

D.A. n. 0804/11

2011

Serv. 4-7 DIP/P.S.

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

“Rete Regionale dei Centri Prescrittori”

- Visto** lo Statuto della Regione Siciliana;
- Vista** la legge n. 833/78;
- Visto** il D.Lgs. n. 502/92 riguardante il riordino della disciplina della materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni;
- Visto** il D.Lgs. n. 539 del 30/12/1992 art. 8, concernente i medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di Centri ospedalieri ed equiparati;
- Vista** la Determinazione AIFA del 04/01/2007, pubblicata sulla G.U. n. 71 del 26/03/2007 e successive modifiche ed integrazioni recante “Note AIFA 2006-2007 per l’uso appropriato dei farmaci”;
- Visto** il D.D.G n. 0001 del 03/01/2007 e successive modificazioni, con il quale è stato aggiornato l’elenco, di cui all’allegato 1) allo stesso decreto, dei medicinali soggetti (e non) a note AIFA la cui prescrizione deve essere effettuata su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati e con cui sono stati individuati detti centri;
- Vista** la Legge Regionale 2 maggio 2007, n. 12, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 21 del 4 maggio 2007;
- Visto** il D.A. n. 151 del 12/02/2008 con il quale è stato approvato il piano di azioni per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- Visto** il DDG n. 03176 del 28/11/2008, pubblicato nella GURS del 19 dicembre 2008 ed il successivo DDG 3474 del 29 dicembre 2008 pubblicato nella GURS del 23 gennaio 2009, con i quali è stato aggiornato l’elenco dei centri specializzati alla formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici dei medicinali soggetti (e non) alle note AIFA;
- Vista** la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale;
- Vista** la circolare di questo Assessorato prot. n. 3159 del 21/12/2009 e s.m.i. “Dispensazione dei farmaci classificati in fascia H”.
- Vista** la Determinazione AIFA n. 1522 del 13/01/2010 “Aggiornamento della Classificazione, ai fini della fornitura, di medicinali rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale”
- Vista** la Determinazione 15 marzo 2010, pubblicata nella G.U. n. 65 del 19 marzo 2010 che integra e modifica la precedente Determinazione n. 1522 del 13/01/2010;
- Visto** il D.L. n. 78 del 31/05/2010 convertito in legge n. 122 del 30/07/2010;

- Visto** il D.A n. 1912 del 26 luglio 2010 con il quale sono stati approvati i criteri per l'individuazione e/o l'autorizzazione al mantenimento dei centri prescrittori dei farmaci H;
- Vista** la nota prot. 38815 del 18/10/2010 con la quale il Direttore del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica invita ad adottare tutti i provvedimenti necessari a garantire la puntuale e corretta compilazione dei Registri di monitoraggio AIFA- CINECA (laddove previsti dalla normativa vigente);
- Vista** la Determinazione AIFA del 02/11/2010, pubblicata nella G.U. n. 261 del 08/11/10 "Riclassificazione del regime di rimborsabilità – PHT";
- Ritenuto** che il nuovo assetto organizzativo definito dalla legge di riordino del SSR rende necessaria una revisione dei centri prescrittori in atto identificati con il citato DDG n. 03176 del 28/11/2008 e s.m.i, anche alla luce dei criteri definiti con il D.A n. 1912 del 26 luglio 2010;
- Ritenuto** di dovere mantenere i centri coinvolti nella sperimentazione "Psocar" ad eccezione di quelli allocati nelle UO di dermatologia non più previste nei DA di rimodulazione del 25 maggio 2010;
- Ravvisata** la necessità, al fine di garantire la salute dei pazienti, di dover individuare e/o confermare i centri specializzati alla formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici dei medicinali soggetti (e non) alle note AIFA secondo quanto previsto dai richiamati provvedimenti;
- Ritenuto** di dover definire le seguenti quattro macroaree, rappresentative di categorie di farmaci a maggior impatto sulla spesa farmaceutica: reumatologia, dermatologia, neurologia, oncologia, nell'ambito delle quali individuare i singoli centri prescrittori;
- Ritenuto** per quanto riguarda le altre categorie di farmaci di dover rinviare, ai fini dell'appropriatezza prescrittiva e della rimborsabilità delle prescrizioni a carico del SSN, alle schede tecniche, ai provvedimenti autorizzativi specifici alle limitazioni contenute nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione Sicilia (PTORS) e, per quanto attiene al regime di dispensazione, alle disposizioni derivanti da provvedimenti nazionali e regionali vigenti come dettagliato nell'allegato 1 al presente decreto.
- Ritenuto** altresì che i farmaci per le diverse patologie debbono essere prescritti dalla corrispondenti unità operative specialistiche, semplici o complesse, formalmente identificate con i provvedimenti regionali di rimodulazione della rete ospedaliera e dagli atti aziendali;
- Ritenuto** utile rinviare l'identificazione di ulteriori centri prescrittori alla definizione delle relative reti assistenziali mantenendo, nelle more, i centri identificati agli allegati 3, 7, 10, 12 del DDG n. 03176 del 28/11/2008, al fine di garantire la continuità assistenziale;
- Ravvisata** l'opportunità, in rapporto alla vastità del territorio e all'incidenza di alcune patologie di dover individuare più di un centro prescrittore per provincia, modificando in tal senso quanto disposto dal D.A n. 1912 del 26 luglio 2010;
- Ritenuto** di dover identificare i centri prescrittori per il Natalizumab sulla scorta dei dati riportati nel Registro di monitoraggio AIFA e certificati dai parametri dei moduli di accreditamento ed elencati all'allegato 2 al presente decreto, specificando che i centri di Villa Sofia Cervello di Palermo, ARNAS Garibaldi di Catania, AOUP di Catania e IRCSS di Messina, stante l'esiguo numero di pazienti trattati e/o registrati, saranno rivalutati dopo sei mesi dalla pubblicazione del presente decreto ai fini dell'eventuale conferma quali centri prescrittori;
- Ritenuto** di dover procedere con cadenza triennale ad una revisione dei centri al fine di verificare la sussistenza delle condizioni per il mantenimento della qualifica quale centro prescrittore, monitorando ogni anno l'attività svolta. La valutazione verrà

effettuata sulla base di criteri oggettivi, quali la corretta e completa compilazione e validazione dei registri di monitoraggio - laddove previsti, la corretta prescrizione secondo le indicazioni e limitazioni riportate in scheda tecnica, l'aderenza al PTORS, la tempestiva segnalazione di reazioni avverse, nonché la persistenza dei requisiti di cui al D.A n. 1912 del 26 luglio 2010.

