico	
S01AX	Altri antinfettivi		
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. "Poliniclinico - Vittorio Emanuele" di Catania, P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale (CT), P.O. "Barone Romeo" di Patti (ME), A.O.U. Poliniclinico "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 limitata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
S01B	Antiinfiammatori		
S01BA	Corticosteroidi non associati		

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 sopraccitato medicinale in un periodo di forme 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 acetonide	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.
S01BC	Antinfiammatori non steroidei		
S01BC10	Nepafenac	collirio	
S01C	Antinfiammatori ed antinfettivi in associazione		
S01CA	Corticosteroidi ed antinfettivi in associazione		
S01CA01	Desametasone + tobramicina	collirio, unguento oftalmico	
S01E	Preparati antiglaucoma e miotici		
S01EA	Simpaticomimetici per la terapia del glaucoma		
S01EA05	Brimonidina	collirio	
S01EB	Parasimpaticomimetici		
S01EB01	Pilocarpina	collirio	
S01EB09	Acetilcolina	fiala intraoculare	
S01EC	Inibitori dell'anidrasa carbonica		
S01EC01	Acetazolamide	os	
S01EC03	Dorzolamide	collirio	
S01ED	Sostanze betabloccanti		
S01ED01	Timololo	collirio, gel oftalmico	
S01ED05	Carteololo	collirio	
S01ED51	Timololo + dorzolamide	collirio	
S01ED51	Timololo + latanoprost	collirio	
S01EE	Analoghi delle prostaglandine		
S01EE01	Latanoprost	collirio	
S01EE03	Bimatoprost	collirio	

S01EE04	Travoprost		collirio	
S01F	Midriatici e cicloplegici			
S01FA	Anticolinergici			
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.
S01H	Anestetici locali			
S01HA	Anestetici locali			
S01HA02	Oxibuprocaina		collirio	
S01HA07	Lidocaina		collirio	
S01J	Diagnostici			
S01JA	Sostanze coloranti			
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.
S01L	Sostanze per le affezioni vascolari oculari			
S01LA	Sostanze antineovascolarizzanti			
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	
S01X	Altri oftalmologici			
S01XA	Altri oftalmologici			
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 388/22. Dispensazione dal Centro prescrittore per i primi due mesi di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di trattamento.
S01XA19	Cellule epiteliali corneali umane autologhe espanse ex vivo e contenenti cellule staminali		Impianto vitreale	Registro AIFA. Prescrizione da parte delle UU.OO.CC. di Oftalmologia delle Aziende Sanitarie previo invio al Servizio 7 - Farmaceutica dell'attestazione relativa all'avvenuta formazione sull'impiego del medicinale da parte dell'Azienda produttrice.
S01XA20	Acido ialuronico		collirio	
S01XA20	Carmellosa sodica		collirio	
V	Vari			
V01	Allergeni			

V01A	Allergeni		
V01AA	Estratti di allergeni		
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.
V01AA07	Allergeni estratti da veleno di ape	p	Prescrizione e somministrazione da parte delle allergologie ospedaliere e territoriali. Il trattamento deve essere eseguito sotto la supervisione di un medico esperto in immunoterapia specifica. Dopo ciascuna iniezione, il paziente deve rimanere sotto osservazione per almeno 30 minuti.
V01AA07	Allergeni estratti da veleno di vespa	p	
V03	Tutti gli altri prodotti terapeutici		
V03A	Tutti gli altri prodotti terapeutici		
V03AB	Antidoti		
V03AB04	Pralidossima	p	
V03AB09	Dimercaprolo	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	
V03AB38	Andexanet alfa	p	Limitatamente ai Centri di emergenza/urgenza, identificabili come Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) di I e II livello, il cui elenco è pubblicato sul sito del Ministero della Salute.
V03AC	Sostanze chelanti del ferro		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	
V03AE	Farmaci per trattamento di iperkaliemia e iperfosfatemia		
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	Lantano carbonato	os	
V03AE05	Ossi-idrossido sucroferrico	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AE09	Patiromer	os	limitata ai Centri di Medicina Interna e Nefrologia di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e, limitatamente all'indicazione scompenso cardiaco, alle UU.OO. di Cardiologia delle Aziende Sanitarie. Si specifica che, per i pazienti in dialisi, l'uso del patiromer non è rimborsato dal SSN. Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 42374 del 27/09/2021 - Aggiornamento n. 63 integrazione. Distribuzione Per Conto.
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	os	

Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici			
V03AF	Mesna	p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AF01	Dexrazoxano	p	
V03AF02	Amifostina	os	
V03AF05	Rasburicase	p	
V03AF07	Sodio levofolinato	p	
V03AF10	Calcio levofolinato	os, p	
V03AH	Farmaci per il trattamento dell'ipoglicemia		
V03AH01	Diazossido	os	
V03AN	Gas per uso medico		
V03AN01	Ossigeno	inal	
V04	Diagnostici		
V04C	Altri diagnostici		
V04CA	Test per il diabete		
V04CA02	Glucosio destrosio monoidrato	os	
V04CD	Test di funzionalità ipofisaria		
V04CD01	Metirapone	os	Prescrizione limitata alle UU.OO. di Endocrinologia dei Policlinici di Catania, Messina e Palermo, all'ARNAS Garibaldi di Catania e alla AOR 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	
V04CX	Altri diagnostici		
V04CX	Urea 13C	os	
V04CX	Esaminolevulinato	endovescicale	
V06	Agenti nutrizionali		
V06D	Altri agenti nutrizionali		
V06DD	Aminoacidi, comprese le associazioni con polipeptidi		
V06DD	Aminoacidi Ketoanaloghi + Lisina + Treonina + Tirosina	os	
V07	Tutti gli altri prodotti non terapeutici		
V07A	Tutti gli altri prodotti non terapeutici		
V07AB	Solventi e diluenti, comprese le soluzioni detergenti		
V07AB	Solventi e diluenti, comprese le soluzioni detergenti	p	
V08	Mezzi di contrasto		
V08A	Mezzi di contrasto radiologici, iodati		
V08AA	Mezzi di contrasto radiologici, idrosolubili, nefrotropici ad alta osmolarità		
V08AA01	Acido diatrizoico	os, rett	
V08AB	Mezzi di contrasto radiologici, idrosolubili, nefrotropici a bassa osmolarità		

V08AB02	Ioexolo		p	
V08AB04	Iopamidolo		p	
V08AB05	Iopromide		p	
V08AB07	Ioversolo		p	
V08AB09	Iodixanolo		p	
V08AB10	Iomeprolo		p	
V08AB11	Iobitridolo		p	
V08AD	Mezzi di contrasto radiologici non idrosolubili			
V08AD01	Olio etiodato		p	
V08B	Mezzi di contrasto radiologici, non iodati			
V08BA	Bario solfato contenente mezzi di contrasto radiologici			
V08BA01	Bario solfato		os	
V08C	Mezzi di contrasto per risonanza magnetica			
V08CA	Mezzi di contrasto paramagnetici			
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	
V08CA04	Gadoteridolo		p	luglio 2017 sospeso da AIFA l'uso e.v. In attesa di controdeduzioni da parte dell'Azienda produttrice.
V08CA08	Acido gadobenico (sale dimegluminico)		p	Permane l'uso endovenoso 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	
V08D	Mezzi di contrasto per ultrasonologia			
V08DA	Mezzi di contrasto per ultrasonologia			
V08DA04	Penflutreno		p	
V08DA05	Esafluoruro di zolfo		p	
V09	Radiofarmaceutici diagnostici			
V09A	Sistema nervoso centrale			
V09AA	Composti del Tecnezio - 99 mTc			
V09AA01	Tecnezio 99 mTc Esametazina		p	
V09AB	Composti dello Iodio - 123 I			
V09AB03	Iodio Ioflupano - 123 I		p	
V09G	Sistema cardiovascolare			
V09GA	Composti del Tecnezio - 99 mTc			

V09GA02	Tecnezio 99 mTc Tetrofosmina	p	
V09I	Rivelazione di tumori		
V09IB	Composti dell'Indio - 111 In		
V09IB01	Indio - 111 In - Pentetreotide	p	
V10	Radiofarmaceutici terapeutici		
V10B	Palliativi del dolore (agenti osteofili)		
V10BX	Radiofarmaceutici vari per il trattamento palliativo del dolore		
V10BX02	Samario - 153 Sm - Lexidronam	p	
V10X	Altri radiofarmaceutici terapeutici		
V10XX	Radiofarmaceutici terapeutici vari		
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano 90Y	p	
V10XX03	Radio 223 dicloruro	p	Registro AIFA. Prescrizione limitata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
V10XX04	Lutezio 177 oxodotretotide	p	Registro AIFA. Prescrizione limitata ai Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
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			
*La classe di rimborsabilità, ed eventuali condizioni di rimborsabilità (note AIFA) sono quelle vigenti al momento dell'impiego del medicinale			
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.			