

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 73° - Numero 36

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 2 agosto 2019

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 25 luglio 2019.

Aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero - territoriale della Regione siciliana (PTORS).

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 25 luglio 2019.

Aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero - territoriale della Regione siciliana (PTORS).

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del S.S.N.;

Visto il D.Lvo 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 l'art. 32, comma 9, della legge n. 449/1997;

Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni;

Vista la legge 23 dicembre 2000, n. 388;

Vista la legge 16 novembre 2001, n. 405;

Visto il D.A. n. 151 del 12 febbraio 2008, con il quale è stato approvato il piano di azioni per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, nell'ambito del quale è prevista la misura di governo della spesa farmaceutica anche attraverso la revisione ed aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero regionale da applicarsi in modo vincolante dalle strutture sanitarie per le forniture di prodotti farmaceutici;

Considerato che le scelte operate nell'ambito del PTORS rispondono ai principi della garanzia dei LEA, dei criteri di appropriatezza d'uso dei farmaci e di razionalizzazione delle risorse, proponendo una selezione dei principi attivi sulla base delle evidenze scientifiche disponibili in termini di efficacia, profilo di rischio e sostenibilità economica;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui Livelli essenziali di assistenza pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 65 del 18 marzo 2017;

Visto il D.A. n. 518 del 3 aprile 2018, recante "Modifica delle procedure di inserimento di un nuovo prodotto farmaceutico o di una nuova indicazione terapeutica in PTORS";

Ritenuto con il presente decreto di dover aggiornare l'Allegato 1 del Prontuario terapeutico ospedaliero/territoriale della Regione siciliana di cui al D.A. n. 1788 dell'8 ottobre 2018;

Visti i lavori della Commissione per il P.T.O.R.S. svolti nelle sedute del 19 settembre 2018, 23 ottobre 2018, 28 novembre 2018, 20 dicembre 2018, 23 gennaio 2019, 20 febbraio 2019, 10 aprile 2019, 22 maggio 2019 e 3 luglio 2019;

Visti gli aggiornamenti del PTORS relativi all'inserimento di nuovi principi attivi e/o estensioni di indicazioni terapeutiche, giuste note prot. n. 70784 del 26 settembre 2018, n. 80363 del 31 ottobre 2018, n. 92437 del 13 dicembre 2018, n. 95438 del 28 dicembre 2018, n. 7278 del 28 gennaio 2019, n. 17449 del 26 febbraio 2019, n. 32377 del 17 aprile 2019, n. 42794 del 28 maggio 2019 e n. 55394 dell'8 luglio 2019;

Visto il D.lgs. n. 33/2013 di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

Vista la legge regionale n. 21/2014 e, in particolare, l'art. 68, recante "Norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa";

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, il Prontuario terapeutico ospedaliero/territoriale della Regione siciliana (PTORS) è aggiornato come da allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante (Allegato 1).

Art. 2

Il presente PTORS è da applicarsi in modo vincolante dalle strutture sanitarie della Regione per le forniture di prodotti farmaceutici. I principi attivi in esso contenuti devono essere utilizzati nel rispetto delle indicazioni autorizzate, delle limitazioni previste e, laddove previsto da specifici provvedimenti regionali o espressamente riconosciuto nel presente decreto, unicamente da parte dei Centri individuati.

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.

I clinici non possono pertanto prescrivere e/o impiegare farmaci non inclusi nel PTORS, ad eccezione delle condizioni di cui all'articolo 3.

Art. 3

La prescrizione, e l'eventuale impiego, di un farmaco non ancora incluso in PTORS deve rappresentare condizione eccezionale e limitata ai casi in cui non esiste una valida alternativa terapeutica rimborsabile dal SSN.

In tal caso, la richiesta nominale per il singolo paziente, firmata dal responsabile dell'Unità operativa o, in sua assenza, dal dirigente medico che ne fa le veci, con le generalità del paziente, il numero di cartella clinica e la motivazione del giudizio di indispensabilità e di insostituibilità, dovrà essere inviata alla direzione sanitaria per l'eventuale autorizzazione.

I costi di tali trattamenti non potranno essere posti in compensazione economica.

Art. 4

Il presente decreto viene trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale di questo Assessorato ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione e verrà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 25 luglio 2019.

RAZZA

P.T.O.R.S.

*PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO-TERRITORIALE
DELLA REGIONE SICILIANA*



Alla realizzazione di questo Prontuario hanno collaborato:

Presidente della Commissione

Ing. Mario La Rocca

Membri della Commissione

Dr. Salvatore Amato
Dr. Giuseppe Biondo
Dr. Pasquale Cananzi
Prof.ssa Carla Cannizzaro
Dr. Francesco Paolo Carollo
Dr. Luigi Galvano
D.ssa Claudia La Cavera
Dr. Antonio Lo Presti
D.ssa Claudia Minore
Dr. Alessandro Oteri
Prof. Angela Maria Sortino
Prof. Gianluca Trifirò
D.ssa Antonella Viola

Segreteria Tecnica

Sig. Renato Fortezza

PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO 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 subcitrato 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 subcitrato		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 ammonici quaternari			
A03BB01	Butilscopolamina bromuro		os, p	
A03BB05	Cimetropio bromuro		os, p	