DECRETA

- Art. 1** Per le motivazioni in premessa e che si richiamano integralmente, sono individuati i Centri Prescrittori specializzati alla formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici dei medicinali soggetti (e non) alle note AIFA compresi negli allegati 1, 2, 3, 4, 5 che fanno parte integrante e sostanziale del presente decreto.
- Art. 2** Nelle more della definizione, a livello regionale, delle relative reti assistenziali e al fine di garantire la continuità assistenziale, vengono temporaneamente confermati i centri identificati agli allegati 3, 7, 10, 12 del DDG n. 03176 del 28/11/2008.
- Art. 3** Considerata la complessità del territorio e l'incidenza di alcune patologie nonché la numerosità della casistica per le sole aree metropolitane vengono individuati più di due centri prescrittori, modificando in tal senso quanto disposto dal D.A n. 1912 del 26 luglio 2010.
- Art. 4** Per tutti i farmaci oncologici non inclusi nell'allegato 3 al presente decreto e classificati come ex HOsp 1, utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero, la prescrizione è limitata esclusivamente ai centri di cui al citato allegato.
- Art. 5** Sulla scorta dei dati riportati nel Registro di monitoraggio AIFA e certificati dai parametri dei moduli di accreditamento, vengono individuati quali centri prescrittori per il Natalizumab esclusivamente i centri individuati all'allegato 2 al presente decreto, specificando che i centri di Villa Sofia Cervello di Palermo, ARNAS Garibaldi di Catania, AOUP di Catania e IRCSS di Messina, stante l'esiguo numero di pazienti trattati e/o registrati, saranno rivalutati dopo sei mesi dalla pubblicazione del presente decreto ai fini dell'eventuale conferma quali centri prescrittori.
- Art. 6** Le prescrizioni dei medicinali a carico del SSN devono essere coerenti ai criteri di appropriatezza, alle note AIFA di riferimento, ove previste, al PTORS, alla definizione della diagnosi e piano terapeutico ove previsti e, comunque, all'osservanza delle condizioni e limitazioni di cui ai relativi provvedimenti autorizzativi anche se effettuate in ambito ospedaliero ed in sede di rilascio del primo ciclo.
- Art. 7** Per quanto non espressamente indicato nel presente decreto in merito al regime e alle modalità di dispensazione dei farmaci, si rinvia alle schede tecniche e ai provvedimenti autorizzativi specifici di ciascun medicinale nonché alle disposizioni derivanti da provvedimenti nazionali e regionali vigenti, fermo restando che i farmaci per le diverse patologie debbono essere prescritti dalla corrispondenti unità operative specialistiche, semplici o complesse, formalmente identificate con i provvedimenti regionali di rimodulazione della rete ospedaliera e dagli atti aziendali
- Art. 8** Vengono confermate le modalità di dispensazione dei farmaci previste dalla circolare assessoriale prot. n. 3159 del 21/12/2009 e s.m.i. "Dispensazione dei farmaci classificati in H".
- Art. 9** E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie di vigilare sull'applicazione di quanto disposto con il presente decreto all'atto dei controlli sulle prescrizioni relative ai medicinali soggetti a piano terapeutico. Il mancato adempimento delle disposizioni di cui al presente decreto comporterà la revoca del riconoscimento del centro prescrittore.
- Art. 10** Il Servizio 7 "Farmaceutica" e il Servizio 4 "Programmazione ospedaliera" del Dipartimento Pianificazione Strategica, ognuno per le rispettive competenze, sono

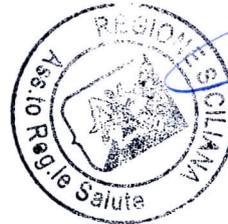
incaricati di procedere con cadenza triennale ad una revisione dei centri al fine di verificare la sussistenza delle condizioni per il mantenimento della qualifica quale centro prescrittore, monitorando ogni anno l'attività svolta. La valutazione verrà effettuata sulla base di criteri oggettivi, quali la corretta e completa compilazione e validazione dei registri di monitoraggio - laddove previsti-, la corretta prescrizione secondo le indicazioni e limitazioni riportate in scheda tecnica, l'aderenza al PTORS, la tempestiva segnalazione di reazioni avverse, nonché la persistenza dei requisiti di cui al D.A n. 1912 del 26 luglio 2010.

Art. 11 Si richiama particolare attenzione, da parte dei medici prescrittori, riguardo ai medicinali soggetti a monitoraggio intensivo (M.I.), alla sorveglianza ed eventuale segnalazione, secondo la normativa nazionale e regionale vigente, di tutte le sospette reazioni avverse gravi e non gravi, attese ed inattese.

Art. 12 Il presente decreto sarà trasmesso alla GURS per la pubblicazione ed all'Agenzia Italiana del Farmaco.

