

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



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

Prot. n. 10732

Palermo, 19.02.2026

**Oggetto:** Aggiornamento n. 106 del Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Siciliana

**Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie**

**Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie**

**All'AIOP**

**ALL'ARIS**

**ALL'ACOP**

**A Federfarma Sicilia**

**e p.c. Al Referente Tecnico della C.U.C.  
LORO SEDI**

Nelle more della predisposizione del provvedimento di aggiornamento del PTORS, dopo aver esaminato la documentazione pervenuta a supporto dei farmaci candidati all'inserimento nel PTORS ed effettuato il controllo circa la valenza economica ed organizzativa degli stessi ai sensi del D.A. 1733/19 art. 2, si stabilisce quanto segue:

| ATC     | Principio attivo                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L01FF07 | Dostralinab<br>(medicinale innovativo<br>con accesso al Fondo<br>farmaci innovativi) | Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni: <i>“in associazione a carboplatino e paclitaxel per il trattamento di prima linea di pazienti adulte affette da cancro endometriale primario avanzato o ricorrente e che sono candidate per la terapia sistemica”</i> .<br>Registro AIFA. Prescrizione e somministrazione 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. |
| C02KX06 | Sotatercept<br>(medicinale innovativo<br>con accesso al Fondo<br>farmaci innovativi) | Viene inserito in Prontuario per la seguente indicazione terapeutica: <i>“in associazione ad altre terapie per l'ipertensione arteriosa polmonare (pulmonary arterial hypertension, PAH) nel trattamento di pazienti adulti di classe funzionale (Functional Class, FC) da II a III dell'OMS, per migliorare la capacità di esercizio fisico, in pazienti già precedentemente trattati per almeno 6 mesi con la</i>                                                                                                                                                                                       |

| ATC     | Principio attivo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                  | <p><i>triplice terapia antagonisti del recettore dell'endotelina + inibitori della fosfodiesterasi 5/ stimolatori della guanilato ciclasi solubile + analoghi/agonisti della prostaciclina.</i>"</p> <p>Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di II livello abilitati alla formulazione della diagnosi e alla prescrizione dei medicinali per l'ipertensione arteriosa non idiopatica di cui al D.A.1238/18 e s.m.i..</p> <p>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. 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 "G. Rodolico – San Marco" di Catania. I pazienti con PT redatti fuori Regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con il citato decreto.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| L01FF12 | Serplulimab      | <p>Inserito in Prontuario per il <i>"trattamento, in combinazione con carboplatino ed etoposide, di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC)."</i></p> <p>Registro AIFA. Prescrizione e somministrazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i..</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A05AX05 | Odevixibat       | <p>Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni: <i>"trattamento del prurito colestatico da sindrome di Alagille (ALGS) in pazienti di età pari o superiore ai 6 mesi"</i>.</p> <p>Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di malattie rare di cui al D.A. attualmente vigente, identificati con il codice RN1350.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| B02BX11 | Marstacimab      | <p>Inserito in Prontuario <i>"nella profilassi di routine degli episodi di sanguinamento in pazienti di età pari o superiore a 12 anni e di peso pari o superiore a 35 kg, con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• emofilia A severa (deficit congenito di fattore VIII, FVIII &lt; 1%) senza inibitori del fattore VIII</i></li> <li><i>oppure</i></li> <li><i>• emofilia B severa (deficit congenito di fattore IX, FIX &lt; 1%) senza inibitori del fattore IX".</i> <p>Prescrizione, su PT regionale, in allegato, da parte della Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania, dell'U.O. di Ematologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo e dell'U.O.S.D. di Ematologia del P.O. "Giovanni Paolo II" dell'ASP di Ragusa (Centri di malattie rare di cui al D.A. attualmente vigente identificati con il codice RDG020).</p> <p>Un eventuale <i>switch</i> di terapia deve essere motivato e può essere effettuato esclusivamente dai responsabili dei Centri individuati. Al fine di assicurare la continuità terapeutica per i pazienti emofilici domiciliati in zone distanti dai predetti Centri, il rinnovo dei PT è consentito anche agli specialisti ematologi presso i servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale delle Aziende Sanitarie. In tali casi, il PT deve essere inviato al Centro di riferimento per la validazione secondo quanto specificato nella nota sopra citata.</p> <p>Dispensazione da parte del Centro Prescrittore per i primi due mesi</p> </li></ul> |