A03F	Procinetici		
A03FA	Procinetici		
A03FA01	Metoclopramide	os, p	
A03FA03	Dompriperidone	os	
A03FA04	Bromopride	os	
A03FA05	Alizapride	os, p	
A03FA49	Levosulpiride	os, p	
A04	Antiemetici ed antinausea		
A04A	Antiemetici ed antinausea		
A04AA	Antagonisti della serotonina (5HT3)		
A04AA01	Ondansetron	os, p	
A04AA02	Granisetron	os, p	
A04AA03	Tropisetron	os, p	
A04AA05	Palonosetron	p	
A04AA55	Palonosetron + netupitant	os	Inserito temporaneamente in PTORS in quanto trattati di associazione preconstituita più economica delle attuali associazioni estemporanee disponibili per la medesima indicazione terapeutica. La permanenza in PTORS è subordinata al mantenimento del vantaggio economico rispetto alla somma dei costi dei singoli p.a. delle associazioni estemporanee.
A04AD	Altri antiemetici		
A04AD12	Aprepitant	os	
A04AD12	Fosaprepitant	p	
A05	Terapia biliare ed epatica		
A05A	Terapia biliare		
A05AA	Acidi biliari e derivati		
A05AA02	Acido Ursodesossicolico	os	
A05AA03	Acido Colico	os	Prescrizione da parte del Dipartimento di Pediatria dell'ISMETT. Distribuzione diretta da parte del Centro
A05AA04	Acido Obeticolico	os	Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29/06/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico	os	
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 alla constipazione indotta da oppiacei in soggetti con malattia in stato terminale che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: - terapia continuativa con oppiacei della durata di almeno 2 settimane; resistenza al trattamento con lassativi ad azione osmotica per più di 3 giorni.
A07	Antidiarroici, antinfiammatori ed antinfettivi 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 encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni" (formulazione da 550 mg), prescrizione da parte delle UU.OO. di epatologia, gastroenterologia, infettivologia e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN su apposito PT regionale, giusta nota prot. n. 27433 del 28/03/17. Erogazione del farmaco tramite DPC
A07AA12	Fidaxomicina		OS	Limitatamente alle U.O. di Malattie infettive. Ai fini della prescrizione a carico del SSR, le Aziende Sanitarie dovranno elaborare un apposito protocollo terapeutico. Si ribadisce altresì l'obbligo da parte dei prescrittori di attenersi rigorosamente a quanto previsto dalla scheda di monitoraggio AIFA.
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	Racecadotril	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	Preparati con attività lipasica uguale o superiore a 10000 USP cps gastroprotette, bustine per le Aziende in cui siano presenti strutture specialistiche pediatriche. Formulazione da 5000 UI destinata all'uso pediatrico.
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 e 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 e analoghi per iniezione, ad azione lunga			
A10AE04	Insulina glargine		p	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".
A10AE04	Insulina glargine biosimilare		p	
A10AE05	Insulina detemir		p	
A10AE06	Insulina degludec		p	Prescrizione su Piano Terapeutico (aggiornamento n. 15 - nota prot. n.30674 del 07/04/2017) da parte degli Specialisti individuati da AIFA. Distribuzione mediante canale della DPC.
A10AE54	Insulina glargine + lixisenatide		p	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 70784 del 26/09/2018 - Aggiornamento n. 31 del PTORS da parte delle strutture diabetologiche ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Distribuzione mediante canale della DPC.
A10AE56	Insulina degludec + liraglutide		p	Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 51442 del 04/07/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS da parte delle strutture di Diabetologia ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN. Distribuzione mediante canale della DPC.
A10B	Ipoglicemizzanti escluse le insuline			
A10BA	Biguanidi			
A10BA02	Metformina		OS	
A10BB	Sulfonamidi, derivati dell'urea			
A10BB01	Glibenclamide		OS	
A10BB07	Glipizide		OS	
A10BB08	Gliquidone		OS	
A10BB09	Gliclazide		OS	
A10BB12	Glimepiride		OS	
A10BD	Associazioni di ipoglicemizzanti orali			
A10BD02	Glibenclamide + Metformina		OS	
A10BD07	Sitagliptin + metformina		OS	
A10BD08	Vildagliptin + metformina		OS	

Prescrizione su PT regionale giusta nota prot. n. 95421 del 07/12/2016 pubblicata sul sito istituzionale dell'Assessorato alla sezione "Farmaceutica - PTORS" da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1