Palermo 3 MAG. 2011

L'Assessore
Dott. Massimo Russo



Il Dirigente Generale
Dott. Maurizio Guizzardi

Il Capo Servizio 4
Dott.ssa Rosalia Murè

Il Capo Servizio 7
Dott.ssa Rosalia Traina

Il Responsabile U.O.4.1
Dott.ssa Lucia Li Sacchi

Allegato 1 e parte integrante del D.D.G. n. 804 del 3-5-2011

Elenco dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati per la diagnosi e piano terapeutico inerenti ai medicinali di cui alla Determinazione AIFA 13 Gennaio 2010 e successive modifiche ed integrazioni (ALLEGATO 1)

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A Nota 8	Si	Levocarnitina os		Cardiologia, Medicina interna, Nefrologia e Dialisi.	
A Ex nota 9	Si	Clopidogrel		Cardiologia con o senza unità coronarica, Neurologia, Geriatria e Medicina Interna	
A	Si	Prasugrel	Si	Cardiologia con emodinamica	Obbligo di inviare con cadenza trimestrale al Servizio 7- Farmaceutica, copia del Piano terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga con raccomandazione di non utilizzo nei pazienti sottopeso, (≤ 60 Kg), di età maggiore di 75 anni, nei pazienti già in trattamento con dicumarolici, nei pazienti con documentata storia pregressa di ictus e/o pazienti con cirrosi epatica scompensata. La dispensazione deve avvenire esclusivamente da parte delle strutture proscrittrici.
A	Si	Ivabradina	Si	Cardiologia	La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Dronedarone	Si	Cardiologia, Medicina interna, Geriatria, Medicina d'urgenza con posti letto	Obbligo di inviare con cadenza trimestrale, al Servizio 7- Farmaceutica, il Piano Terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga o (se in convenzionata) che autorizza il Piano Terapeutico.
A	Si	Ranolazina	SI	Cardiologia	
A Ex nota 12	Template AIFA	Epoetina alfa Epoetina alfa biosimilare Epoetina beta Darbepoietina alfa Epoetinabeta/ metossipolietilengicole Epoetina zeta	Si Si Si	Nefrologia e Dialisi, Ematologia, Medicina Interna, Geriatria, Chirurgia, Anestesia e Rianimazione, Oncologia, Pediatria, Gastroenterologia, Medicina Trasmfusionale e Malattie Infettive	

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A Nota 15	Si	Albumina umana		Geriatrics, Medicina Interna, Gastroenterologia e Chirurgia, Nefrologia.	
A Ex Nota 30	Si	Filgrastim Lenograstim	Si (Filgrastim Biosimilare)	Oncologia, Ematologia, Immunologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Pediatria e Malattie Infettive.	
A Ex Nota 30 bis	Si	Peg-filgrastim		Oncologia ed Ematologia.	
H		Romiplostim	Si	Ematologia ed Oncoematologia dell' A.O. Garibaldi di Catania, degli Ospedali riuniti Villa Sofia – Cervello e dell' A.O.U.P "G. Martino" di Messina	I Centri prescrittori devono comunicare con cadenza semestrale alla Commissione PTORS in N° dei pazienti in trattamento
A Ex Nota 32	Si	1) Interferone alfa-2a ricombinante		<u>Per le epatiti B, C D:</u> Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria <u>Per le altre indicazioni:</u> Oncologia, Nefrologia, Urologia, Dermatologia, Malattie Infettive, Immunologia, Pediatria ed Ematologia.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Ex Nota 32	Si	2) Interferone alfa-2b ricombinante		<u>Per le epatiti B, C D:</u> Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria <u>Per le altre indicazioni:</u> Oncologia, Ematologia, Dermatologia, Immunologia, Gastroenterologia, Medicina Interna, Malattie Infettive e Pediatria.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Ex Nota 32	Si	3) Peg-interferone alfa-2a e alfa-2b		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria	La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A Ex Nota 32	Si	4) Interferone alfa naturale alfa n-3 (leucocitario)		<u>Per le epatiti B, C D:</u> Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria <u>Per le altre indicazioni:</u> Ematologia, Oncologia, Nefrologia, Urologia, Pediatria, Dermatologia e Malattie Infettive.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Ex Nota 32 bis	Si	Lamivudina		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna, Oncologia ed Ematologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
H		Adalimumab Infliximab	Si	<u>Limitatamente alle indicazioni riferite alla Malattia di Crohn e colite ulcerosa</u> di cui alle relative schede tecniche: Gastroenterologia e Medicina Interna.	
A Nota 36	Si*	Testosterone Metil- testosterone		Endocrinologia, Urologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Nota 39	Si*	Somatropina	Si	CENTRI PRESCRITTORI Vedi Allegato 1	*La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a 6 mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up.
H	Si	Mecasermina	Si		
A Nota 40	Si*	Lanreotide Octreotide		Endocrinologia, Oncologia, Medicina Interna, Geriatria, Gastroenterologia e Immunologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A Nota 51	Si*	Buserelina Goserelina Leuprorelina Triptorelina		Urologia, Oncologia, Oncologia Chirurgica, Ostetricia, Ginecologia ed Endocrinologia <u>Solo pubertà precoce nei limiti di età previsti in scheda tecnica</u> : Centri di cui all'Allegato 3 del D.D.G 3176 nelle more della ridefinizione	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A	Si*	Gonadorelina		Endocrinologia, Urologia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia Centri di cui all'Allegato 3 del D.D.G 3176 nelle more della ridefinizione.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Nota 74	Si*	Follitropina alfa da DNA ricomb Follitropina beta da DNA ricombinante Menotropina Urofollitropina Lutropina alfa		Endocrinologia, Urologia, Ostetricia e Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana Centri di cui all'Allegato 3 del D.D.G 3176 nelle more della ridefinizione	* 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.
A Nota 56	Si*	Aztreonam Ertapenem Imipenem + Cilastatina Meropenem Rifabutina Teicoplanina			*La prescrizione a carico del SSN è limitata al trattamento iniziato (e non solo prescritto) in ambito ospedaliero ed al successivo utilizzo in ambito territoriale da parte del Medico di Medicina Generale per garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio. Ne deriva che la prescrizione a carico del SSN dovrà essere effettuata previo piano terapeutico e/o certificazione della struttura ospedaliera, da cui si evinca che trattasi di prosecuzione del trattamento iniziato in ambito ospedaliero. Al riguardo nel piano terapeutico e/o certificazione ospedaliera va indicata la data di inizio trattamento.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A Nota 79	Si*	Teriparatide Ormone paratiroideo Acido Zoledronico	Si	Ortopedia e Geriatria Ospedaliere ed Universitarie (teriparatide ed Ormone paratiroideo) Ortopedia (acido zoledronico)	*Il piano terapeutico, della durata di 6 mesi, è prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre due volte per un totale complessivo di 18 mesi.
A		Dabigatran	Si	Ortopedia	
A		Rivaroxaban	Si	Ortopedia	
A Nota 88	No*	Cortisonici per uso topico		Dermatologia, Allergologia, Malattie Infettive, Immunologia, Geriatria, Medicina Interna, Reumatologia e Pediatria	*Esclusivamente diagnosi
A	Si	Imiquimod		Dermatologia, Oncologia	
H		Alitretinoina		Dermatologia Ospedaliere ed Universitarie	
A	Si*	Tretinoina		Oncologia, Ematologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Sevelamer		Nefrologia e Dialisi e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Mesna		Medicina Interna, Oncologia e Urologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Valganciclovir		Malattie Infettive e Centri Trapianto.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A		Adefovir/Dipivoxil		Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A	Si	Pentamidina		U.O. formalmente riconosciute di Malattie Infettive, Medicina Interna, Pediatria ed Ematologia Ospedaliere e Universitarie e relativi ambulatori. Strutture di ricovero e cura private accreditate per le stesse branche, specialisti ambulatoriali convenzionati interni per le stesse branche.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
H		Fosamprenavir		Malattie Infettive	
H		Nelfinavir		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina/ Tenofovir disoproxil		Malattie Infettive	
H		Abacavir/Lamivudina		Malattie Infettive.	
H		Tipranavir		Malattie Infettive	
A		Voriconazolo*		Malattie Infettive e Oncoematologia	* Il farmaco deve essere somministrato principalmente a pazienti con infezioni a carattere progressivo che possono mettere in pericolo la vita del paziente stesso.
A		Ribavirina	Si	Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive e Medicina Interna <u>Limitatamente alla confezione "1 flacone 100 ml" 40mg/ml e utilizzabile esclusivamente:</u> "in regime di combinazione con interferone alfa-2b, per il trattamento di bambini e adolescenti dai tre anni in su, affetti da epatite cronica C, mai trattati in precedenza, senza scompenso epatico, e con presenza di HCV-RNA sierico": Pediatria	
H		Lopinavir/ Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Atazanavir	Si	Malattie Infettive	
A		Entecavir	Si	Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A		Linezolid		Pneumologia <u>Limitatamente alle infezioni complicate della cute e dei tessuti molli:</u> Dermatologia.	