| ATC     | Principio attivo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                  | di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di trattamento.<br>Il suddetto PT sostituisce quello di cui alla nota prot. n. 40814 del 06/09/2022.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| N07XX25 | Omaveloxolone    | Inserito in Prontuario per il <i>“trattamento dell’atassia di Friedreich negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni”</i> .<br>Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di malattie rare di cui al D.A. attualmente vigente, identificati con il codice RFG040.<br>Dispensazione dal Centro Prescrittore per i primi 2 mesi di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di trattamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| D11AH05 | Dupilumab        | Vengono approvate le seguenti estensioni delle indicazioni terapeutiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“negli adulti come trattamento di mantenimento aggiuntivo per la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) non controllata, caratterizzata da un aumento degli eosinofili ematici, in combinazione con un corticosteroide per via inalatoria (inhaled corticosteroid, ICS), un beta2-agonista a lunga durata d’azione (long-acting beta2-agonist, LABA) e un antagonista muscarinico a lunga durata d’azione (long-acting muscarinic antagonist, LAMA) o da un’associazione di un LABA e di un LAMA se l’ICS non è appropriato”</i>;</li> <li>• <i>“trattamento dell’esofagite eosinofila in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore ad 1 anno, con un peso di almeno 15 kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale, inclusa la budesonide autorizzata per la medesima indicazione (per la popolazione adulta), secondo le modalità previste dai singoli RCP”</i>.</li> </ul> <p>Per l’indicazione <u>BPCO</u>: Registro AIFA. Prescrizione da parte delle UU.OO. di Pneumologia e Medicina interna delle Aziende Sanitarie.</p> <p>Per l’indicazione <u>esofagite eosinofila</u> prescrizione da parte delle UU.OO. di Gastroenterologia, Medicina Interna, Pediatria e Allergologia delle Aziende Sanitarie su PT cartaceo AIFA, in allegato, che sostituisce quello di cui alla nota prot. n. 50834 del 15/11/2024 - Aggiornamento n. 95 del PTORS.</p> <p>In caso di mancata risposta e/o intolleranza alla terapia pregressa con budesonide, 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>Per tutte le indicazioni distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.</p> |
| L01XK01 | Olaparib         | Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni terapeutiche: <i>“in monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulti con adenocarcinoma metastatico del pancreas e con mutazioni nella linea germinale di BRCA1/2 che non hanno avuto una progressione di malattia dopo un minimo di 16 settimane di trattamento a base di platino in un regime chemioterapico di</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| ATC     | Principio attivo                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                                             | <p><i>prima linea.</i>"</p> <p>Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A.1766/11 e s.m.i.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| R07AX33 | Deutivacaftor + tezacaftor<br>+ vanzacaftor | <p>Inserito in Prontuario per il <i>"trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni che hanno almeno una mutazione non di Classe I del gene regolatore di conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR)"</i>.</p> <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| R07AX02 | Ivacaftor                                   | <p>Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni terapeutiche:</p> <p><u>"Comprese:</u></p> <p><i>In un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione non di Classe I del gene CFTR";</i></p> <p><u>"Granulato:</u></p> <p><i>In un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti pediatriche di età compresa tra 2 e meno di 6 anni, che hanno almeno una mutazione non di Classe I nel gene CFTR".</i></p> <p>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.</p> |
| R07AX32 | Ivacaftor + tezacaftor +<br>elaxacaftor     | <p>Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni terapeutiche:</p> <p><u>"Comprese:</u></p> <p><i>In un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione non di Classe I del gene CFTR";</i></p> <p><u>"Granulato:</u></p> <p><i>In un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti pediatriche di età compresa tra 2 e meno di 6 anni, che hanno almeno una mutazione non di Classe I nel gene CFTR".</i></p> <p>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.</p> |
| J01XA05 | Oritavancina                                | <p>Inserito in Prontuario per il <i>"trattamento di infezioni complicate della pelle o dei tessuti molli con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili, limitatamente alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>prima linea, in caso di necessita/possibilità di successiva gestione del paziente a domicilio</i></li> <li>- <i>seconda linea, in pazienti per i quali si prevede di proseguire la gestione in ambiente ospedaliero".</i></li> </ul> <p>Prescrizione su scheda cartacea AIFA, in allegato, da parte dello specialista infettivologo o, in sua assenza, di un altro specialista con competenza infettivologica identificato dal CIO.</p>                                                                                                                                                                                                            |

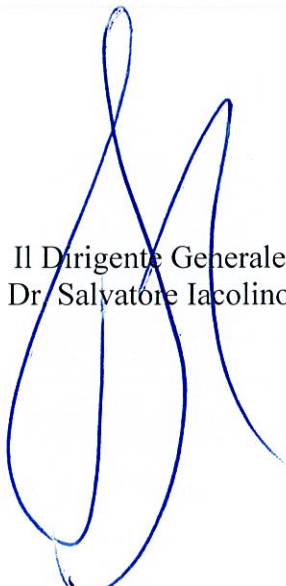
A parziale modifica di quanto stabilito con la nota prot. n. 4280 del 26/01/2026 – Aggiornamento n. 105 del PTORS per il p.a. *efanesoctocog alfa* la prescrizione, su PT regionale, è da parte della Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania, dell'U.O. di Ematologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo e dell'U.O.S.D. di Ematologia del P.O. "Giovanni Paolo II" dell'ASP di Ragusa (Centri di malattie rare di cui al D.A. attualmente vigente identificati con il codice RDG020).