A10BD09	Alogliptin benzoato + pioglitazone	OS	del D.A. 1766/11. Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intera esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.
A10BD10	Saxagliptin + metformina	OS	
A10BD11	Linagliptin + metformina	OS	
A10BD13	Alogliptin benzoato + metformina	OS	
A10BD15	Dapagliflozin + metformina	OS	
A10BD16	Canagliflozin + metformina	OS	Prescrizione, su template AIFA, da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1 del D.A. 1766/11.
A10BD20	Empagliflozin + metformina	OS	
A10BG	Tiazolidinioni		
A10BG03	Pioglitazone	OS	
A10BH	Inibitori della Dipeptil Peptidasi 4 (DPP-4)		
A10BH01	Sitagliptin	OS	Prescrizione su PT regionale giusta nota prot. n. 95421 del 07/12/2016 pubblicata sul sito istituzionale dell'Assessorato alla sezione "Farmaceutica - PTORS" da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1 del D.A. 1766/11. L'obbligo di compilazione dell'apposito campo "motivazione dello switch è temporaneamente sospeso" (aggiornamento n. 14 del PTORS - nota prot. n. 28537 del 31/03/2017). Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intera esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.
A10BH02	Vildagliptin	OS	
A10BH03	Saxagliptin	OS	
A10BH04	Alogliptin benzoato	OS	
A10BH05	Linagliptin	OS	
A10BJ	Analoghi del GLP-1		Prescrizione su PT regionale giusta nota prot. n. 95421 del 07/12/2016 pubblicata sul sito istituzionale dell'Assessorato alla sezione "Farmaceutica - PTORS" da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1 del D.A. 1766/11. L'obbligo di compilazione dell'apposito campo "motivazione dello switch è temporaneamente sospeso" (aggiornamento n. 14 del PTORS - nota prot. n. 28537 del 31/03/2017). Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intera esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.
A10BJ01	Exenatide	p	
A10BJ02	Liraglutide	p	

A10BJ03	Lixisenatide	p	Prescrizione su PT regionale giusta nota prot. n. 95421 del 07/12/2016 pubblicata sul sito istituzionale dell'Assessorato alla sezione "Farmaceutica - PTORS" da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1 del D.A. 1766/11. L'obbligo di compilazione dell'apposito campo "motivazione dello switch è temporaneamente sospeso" (aggiornamento n. 14 del PTORS - nota prot. n. 28537 del 31/03/2017). 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.
A10BJ05	Dulaglutide	p	Prescrizione su PT regionale giusta nota prot. n. 95421 del 07/12/2016 pubblicata sul sito istituzionale dell'Assessorato alla sezione "Farmaceutica - PTORS" da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1 del D.A. 1766/11. L'obbligo di compilazione dell'apposito campo "motivazione dello switch è temporaneamente sospeso" (aggiornamento n. 14 del PTORS - nota prot. n. 28537 del 31/03/2017). 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.
A10BK	SGLT-2 inibitori		
A10BK01	Dapagliflozin	os	
A10BK02	Canagliflozin	os	Prescrizione, su template AIFA, da parte dei Centri prescrittori di cui all'Allegato 1 del D.A. 1766/11.
A10BK03	Empagliflozin	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	Alfacalcidolo	os	
A11CC04	Calcitriolo	os, p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
A11CC06	Calcifediolo	os	

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	
A16AA05	Acido carginumico	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
A16AB	Enzimi		Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AB02	Imiglucerasi	p	
A16AB03	Agalsidasi alfa	p	

A16AB04	Agalsidasi beta	p	
A16AB05	Laronidasi	p	
A16AB07	Alglucosidasi alfa	p	
A16AB08	Galsulfase	p	
A16AB09	Idursulfasi	p	
A16AB10	Velagucerasi alfa	p	
A16AB12	Elosulfase alfa	p	Il prodotto non può essere posto in compensazione economica mediante file F
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	Migliustat	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AX07	Sapropterina	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
A16AX08	Teduglutide	p	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'AOU "P. Giaccone" di Palermo.
A16AX09	Glicerolo fenilbutirrato	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati con il DA 2199/18
A16AX10	Eliglustat	os	Prescrizione e dispensazione da parte dell'U.O.C. di Astanteria/MCAU dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" e dell'U.O. di Ematologia con Trapianto di Midollo Osseo dell'AOU "Policlinico V. Emanuele"
A16AX14	Migalastat	os	Prescrizione limitata ai Centri della rete delle malattie rare di cui al DA 2199/18
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 erogazione in DPC.
B01AB05	Enoxaparina biosimilare	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC.
B01AB06	Nadroparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC
B01AB07	Parnaparina	p	Per le indicazioni classificate A PHT erogazione in DPC

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

B01AC22	Prasugrel	os	Prescrizione del Piano terapeutico ai sensi di quanto riportato nella nota prot. n. 64431 del 04/08/2017. 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.
B01AC24	Ticagrelor	os	La prescrizione dei Piani Terapeutici, relativi ai dosaggi di 90 e 60 mg, deve avvenire sui modelli di PT allegati rispettivamente alle note prot. n. 64431 del 04/08/2017 e prot. n. 63671 del 02/08/2017 - aggiornamento n. 22 del PTORS, è limitata 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.
B01AC25	Cangrelor	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 7278 del 28/01/2019 - Aggiornamento n. 35 del PTORS.
B01AC27	Selexipag	os	Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18. Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'accensione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.
B01AC30	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	

B01AE07	Dabigatran etexilato	os	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. Per le indicazioni:
B01AF	Inibitori diretti del fattore Xa		"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" e "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. Limitatamente all'uso nella FANV il PT deve essere corredato dal referto dell'indagine ecocardiografica (da richiedere una sola volta) e, in relazione ai fattori di rischio, una delle seguenti certificazioni: classe NYHA \geq II, diabete, ipertensione, attestazione di avvenuto ictus. 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.
B01AF01	Rivaroxaban	os	
B01AF02	Apixaban	os	
B01AF03	Edoxaban	os	
B01AX	Altri antitrombotici		
B01AX01	Defibrotide	p	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 Oncematologia e TMO della Casa di Cura "La Maddalena".
B01AX05	Fondaparinux	p	
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