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
H		Enfuvirtide	Si	Malattie Infettive	*per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 3/11/04 e provvedimento specifico.
H		Darunavir	Si	Malattie Infettive	
H		Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Maraviroc	Si	Malattie Infettive	
H		Raltegravir	Si	Malattie Infettive	
H		Efavirenz/emtricitabina /Tenofovir disoproxil	Si	Malattie Infettive	
H		Tenofovir/ disoproxil		Malattie Infettive <u>Limitatamente all'indicazione per il trattamento dell'epatite cronica B anche Epatologia, Gastroenterologia, Medicina Interna</u>	
H		Etravirina	Si	Malattie Infettive	
A	Si*	Tacrolimus Sirolimus Everolimus		Nefrologia, Chirurgia, Gastroenterologia ed Epatologia e Medicina Interna. <u>Limitatamente all'Everolimus:</u> Nefrologia, Chirurgia, Cardiologia e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si * **	Complesso prot. umano Complesso prot. antiemofil. umano Desmopressina Fattore VII di coagul. naturale, Eptacog alfa attiv., Nonacog Alfa, Fattore VIII di coagul. nat. e ric. Moroctocog Alfa Octocog Alfa Fattore IX di coagul. Naturale Fattore di Von Willebrand-Fattore VIII		<u>Limitatamente al Fattore VIII:</u> Esclusivamente i Centri di cui al D.D.G. n. 87 del 30/01/2008 su modello di piano terapeutico e secondo le modalità di cui all'allegato A e B al sopra citato DDG n. 87/08. <u>Per tutti gli altri:</u> Ematologia, Medicina Interna, Cliniche Pediatriche, Ostetricia e Ginecologia e Servizi di Medicina TrASFusionale	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato. **Per i pazienti emofilici già in trattamento sostitutivo con i Fattori VIII e IX plasmatici o ricombinanti, i relativi piani terapeutici possono riportare il nome della specialità medicinale ove tale scelta è sostenuta da motivazioni clinicamente documentate.