***Si ribadisce che, ai sensi di quanto disposto nell'allegato al D.A. 26 del 18 gennaio 2023, l'inserimento in PTORS dei suddetti medicinali è subordinato all'assegnazione del Codice Identificativo Gara (CIG) da parte della Centrale Unica di Committenza.***

***Si dispone altresì che per i farmaci erogati in DPC l'inserimento in PTORS è subordinato all'assegnazione del CIG dall'ASP Capofila.***

~~Il Responsabile del Servizio  
Dr. Pasquale Cananzi~~

Il Dirigente Generale  
Dr. Salvatore Iacolino



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO DELLA SALUTE

**PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DEI FATTORI DI COAGULAZIONE**

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_ Unità operativa \_\_\_\_\_

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Assistito \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ ASP di residenza \_\_\_\_\_

**Diagnosi:**

emofilia A ☐ emofilia B ☐ emofilia acquisita ☐ Von Willebrand ☐  
severa ☐ moderata ☐ lieve ☐ con inibitore ☐

**Terapia:**

FVIII da scambio plasma ☐ FVIII plasmatico del commercio ☐ FVIII ric. ☐ FVII ric. ☐ FIX ric. ☐  
Complesso Protrombinico Umano ☐ Emicizumab ☐ Marstacimab ☐

**Motivazione della scelta terapeutica:**

immunotolleranza ☐ terapia in regime di profilassi ☐ terapia *on demand* ☐

**Farmaco prescritto:**

Dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista della terapia \_\_\_\_\_

(indicare una durata non superiore a tre mesi)

Annotazioni \_\_\_\_\_

Prima prescrizione ☐

Prosecuzione di terapia ☐

(in caso di prima prescrizione indicare la quota scorta 10%)

Numero di flaconi \_\_\_\_\_

In caso di prima prescrizione indicare la motivazione per cui non è stato utilizzato il FVIII da scambio plasma \_\_\_\_\_

In caso di prescrizione di FVIII indicare l'ultimo valore dei livelli plasmatici di FVIII (UI/dl) \_\_\_\_\_ rilevato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero confezioni totali per piano terapeutico \_\_\_\_\_ Copia valida per N. \_\_\_\_ confezioni

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

**SEZIONE RISERVATA AL FARMACISTA**

Quota scorte detenuta (numero di flaconi) \_\_\_\_\_

Specialità medicinale consegnata \_\_\_\_\_

Numero di unità posologiche \_\_\_\_\_

Ritira il farmaco il sig. (paziente o suo delegato) \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Timbro e firma del farmacista



## Prescrizione

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia:                                                                                                                                           |                                                           |
| <b>Posologia</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
| Da 15 a meno di 30 kg                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 200 mg a settimane alterne (Q2S) |
| Da 30 a meno di 40 kg                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 300 mg a settimane alterne (Q2S) |
| 40 kg o più                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 300 mg ogni settimana (QS)       |
| <b>Confezioni di dupilumab® prescrivibili</b>                                                                                                                                                                                        |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 200mg SC – penna preriempita<br><input type="checkbox"/> 200mg SC – siringa preriempita<br><input type="checkbox"/> 300mg SC – siringa preriempita<br><input type="checkbox"/> 300mg SC – penna preriempita |                                                           |

**NB. La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP)**

È opportuna una valutazione periodica, in accordo al RCP, sulla base della gravità della malattia e del livello di controllo dei sintomi e va considerata la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (vedi sezione 4.2 dell'RCP).

**Validità del Piano terapeutico:** \_\_\_\_\_ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_

La prescrizione di oritavancina deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

| Età del paziente                                                                                                                                                                                                         | Posologia autorizzata                    | Confezione                                                                                                            | Dosaggio |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Adulti (≥ 18 anni)                                                                                                                                                                                                       | 1200 mg, singola dose                    | <input type="checkbox"/> 400 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione, 3 flaconcini (AIC n. 044015016)  |          |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                          | <input type="checkbox"/> 1200 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione, 1 flaconcino (AIC n. 044015028) |          |
| Bambini di età ≥ 3 mesi e < 18 anni                                                                                                                                                                                      | 15 mg/kg, singola dose (massimo 1200 mg) | <input type="checkbox"/> 400 mg polvere per concentrato per soluzione per infusione, 3 flaconcini (AIC n. 044015016)  |          |
| <i>Tenkasi 400 mg e Tenkasi 1200 mg hanno una durata di infusione raccomandata diversa e istruzioni di preparazione diverse. Per le dosi, le modalità di preparazione e somministrazione si vedano i rispettivi RCP.</i> |                                          |                                                                                                                       |          |

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

-----