B02BD	Fattori della coagulazione del sangue		Prescrizione e somministrazione da parte della Divisione Clinicizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico V. Emanuele" di Catania e dell' U.O. di Ematologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo ai sensi del D.A. 2199/18, su PT regionale di cui alla nota prot. n. 947 del 28/11/2017. 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 del 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 secondo quanto specificato nella nota sopra citata
B02BD01	Fattori della coagulazione del sangue	p	Privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano liofilizzato	p	Per la formulazione da 1000 U.I. privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD02	Morotocog alfa	p	
B02BD02	Octocog alfa	p	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione da DNAR	p	
B02BD02	Simotocog	p	
B02BD02	Turoctocog	p	
B02BD02	Efmorotocog alfa	p	
B02BD02	Lonotocog alfa	p	
B02BD03	Complesso protrombinico umano	p	Privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD04	Fattore IX di coagulazione del sangue umano liofilizzato	p	Per la formulazione da 500 U.I. privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivati dal plasma siciliano
B02BD04	Eftrenonacog alfa	p	
B02BD04	Nonacog alfa	p	
B02BD05	Fattore VII di coagulazione del sangue umano liofilizzato	p	
B02BD06	Fattore di Von Willebrand e Fattore VIII	p	
B02BD08	Fattore della coagulazione VIIa	p	
B02BD10	Fattore di Von Willebrand umano	p	
B02BD11	Caridecog	p	
B02BD14	Susotocog alfa	p	
B02BX	Altri emostatici per uso sistemico		
B02BX04	Romiplostim	p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri per le malattie rare già individuati dalla Regione con il D.A. 2199/18
B02BX05	Eltrombopag	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri per le malattie rare già individuati dalla Regione con il D.A. 2199/18

B02BX06	Emicizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte della Divisione Clinizzata di Ematologia dell'AOU "Policlinico V. Emanuele" di Catania e dell'U.O. di Ematologia dell'AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo ai sensi del D.A. 2199/18 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.
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	Carbossimaltosio ferrico	p	
B03B	Vitamina B12 ed acido folico		
B03BA	Vitamina B12 (cianocobalamina e derivati)		
B03BA01	Cianocobalamina	os, p	
B03BA03	Idrocobalamina	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	
B03XA01	Epoetina alfa biosimilare	p	
B03XA01	Epoetina beta	p	

B03XA01	Epoetina zeta (alfa biosimilare)		p	
B03XA02	Darbepoetina		p	
B03XA03	Epoetina beta-metossipolietilenglicole		p	
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	C1-inattivatore		p	
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	Etilefrina	os, p	
C01CA02	Isoprenalina cloridrato	p	
C01CA03	Noradrenalina	p	
C01CA04	Dopamina	p	
C01CA07	Dobutamina	p	
C01CA19	Fenoldopam	p	Solo nel trattamento di terapie di emergenza dell'ipertensione che richiedono la via endovenosa
C01CA24	Adrenalina	p	Formulazione autoiniezione 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	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.

C01EB19	Icatibant acetato		p	
C02	Antipertensivi			
C02A	Sostanze antiadrenergiche ad azione centrale			
C02AB	Metildopa			
C02AB01	Metildopa (levogira)		os	
C02AC	Agonisti dei recettori dell'imidazolina			
C02AC01	Clonidina		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 nitroprusiato		p	
C02K	Altri antipertensivi			
C02KX	Altri antipertensivi			
C02KX01	Bosentan		os	
C02KX02	Ambrisentan		os	
C02KX04	Macitentan		os	

Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18. Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.

C02KX05	Riociguat	os	<p>Registro AIFA.</p> <p>Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Arteriosa non idiopatica: Prescrizione riservata ai Centri di cui al DA n. 1238/18. Per l'indicazione Ipertensione Polmonare Idiopatica ed ereditabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18. Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.</p> <p>Ipertensione Polmonare Cronica Tromboembolica: prescrizione da parte delle cardiologie e pneumologie dei Centri specificatamente individuati D.A. 1238/18 previa presentazione di un giudizio di inoperabilità certificata da un cardiocirurgo esperto nel trattamento della suddetta patologia. Prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro di cui al D.A. 1238/18.</p>
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	Idrodorotiazide + amiloride	os	
C03EA01	Idrodorotiazide +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	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 3a 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.
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+Idocaina	t	
C05B	Terapia antivirale		

C05BB	Sostanze sclerosanti per iniezioni locali				Limitatamente all'utilizzo nelle varici dell'apparato gastroenterico ove non è possibile effettuare la legatura
C05BB02	Lauromacrogol 400 (Polidocanolo)		p		
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		
C07AA05	Propranololo		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.
C07AA06	Timololo		OS		
C07AA07	Sotalolo		OS		
C07AB	Beta bloccanti selettivi				
C07AB02	Metoprololo		OS, p		
C07AB03	Atenololo		OS		
C07AB04	Acebutolo		OS		
C07AB05	Betaxololo		OS		
C07AB07	Bisoprololo		OS		
C07AB08	Celliprololo		OS		
C07AB09	Esmololo		p		
C07AB12	Nebivololo		OS		
C07AG	Bloccanti dei recettori alfa e beta-adrenergici				
C07AG01	Labetalolo		OS, p		
C07AG02	Carvedilolo		OS		
C07B	Beta bloccanti e tiazidi				
C07BB	Beta bloccanti selettivi e tiazidi				
C07BB07	Bisoprololo-idroclorotiazide		OS		
C07C	Beta bloccanti ed altri diuretici				
C07CA	Beta bloccanti non selettivi ed altri diuretici				
C07CA02	Oxrenololo +clortalidone		OS		
C07CB	Beta bloccanti selettivi ed altri diuretici				