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A	Si*	Immunoglobulina anti-D (rh)		Ematologia, Medicina Interna, Cliniche Pediatriche, Ostetricia e Ginecologia e Servizi di Medicina Trasfusionale	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Deferoxamina		Esclusivamente i Centri facenti parte della Rete Regionale di Talassemia di cui al D.A. n. 2014 del 04/11/2003 e successive modifiche e integrazioni (D.I.G. n. 88/04, DD.AA. n. 2727/04 e n. 3264/04). <u>Limitatamente al trattamento dei pazienti con insufficienza renale terminale (in dialisi di mantenimento):</u> Nefrologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A		Deferasirox		<u>Limitatamente ai pazienti affetti da talassemia:</u> Prescrizione e distribuzione da parte dei Centri di Talassemia facenti parte della rete regionale. <u>Limitatamente ai pazienti con altre anemie:</u> Ematologia	
A		Deferiprone		Centri facenti parte della Rete Regionale di Talassemia di cui ai DD.AA. 2014 del 04/11/2003 e successive modifiche e integrazioni (D.I.G. n. 88/04, DD.AA. n. 2727/04 e n. 3264/04).	
H		Didanosina Zidovudina		Prescrizione riservata ai soli centri ospedalieri autorizzati con D.M. 17/05/96.	*Per la didanosina polvere non tamponata 2g prescrizione e distribuzione riservata ai centri autorizzati con DM 17/05/96.
		Didanosina polv. 2g*			
A	Si	Paracalcitolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	Distribuzione diretta
A		Imatinib		Ematologia	
A		Bicalutamide		Urologia	
A	Si*	Buprenorfina/Naloxone	Si	Strutture del Dipartimento di Salute Mentale dei SERT.	*L'uso del farmaco è indicato in adulti e adolescenti di età superiore ai 15 anni che abbiano dato il proprio consenso al trattamento della loro situazione di tossicodipendenza.

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A	Si * **	Metadone Cloridrato		<u>Limitatamente alle sindromi dolorose di entità severa in pazienti che non rispondono più a un trattamento sequenziale con farmaci analgesici antinfiammatori non steroidei, steroidei, oppioidi deboli:</u> <u>Limitatamente al trattamento di disassuefazione da narcotico-stupefacenti:</u> Prescrizione e dispensazione da parte dei SERT	*All'attivazione del piano terapeutico riportare un riferimento specifico alla pregressa terapia con farmaci analgesici antinfiammatori non steroidei, steroidei, oppioidi deboli. **L'attivazione del piano terapeutico è limitata alle confezioni di cui al Comunicato AIFA pubblicato sulla GURI n. 163 del 15.07.06
A		Dornase alfa		Prescrizione e distribuzione riservata ai Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della L.548/93 e D.A. n.14633/95.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Cinacalcet		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia <u>Limitatamente all'indicazione di iperparatiroidismo primario, nei quali la paratiroidectomia sarebbe indicata sulla base dei valori sierici di calcio, ma nei quali l'intervento chirurgico non è clinicamente appropriato o è controindicato:</u> Endocrinologia	
A		Zinco acetato diidrato	Si	Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al D.A.36438 del 12/11/01, specializzati nel trattamento del Morbo di Wilson.	
A		Sapropterina cloridrato		Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al D.A.36438 del 12/11/01	Limitatamente ai casi di carenza di tetraidropterina. Ai fini della rimborsabilità SSN è indispensabile che la richiesta sia corredata dalla copia dell'avvenuta registrazione nel Registro ISS.

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A		Pilocarpina cloridrato		<u>Per la Sindrome di Sjogren:</u> Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al D.A.36438 del 12/11/01, specializzati nel trattamento della Sindrome di Sjogren.	
A		Acido Micofenolico (Micofenolato Mofetile)		Nefrologia e Centri Trapianti.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a un anno è stabilita dal centro specializzato
H		Calcitriolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	
A		Tobramicina		Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della L.548/93 e D.A. n.14633/95.	
A		Anagrelide	Si	Ematologia	* per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 09/05/06 e provvedimento specifico.
H		Glutazione (solo "2500 mg/ml polv. e solv. per soluzione per infusione)		Oncologia.	
A		Miglustat	Si	Medicina Interna, Gastroenterologia ed Epatologia	
A		Telbivudina	Si	Medicina interna, Gastroenterologia, Epatologia e Malattie infettive	

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A	Si	Clozapina*		U.O. di Psichiatria Ospedaliera e Universitarie Strutture del Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri dei SERT.	*Le prescrizioni di clozapina devono contenere l'esecuzione (settimanale per le prime 18 settimane e mensile successivamente) della conta e della formula leucocitaria e la compatibilità dei valori riscontrati con l'inizio, la prosecuzione o la ripresa del trattamento.
A	Si*	Olanzapina* Quetiapina* Risperidone*		U.O. formalmente riconosciute di Psichiatria e Neurologia Ospedaliera e Universitarie, strutture del Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri e neurologi dei SERT. <u>Compatibilmente con le indicazioni autorizzate e i limiti d'uso in relazione all'età di cui alla scheda tecnica di ogni singola molecola anche Neuropsichiatria Infantile.</u>	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato. **Per il trattamento della psicosi e/o dei disturbi comportamentali correlati alla demenza nei pazienti anziani (PBSD) si rinvia al comunicato AIFA del 21 luglio 2005 e al percorso clinico allo stesso allegato (note DIRS/5/3166 del 16/11/05 e DIRS/5/3758 del 16/12/05) recante disposizioni nell'ambito di un programma di farmacovigilanza attiva mirato su tale trattamento.
A	Si*	Aripiprazolo*		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia e Psichiatria Ospedaliera e Universitarie e relativi ambulatori, strutture del Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Levodopa, Carbidopa, Entacapone	Si	U.O. formalmente riconosciute di Neurologia e Geriatria Ospedaliera e Universitarie IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
H		Levodopa/Carbidopa		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia Ospedaliera ed Universitarie	
H		Apomorfina cloridrato		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia Ospedaliera ed Universitarie	
A	Si	Ziprasidone cloridrato*		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia Ospedaliera ed Universitarie	
A	Si	Paliperidone*	Si	U.O. formalmente riconosciute di Neurologia Ospedaliera ed Universitarie	
A	Si	Modafinil		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia Ospedaliera ed Universitarie	

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A	Si	Aripiprazolo		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia e Psichiatria Ospedaliera e Universitarie strutture del Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Rasagilina	Si	U.O. formalmente riconosciute di Neurologia e Geriatria Ospedaliera e Universitarie. IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. Le prime due confezioni di avvio della terapia devono essere richieste gratuitamente alla Ditta secondo il modello allegato al presente decreto
A	Si	Tolcapone		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia e Geriatria Ospedaliera e Universitarie. IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Cabergolina		U.O. formalmente riconosciute di Neurologia, Neuropsichiatria, Geriatria e Psichiatria Ospedaliera e Universitarie e relativi ambulatori. IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina.	
A	PT BB e adolescenti	Fluoxetina		<u>Limitatamente all'indicazione: episodio di depressione maggiore da moderato a grave, se la depressione non risponde alla psicoterapia dopo 4-6 sedute:</u> U.O. formalmente riconosciute di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile Ospedaliera e Universitarie. IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La terapia con antidepressivo deve essere proposta ad un bambino o ad una persona giovane con depressione da moderata a grave solo in associazione con una contemporanea psicoterapia.
A	Si	Pergolide		U.O. formalmente riconosciute di Psichiatria, Neuropsichiatria, Geriatria e Neurologia Ospedaliera e Universitarie.	

*Compatibilmente con le indicazioni autorizzate e i limiti d'uso in relazione all'età, di cui alla scheda tecnica, prescrivibili anche da U.O. di Neuropsichiatria Infantile.

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A	Si*	Exenatide	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Sitagliptin	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Vildagliptin	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Sitagliptin/ metformina	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Vildagliptin/ metformina	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Saxagliptin	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*I piani terapeutici relativi al trattamento con Saxagliptin devono essere accompagnati da copia della prescrizione avvenuta on-line sul Registro Monitoraggio Farmaci
A	Si*	Liraglutide	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*I piani terapeutici relativi al trattamento con Liraglutide devono essere accompagnati da copia della prescrizione avvenuta on-line sul Registro Monitoraggio Farmaci

RT

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	CENTRI PRESCRITTORI		NOTE AGGIUNTIVE	
A		Bosentan	Si	Az. Osp. Vitt. Emanuele Ferrarotto	CT	Divisione di Cardiologia U.O. Cardiologia Pediatrica	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A		Ambrisentan	Si	Casa di Cura G.B. Morgagni Az. Osp. Civile M.P. Arezzo	CT RG	U.O. di Cardiologia U.O. di Cardiologia U.O.. Malattie Infettive (amb. di reumatologia e pneumologia)	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Epoprostenolo		Policlinico Az. Osp. Umberto I Az. Osp. Villa Sofia - Cervello	CT SR PA	U.O.C. cardiologia U.O.C. di Cardiologia – UTIC U.O. di Cardiologia U.O. Pneumologia (amb. I.P.)	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Iloprost sale di trometanolo	Si	A.R.N.A.S. Garibaldi A.R.N.A.S. Civico	CT PA	U.O. Pneumologia U.O. Malattie dell'Apparato Respiratorio	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Iloprost sale di trometanolo	Si	ISMETT Policlinico	PA ME	Servizio di Pneumologia U.O. Pneumologia U.O. Reumatologia	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A		Sildenafil	Si	Fondazione San Raffaele Giglio Casa di Cura Musumeci Gecas S.r.l.	PA PA CT	U.O. Reumatologia U.O. Medicina Interna U.O. Malattie Apparato Respiratorio	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A		Sildenafil	Si	A.O. Papardo-Piemonte	ME	U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Treprostinil	Si				Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA

FARMACI DI AREA NEUROLOGICA - UVA				
CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	NOTE AGGIUNTIVE
A nota 85	Si	Donezepil		
A nota 85	Si	Galantamina bromidrato		
A nota 85	Si	Rivastigmina		
A Nota 85	Si	Memantina		La Ditta titolare dell'AIC fornisce alle Aziende Sanitarie di riferimento per le UVA, individuate dalla Regione con DDG 3176/08 e successive modifiche ed integrazioni, a titolo gratuito 5 confezioni per ogni paziente arruolato secondo le condizioni riportate alla nota AIFA 85. Non rimborsabile se utilizzato in associazione con anticolinesterasici.

RT

CENTRI PRESCRITTORI DI FARMACI DI AREA NEUROLOGICA - CENTRI UVA		
AGRIGENTO	P.O. AGRIGENTO P.O. CANICATTI'	U.O. NEUROLOGIA DSM
CALTANISSETTA	P.O. CALTANISSETTA	U.O. NEUROLOGIA
CATANIA	P.O. CALTAGIRONE P.O. ACIREALE A.R.N.A.S. GARIBALDI A.O. CANNIZZARO A.O.U.P. CATANIA	U.O. NEUROLOGIA U.O. GERIATRIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA. U.O. NEUROLOGIA
ENNA	P.O. ENNA Poliambulatorio Distretto NICOSIA IRCCS TROINA	U.O. NEUROLOGIA CENTRO UVA U.O. NEUROLOGIA
MESSINA	Poliambulatorio Distretto MILAZZO A.O. RIUNITI PAPARDO-PIEMONTE A.O.U.P. MESSINA IRCCS BONINO PULEJO	CENTRO UVA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
PALERMO	Poliambulatorio Distretto CORLEONE POLIAMBULATORIO via la loggia OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO A.R.N.A.S. CIVICO A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO A.O.U.P. PALERMO	CENTRO UVA CENTRO UVA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. GERIATRIA U.O. NEUROLOGIA
RAGUSA	P.O. RAGUSA P.O. MODICA	U.O. NEUROLOGIA DSM2
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA	U.O. MEDICINA
TRAPANI	DIP. ALCAMO-CASTELVETRANO DIP. TRAPANI-PANTELLERIA DIP. MARSALA-MAZARA	DSM - CENTRO UVA DSM - UVA DSM - UVA

RS

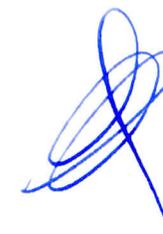
FARMACI DI AREA NEUROLOGICA (SCLEROSI MULTIPLA - 1)				
CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	NOTE AGGIUNTIVE
A nota 65		Interferone beta 1 - A		
A nota 65		Interferone beta 1 - B		
A nota 65		Glatiramer acetato		