C07CB02	Metoprololo + clortalidone		OS
C07CB03	Atenololo + clortalidone		OS
C07CB03	Atenololo + indapamide		OS
C08	Calcio-antagonisti		
C08C	Calcio-antagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare		
C08CA	Derivati diidropiridinici		
C08CA01	Amlodipina		OS
C08CA02	Felodipina		OS
C08CA03	Isradipina		OS
C08CA04	Nicardipina		OS
C08CA05	Nifedipina		OS
C08CA06	Nimodipina		p
C08CA07	Nisoldipina		OS
C08CA08	Nitrendipina		OS
C08CA09	Lacidipina		OS
C08CA11	Manidipina		OS
C08CA12	Barnidipina		OS
C08CA13	Lercanidipina		OS
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

Da utilizzare nell'ambito di protocolli terapeutici per l'emorragia subaracnoidea

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 pregressa prescrizione regolare e continuativa con un ACE inibitore o un sartano a dose terapeutica per almeno sei mesi, mediante compilazione della specifica scheda regionale e autorizzazione da parte dell'ASP di pertinenza. Distribuzione Diretta da parte dell'ASP di residenza del paziente. L'elenco dei centri è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato.
C09X	Altre sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina		
C09XA	Inibitori della renina		
C09XA02	Aliskiren	OS	
C10	Sostanze modificatrici dei lipidi		
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 dovrà avvenire esclusivamente previa presentazione di un'attestazione del MMG inerente la pregressa prescrizione regolare e continuativa di statine ad alta potenza + ezetimibe al massimo della dose tollerata ai sensi della nota AIFA 13. Tale scheda è pubblicata sul sito dell'Assessorato della Salute con nota prot. n. 34871 del 27/04/2017. Nei casi di ipercolesterolemia familiare omozigote o eterozigote sarà necessario allegare una certificazione, redatta dallo specialista, relativa alla specifica tipologia di colesterolemia del paziente elaborata mediante l'utilizzo del <i>Dutch Lipid Score</i> . In caso di intolleranza alla terapia con statine è necessario acquisire l'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR) inserita nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) riportante le condizioni previste dal Registro AIFA. Periodicamente verrà monitorato il numero di pazienti posti in trattamento valutando altresì l'aderenza alla terapia.
C10AX14	Alirocumab		Inserito in PTORS per le indicazioni riportate nella scheda di monitoraggio AIFA con prescrizione e dispensazione da parte degli stessi Centri, pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute, individuati per il p.a. evolocumab. L'erogazione del farmaco dovrà avvenire esclusivamente previa presentazione di un'attestazione del MMG (modello allegato all'aggiornamento n. 19 - nota prot. n. 45294 del 06/06/2017) inerente la pregressa prescrizione regolare e continuativa di statine ad alta potenza + ezetimibe al massimo della dose tollerata ai sensi della nota AIFA 13. Registro AIFA.
C10B	Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni		
C10BA	Inibitori della HMG CoA riduttasi in associazione con altre sostanze Ezetimibe + Simvastatina		
C10BA02	Ezetimibe + Simvastatina	OS	
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	Frumento 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 liev/ 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	
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 argintica		t	
D06BA51	Sulfadiazina argintica associazioni		t	
D06BB	Antivirali			
D06BB03	Aciclovir		t	
D06BB04	Podofillosina		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 di cui alla nota prot. n. 17449 del 26/02/2019 - Aggiornamento n. 36 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricetta SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta da parte delle ASP 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			
D06BX02	Ingenolo mebutato		t	Per il "trattamento della cheratosi attinica" prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 17449 del 26/02/2019 - Aggiornamento n. 36 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricetta SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta da parte delle ASP 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	Fluocortin		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	Difluocortolone		t	
D07AC08	Fluocinonide		t	
D07AC09	Budesonide		t	
D07AC13	Mometasone		t	
D07AC14	Metilprednisolone aceponato		t	
D07AC15	Beclometasone		t	
D07AC17	Fluticasone		t	
D07AC18	Prednicarbatto		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 + Betametasone valerato		t	
D08	Antisettici e disinfettanti			
D08A	Antisettici e disinfettanti			
D08AC	Biguanidi e amidine			
D08AC02	Clorexidina		t	
D08AE	Fenolo e derivati			
D08AE03	Fenolo		t	
D08AG	Derivati dello iodio			
D08AG02	Povidone iodio		t	
D08AG03	Iodio		t	
D08AJ	Derivati ammoniacali quaternari			
D08AJ01	Benzalconio cloruro		t	
D08AJ03	Cetilpiridinio		t	
D08AJ05	Benzoxonio cloruro		t	