CENTRI PRESCRITTORI FARMACI SOGGETTI A NOTA 65 PER LA SCLEROSI MULTIPLA		
AGRIGENTO	P.O. AGRIGENTO	U.O. NEUROLOGIA
CALTANISSETTA	P.O. CALTANISSETTA	U.O. NEUROLOGIA
CATANIA	A.R.N.A.S. GARIBALDI	U.O. NEUROLOGIA
	A.O. CANNIZZARO	U.O. NEUROLOGIA
	A.O.U.P. CATANIA	U.O. NEUROLOGIA
ENNA	P.O. ENNA	U.O. NEUROLOGIA
MESSINA	A.O.U.P. MESSINA	U.O. NEUROLOGIA
	A.O. OSPEDALI RIUNITI PAPARDO-PIEMONTE	U.O. NEUROLOGIA
	IRCCS BONINO PULEJO	U.O. NEUROLOGIA
PALERMO	OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO	U.O. NEUROLOGIA
	A.R.N.A.S. CIVICO	U.O. NEUROLOGIA
	A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO	U.O. NEUROLOGIA
	A.O.U.P. PALERMO	U.O. NEUROLOGIA
RAGUSA	P.O. VITTORIA	U.O. NEUROLOGIA
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA	U.O. NEUROLOGIA
TRAPANI	P.O. TRAPANI	U.O. NEUROLOGIA

Rt

FARMACI DI AREA NEUROLOGICA (SCLEROSI MULTIPLA - 2)				
CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	NOTE AGGIUNTIVE
H- OSP		Natalizumab	Si	

CENTRI PRESCRITTORI Natalizumab		
CATANIA	A.R.N.A.S. GARIBALDI	U.O. NEUROLOGIA
	A.O.U.P. CATANIA	U.O. NEUROLOGIA
MESSINA	A.O.U.P. MESSINA	U.O. NEUROLOGIA
	IRCCS BONINO PULEJO	U.O. NEUROLOGIA
PALERMO	OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO	U.O. NEUROLOGIA
	A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA- CERVELLO	U.O. NEUROLOGIA
	A.O.U.P. PALERMO	U.O. NEUROLOGIA

FARMACI DI AREA ONCOLOGICA				
CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	NOTE AGGIUNTIVE
H	Si	Everolimus	Si	Registro di monitoraggio AIFA
A	Si	Anastrozolo	Si	
A	Si	Exemestane	Si	
H		Aprepitant	Si	
A		Bicalutamide		
H		Fulvestrant		
A	Si	Letrozolo		
A		Imatinib	Si	
H		Trastuzumab*	Si	
A		Topotecan	Si	
H		Gefitinib*	Si	Registro di monitoraggio AIFA Impiego nel trattamento di pazienti adulti con carcinoma non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico previa acquisizione della copia del referto che attesti la mutazione positiva dell'EGFR
A		Mitotano	Si	
H		Cetuximab*	Si	Registro di monitoraggio AIFA – Limitatamente ai carcinomi del colon dopo dimostrazione del gene EGFR e dopo fallimento del trattamento con irinotecan
H		Panitumumab*		Registro di Monitoraggio AIFA
A		Vinorelbina		
H		Sorafenib	Si	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Lenalidomide	Si	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Dasatinib*	Si	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Sunitinib	Si	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Erlotinib	Si	Registro di monitoraggio AIFA
H		Nilotinib*	Si	Registro di Monitoraggio AIFA
A		Temozolomide		
H		Talidomide	Si	Registro di monitoraggio AIFA
H		Lapatinib*	Si	Registro di monitoraggio AIFA
A		Tegafur/Uracile		
H		Bortezomib	Si	Registro di Monitoraggio AIFA
A	Si	Tretinoina		
A		Capecitabina	Si	
H		Acido zoledronico		
A		Pilocarpina cloridrato		

*Per i farmaci contrassegnati che prevedono un test preventivo, la prescrizione deve essere corredata dal referto secondo quanto riportato in scheda tecnica.

RT

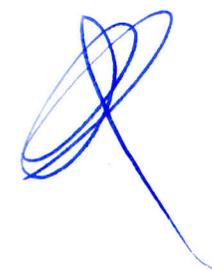
CENTRI PRESCRITTORI DI FARMACI DI AREA ONCOLOGICA – STRUTTURE PUBBLICHE		
AGRIGENTO	P.O. AGRIGENTO	U.O. ONCOLOGIA
	P.O. SCIACCA	U.O. ONCOLOGIA
CALTANISSETTA	P.O. CALTANISSETTA	U.O. ONCOLOGIA ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA
	P.O. GELA	U.O. ONCOLOGIA
CATANIA	P.O. CALTAGIRONE	U.O. ONCOLOGIA
	ARNAS GARIBALDI	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOEMATOLOGIA
	A.O. CANNIZZARO POLICLINICO CT :	ONCOLOGIA c/o U.O. SENOLOGIA
	P.O. FERRAROTTO P.O. VITTORIO EMANUELE	ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA U.O. ONCOLOGIA
ENNA	P.O. ENNA :	U.O. ONCOLOGIA
MESSINA	P.O. TAORMINA: POLICLINICO	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOLOGIA U.O. EPATOLOGIA CLINICA (sorafenib)
	ARNAS CIVICO :	ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA con U.O. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA U.O. ONCOLOGIA
	A.O. VILLA SOFIA – CERVELLO : POLICLINICO PA:	ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA con UTMO U.O. ONCOEMATOLOGIA U.O. ENDOCRINOLOGIA
PALERMO	P.O. BUCCHERI LA FERLA	U.O. ONCOLOGIA
	P.O. RAGUSA:	U.O. ONCOLOGIA ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA-SIT
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA:	U.O. ONCOLOGIA
	P.O. AUGUSTA:	U.O. ONCOLOGIA
TRAPANI	P.O. TRAPANI:	U.O. ONCOLOGIA
	P.O. CASTELVETRANO:	U.O. ONCOLOGIA