D08AK	Derivati del Mercurio		
D08AK04	Merbromina	t	
D08AL	Composti dell'argento		
D08AL30	Argento	t	
D08AX	Altri antisettici e disinfettanti		
D08AX01	Perossido di idrogeno	t	
D08AX04	Tosilcloramide sodica	t	
D08AX06	Potassio permanganato	t	
D08AX07	Sodio ipoclorito	t	
Nota: ogni Azienda potrà inserire altri disinfettanti secondo le indicazioni delle rispettive commissioni interne per le infezioni ospedaliere (CIO)			
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 ricetta 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	Allitretinoina	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. Prescrizione da parte delle UU.OO. di Dermatologia delle Aziende Sanitarie. L'elenco dei Centri già individuati è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
D11AX	Altri dermatologici		
D11AX18	Diclofenac	t	Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 17449 del 26/02/2019 - Aggiornamento n. 36 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricetta SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta da parte delle ASP 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.
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	Ciclopriox	vag	
G02	Altri ginecologici		
G02A	Ossitocici		
G02AB	Alcaloidi della segale cornuta		
G02AB01	Metilergometrina	os, p	
G02AD	Prostaglandine		
G02AD02	Dinoprostone	vag, p	
G02AD03	Gemeprost	vag	
G02AD05	Sulprostone	p	
G02AD06	Misoprostolo	vag	Limitatamente alla seguente indicazione: "a partire dalla 36a settimana di gestazione per l'induzione del travaglio in donne con cervice sfavorevole, nelle quali l'induzione è indicata clinicamente"
G02C	Altri preparati ginecologici		
G02CA	Simpatomimetici, tocolitici		
G02CA01	Ritodrina	p	

G02CB	Inibitori della secrezione di prolattina		
G02CB01	Bromocriptina	os	
G02CB03	Cabergolina	os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
G02CB05	Metergolina	os	
G02CX	Altri ginecologici		
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	Etinilestradiolo	os	
G03CA03	Estradiolo	transd	
G03CA04	Estriolo	vag	
G03CA09	Promestriene	vag	
G03CX	Altri estrogeni		
G03CX01	Tibolone	os	
G03D	Progestinici		
G03DA	Derivati del pregnene (4)		
G03DA02	Medroxiprogesterone	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		Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/2011 e s.m.i. Limitare ad un mese la durata del piano terapeutico. Riportare il valore di FSH determinato in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico. Prescrizione a carico del SSN in ottemperanza alla nota AIFA 74 e al D.A.n. 540/14, su PT <i>web-based</i> regionale di cui alla circolare n. 11 del 2 agosto 2017. Distribuzione mediante canale della DPC.
G03GA01	Gonadotropina corionica	P	
G03GA02	Menotropina	P	
G03GA04	Urofollitropina	P	
G03GA05	Follitropina alfa biosimilare	P	
G03GA05	Follitropina alfa	P	
G03GA06	Follitropina beta	P	
G03GA07	Lutropina alfa	P	
G03GA09	Coriofollitropina alfa	P	
G03GA10	Follitropina delta	P	
G03GA30	Follitropina alfa e Lutropina alfa	P	
G03GB	Stimolanti sintetici dell'ovulazione		
G03GB02	Clomifene	OS	
G03H	Antidrogeni		
G03HA	Antidrogeni, non associati		
G03HA01	Ciproterone	OS, P	
G03HB	Antidrogenici ed estrogeni		
G03HB01	Ciproterone+ Etillestradiolo	OS	
G03X	Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale		
G03XA	Antigonadotropine e sostanze similari		
G03XA01	Danazolo	OS	
G03XB	Antiprogestinici		
G03XB01	Mifepristone	OS	
G03XB02	Ulipristal acetato	OS	Prescrizione da parte di specialisti operanti presso UU.OO. e ambulatori di ostetricia e ginecologia di Presidi Ospedalieri pubblici e privati accreditati di cui alla nota prot. n. 40586 del 25/05/2018 recante Comunicato EMA su nuove misure di minimizzazione dei rischi di tossicità epatica. Distribuzione in DPC
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	Solifenadina	OS		
G04BE	Farmaci usati nella disfunzione dell'erezione			
G04BE03	Sildenafil	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 erettabile: prescrizione riservata ai Centri per le malattie rare respiratorie di cui al DA 2199/18. Per tali indicazioni: prescrizione ed erogazione a carico del SSN vincolata esclusivamente all'accensione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato. L'eventuale deroga alla ripetizione del suddetto esame dopo 5 anni, potrà essere autorizzata dal Centro per il trattamento dell'IPA presso l'ISMETT o da quello presso l'AOU Policlinico V. Emanuele di Catania. Prescrizione su PT regionale di cui alla nota prot. n. 49968 del 29 giugno 2018. Dispensazione effettuata dal Centro prescrittore per i primi 60 giorni di terapia e dall'ASP di residenza del paziente per il restante periodo di validità del PT. I pz con PT redatti fuori regione dovranno essere presi in carico da un Centro tra quelli individuati con i citati Decreti.
G04BE08	Tadalafil	OS		Inserta in PTORS la confezione di Cialis 12 cpr 20 mg alle seguenti condizioni: - per i pazienti <u>prostatactomizzati</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. - per i pazienti <u>medullectesi</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.- per i pazienti con <u>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. 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.
G04BE08	Tadalafil	OS		

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"> - per i pazienti <u>prostatactomizzati</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 con <u>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. - per i pazienti <u>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>prostatactomizzati</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>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>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	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 DDG n. 588/18
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			
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 al DA 1241/18.

H01CB05	Pasireotide			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	Betametazone		os, p	
H02AB02	Desametasone		os, p	
H02AB04	Metilprednisolone		os, p	
H02AB07	Prednisone		os	
H02AB08	Triamcinolone		p	
H02AB09	Idrocortisone		p, os	
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 perclorato		os	
H04	Ormoni pancreatici			
H04A	Ormoni glicogenolitici			
H04AA	Ormoni glicogenolitici			
H04AA01	Glucagone		p	
H05	Calcio-omeostatici			
H05A	Ormoni paratiroidi ed analoghi			
H05AA	Ormoni paratiroidi ed analoghi			

H05AA02	Teriparatide		p	Prescrizione su modello di PT regionale di cui alla nota prot. n. 12779 del 14/02/2018. Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per il trattamento dei farmaci in nota AIFA 79 è obbligatorio eseguire la MOC; tale esame non è necessario in caso di fratture osteoporotiche vertebrali o di femore radiologicamente documentate
H05B	Agenti antiparatiroidici			
H05BA	Preparati a base di calcitonina			
H05BA01	Calcitonina		p	
H05BX	Altri preparati antiparatiroidici			
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				
J01CE	Penicilline sensibili alle beta-lattamasi			p	
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	
J01D	Altri antibatterici beta-lattamici				
J01DB	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				Non raccomandate a scopo profilattico
J01DD01	Cefotaxima			p	Farmaco non antipseudomonas
J01DD02	Ceftazidima			p	
J01DD04	Ceftriaxone			p	Farmaco non antipseudomonas
J01DD07	Ceftizoxima			p	
J01DD08	Cefixima			os	
J01DD09	Cefodizime			p	Farmaco non antipseudomonas
J01DD12	Cefoperazone			p	
J01DD13	Cefpodoxima			os	
J01DD14	Ceftibuten			os	

J01DD52	Ceftazidima pentaidrato + avibactam sodico	p	Prescrivibilità limitata ai clinici afferenti alle UU.OO. di malattie infettive o, in caso di assenza di tali UU, da Clinici individuati dal CIO aziendale con compilazione della scheda cartacea di cui alla nota prot. n. 56525 del 23/08/2018 - Aggiornamento n. 30 del PTORS.
J01DE	Cefalosporine di IV Generazione		Non raccomandate a scopo profilattico
J01DE01	Cefepime	p	Questo composto può essere scelto solo in caso di comprovata indicazione
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 Siciliana. 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
J01DI	Altre cefalosporine e penemi		
J01DI01	Ceftibiprola	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 UU, da Clinici individuati dal CIO aziendale.
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	p	Ai fini della prescrizione a carico del SSN, gli specialisti individuati dovranno compilare la scheda cartacea di appropriatezza prescrittiva nella quale è indicato che la prescrivibilità è riservata all'infettivologo o, in sua assenza, ad altro Specialista con competenza infettivologica individuata dal CIO. La dispensazione è subordinata alla presentazione della scheda AIFA da parte del medico richiedente.
J01E	Sulfonamidi e trimetoprim		
J01EE	Associazioni di sulfonamidi con trimetoprim, inclusi i derivati		Controindicati nel neonato e nel prematuro per il rischio di ittero nucleare
J01EE01	Sulfametossazolo + Trimetoprim	os, p	
J01F	Macrolidi, lincosamidi e streptogramine		
J01FA	Macrolidi		Principi attivi sovrapponibili per meccanismo d'azione
J01FA01	Eritromicina	os	
J01FA02	Spiramicina	os	

J01FA06	Roxitromicina	os	
J01FA09	Clarithromicina	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, batteroides, 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		Al 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 trattasi 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	Al fini della prescrizione a carico del SSN, gli specialisti individuati dovranno compilare la scheda cartacea di appropriatezza prescrittiva nella quale è indicato che la prescrivibilità è riservata all'infettivologo o, in sua assenza, ad altro Specialista con competenza infettivologica individuata dal CIO. La dispensazione è subordinata alla presentazione della scheda AIFA da parte del medico richiedente.
J01XB	Polimixine		
J01XB01	Colistina	p, inal	
J01XD	Derivati imidazolic		
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 AOOR 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 triazolic		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	Antimicrobatterici			
J04A	Farmaci per il trattamento della tubercolosi			
J04AB	Antibiotici			
J04AB02	Rifampicina		os, p	
J04AB03	Rifamicina		p	Indicazione selettiva nelle infezioni sostenute da Mycobacterium avium complex
J04AB04	Rifabutina		os	Nota AIFA 56. Secondo le modalità previste dal DA n. 1766/11 e s.m.l.
J04AC	Idrazidi			
J04AC01	Isoniazide		os, p	
J04AK	Altri farmaci per il trattamento della tubercolosi			
J04AK01	Pirazinamide		os	Da non usare in profilassi
J04AK02	Etambutolo		os, p	
J04AK05	Bedaquiline fumarato		os	Prescrizione e dispensazione da parte delle Infettivologie e Pneumologie delle Aziende Ospedaliere
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.l.
J05AD	Derivati dell'acido fosfonico			
J05AD01	Foscamet		p	