RT

Allegato 3

CENTRI PRESCRITTORI DI FARMACI DI AREA ONCOLOGICA – STRUTTURE PRIVATE		
CATANIA	CASA DI CURA HUMANITAS:	U.O. ONCOLOGIA
	IOM:	U.O. ONCOLOGIA
MESSINA	CASA DI CURA VILLA SALUS:	U.O. ONCOLOGIA
PALERMO	CASA DI CURA MADDALENA:	U.O. ONCOLOGIA
	CASA DI CURA MACCHIARELLA:	U.O. ONCOLOGIA

RT



FARMACI BIOLOGICI E NON* - AREA REUMATOLOGICA E DERMATOLOGICA				
CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	NOTE AGGIUNTIVE
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Abatacept	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Adalimumab	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Anakinra		
A*		Bosentan	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Etanercept	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Infliximab	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Tocilizumab	Si	Registro AIFA Trattamento dell'artrite reumatoide nei soggetti non responders agli anti-TNF- α con richiesta motivata.
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Ustekinumab	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Golimumab	Si	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Certolizumab pegol	Si	
A*	Si	Leflunomide		

RT

CENTRI PRESCRITTORI FARMACI – AREA REUMATOLOGICA E DERMATOLOGICA

			PEDIATRIE	DERMATOLOGIE
AGRIGENTO	P.O. AGRIGENTO P.O. SCIACCA	U.O. MEDICINA	U.O. PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	
CALTANISSETTA	P.O. CALTANISSETTA			U.O. DERMATOLOGIA
CATANIA	A.R.N.A.S. GARIBALDI A.O. CANNIZZARO A.O.U.P. CATANIA A.O.U.P. P.O. V. EMANUELE	U.O. MEDICINA U.O. MEDICINA U.O. REUMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA
ENNA	P.O. ENNA			U.O. DERMATOLOGIA
MESSINA	A.O. OSPEDALI RIUNITI PAPARDO-PIEMONTE A.O.U.P. MESSINA	U.O. MEDICINA U.O. REUMATOLOGIA	U.O. GENETICA ED IMMUNOLOGIA PEDIATRICA	U.O. DERMATOLOGIA
PALERMO	A.R.N.A.S. CIVICO A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO A.O.U.P. PALERMO	U.O. MEDICINA II U.O. REUMATOLOGIA c/o GERIATRIA U.O. REUMATOLOGIA	U.O. CLINICA PEDIATRICA	U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA
RAGUSA	P.O. SCICLI	U.O. MEDICINA		
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA	U.O. REUMATOLOGIA c/o MALATTIE INFETTIVE		U.O. DERMATOLOGIA
TRAPANI	P.O. TRAPANI	U.O. REUMATOLOGIA		U.O. DERMATOLOGIA

Rt

Allegato 5

CENTRI AUTORIZZATI ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E LA PRESCRIZIONE DEI MEDICINALI A BASE DI ORMONE SOMATOTROPO E CHE FANNO PARTE DEL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ASSUNTORI DELL'ORMONE DELLA CRESCITA

PROVINCIA	DENOMINAZIONE CENTRO	MEDICI PRESCRITTORI
CATANIA	Divisione Clinicizzata di Endocrinologia ARNAS "Garibaldi-S.Luigi Currò-Ascoli Tomaselli" P.O. Garibaldi-Nesima Via Palermo, 636 - Catania	Prof. Riccardo Vigneri Dr.ssa Lidia Sava Dr.ssa Daniela Leonardi Dr.ssa Lucia Frittitta Dr. Mario Vetri
CATANIA	Clinica Pediatrica II Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico" Via Santa Sofia, 78 - Catania	Prof.ssa Manuela Caruso Dr.ssa Valeria Panebianco Dr.ssa Donatella Lo Presti
CATANIA	Servizio di Diabetologia/Stati Disendocrini Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" Via Messina, 829 - Catania	Prof. Vincenzo Pezzino Dr. Costantino Sipione
ENNA	U.O. di Endocrinologia e auxologia IRCCS Oasi Maria SS Via Conte Ruggero, 73 - Troina (EN)	Dr.ssa Letizia Ragusa
MESSINA	Unità Operativa Complessa di Clinica Pediatrica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Martino" Via Consolare Valeria - Messina	Prof. Filippo De Luca Dr.ssa Malgorzata Wasniewska Dr.ssa M. Francesca Messina Dr.ssa Mariella Valenzise
MESSINA	Unità Operativa Complessa di Endocrinologia Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Martino" Via Consolare Valeria - Messina	Prof. Francesco Trimarchi Prof. Salvatore Cannavò
MESSINA	U.O.C. Medicina Interna A. O. Ospedali Riuniti "Papardo -Piemonte" Contrada Papardo - Messina	Dr. Giuseppe Lo Greco Dr. Pietro Sposito
PALERMO	U.O. di Endocrinologia A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello" Presso Ospedale Cervello - Palermo Via Trabucco, 180 - Palermo	Dr. Girolamo D'Azzò Dr. Piernicola Garofalo Dr. Francesco Ianni Dr. Leonardo Gambino Dr. Paolo Porcelli

RT

Allegato 5

PROVINCIA	DENOMINAZIONE CENTRO	MEDICI PRESCRITTORI
PALERMO	U.O. di Endocrinologia Ped. 4 Clinica Pediatrica Ospedale G. Di Cristina Piazza Porta Montalto 2 - PALERMO	Dr.ssa Maria Cristina Maggio
PALERMO	U.O.C. di Endocrinologia e Malattie Metaboliche Azienda Policlinico "P. Giaccone" Via del Vespro, 129 - Palermo	Prof. Aldo Galluzzo Dr.ssa Carla Giordano Dr.ssa Pierina Richiusa