J05AE	Inibitori delle proteasi		Limitatamente ai Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
J05AE01	Saquinavir	OS	
J05AE02	Indinavir	OS	
J05AE03	Ritonavir	OS	
J05AE04	Nelfinavir	OS	
J05AE07	Fosamprenavir	OS	
J05AE08	Atazanavir	OS	
J05AE09	Tipranavir	OS	
J05AE10	Darunavir	OS	
J05AF	Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa		Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AF01	Zidovudina	OS, p	
J05AF02	Didanosina	OS	
J05AF04	Stavudina	OS	
J05AF05	Lamivudina	OS	
J05AF06	Abacavir	OS	
J05AF07	Tenofovir disoproxil	OS	
J05AF08	Adefovir dipivoxil	OS	
J05AF09	Emtricitabina	OS	
J05AF10	Entecavir	OS	
J05AF11	Telbivudina	OS	
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	
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 AlFA 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 AlFA. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP07	Daclatasvir	OS	Registro AlFA e Registro Rete Regionale HCV. Prescrizione ai sensi del D.A. 638/19. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori.
J05AP08	Sofosbuvir	OS	Registro AlFA e Registro Rete Regionale HCV. Distribuzione diretta da parte dei Centri prescrittori. Con Determina AlFA 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.
J05AR	Antivirali per il trattamento dell'infezione da HIV, associazioni		
J05AR01	Lamivudina + Zidovudina	OS	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
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	Inserito temporaneamente in PTORS in quanto trattasi di associazione preconstituita più economica delle attuali associazioni estemporanee disponibili per la medesima indicazione terapeutica. La permanenza in PTORS è subordinata al mantenimento del vantaggio economico rispetto alla somma dei costi dei singoli p.a. delle associazioni estemporanee. Prescrizione e dispensazione da parte delle UU.OO. di infettivologia di cui all'allegato 1 del DA 1766/11.
J05AR15	Atazanavir + cobicistat	OS	
J05AR17	Emtricitabina+ Tenofovir alafenamide fumarato	OS	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'Allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
J05AR18	Elvitegravir+ Cobicistat+ Emtricitabina+ Tenofovir alafenamide fumarato	OS	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR19	Emtricitabina+ Rilpivirina+Tenofovir alafenamide fumarato	OS	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
J05AR20	Bictegravir + emtricitabina + tenofovir alafenamide fumarato	OS	Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 1 del DA 1766/11 e s.m.i.
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.

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.
J05AX08	Raltegravir		os	
J05AX09	Maraviroc		os	
J05AX12	Dolutegravir		os	
J05AX18	Letermovir		p	
J06	Sieri immuni ed immunoglobuline			Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di Ematologia con UTMO il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute.
J06A	Sieri Immuni			
J06AA	Sieri Immuni			
J06AA03	Siero antiofidico (contro il veleno di serpenti)		p	
J06B	Immunoglobuline			
J06BA	Immunoglobuline, umane normali			
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		p	
J06BA02	Immunoglobuline umane normali, per uso endovenoso		p	Registro AIFA. Per le formulazioni da 250 U.I. e 500 U.I.: privilegiare i prodotti in conto lavorazione derivante da plasma siciliano. Viene approvata l'estensione di indicazione terapeutica "polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica" limitatamente alle U.O. di Neurologia ospedaliere
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 antivaricella - zooster		p	
J06BB04	Immunoglobulina epatitica B		p	
J06BB09	Immunoglobulina citomegalovirica		p	
J06BB16	Pallivizumab		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 provvisorio)	Linfociti T allogenici geneticamente modificati con un vettore retrovirale codificante per una forma troncata del recettore umano a bassa affinità del fattore di crescita nervoso (ALNGFR)	p		Registro AIFA. Prescrizione da parte delle UU.OO.CC. Ematologia con UTMO dell'AOOR "Villa Sofia - Cervello" e dell'AOU "Policlinico V. Emanuele" di Catania e dell'U.O. di Oncematologia 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	
L01AA06	Ifosfamide		p	
L01AA09	Bendamustina		p	
L01AB	Alchilsulfonati			
L01AB01	Busulfano		os, p	
L01AC	Etilenimine			
L01AC01	Tiotepa		p	
L01AD	Nitrosouree			
L01AD01	Carmustina		Impianti	Nei pazienti con recente diagnosi di glioma ad alto grado di malignità in aggiunta all'intervento chirurgico e alla radioterapia. E' indicato come aggiunta all'intervento chirurgico nei pazienti affetti da glioblastoma multiforme con recidive comprovate da esmi istologici, per i quali è indicata la resezione chirurgica
L01AD05	Fotemustina		p	
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	Meraptopurina		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	
L01BC05	Gemcitabina		p	
L01BC06	Capecitabina		os	
L01BC07	Azacitidina		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di ematologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01BC08	Decitabina		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di ematologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01BC52	5 fluorouracile + acido salicilico		t	Prescrizione su PT di cui alla nota prot. n. 17449 del 26/02/2019 - Aggiornamento n. 36 del PTORS limitata agli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata. Distribuzione diretta da parte delle ASP 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 pianre 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 podofilotossina			
L01CB01	Etoposide		os, p	
L01CD	Taxani			

L01CD01	Pacitaxel		p		Registro AIFA. Il medicinale può essere prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01CD01	Pacitaxel albumina		p		
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.
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		
L01X	Altri antineoplastici				
L01XA	Composti del Platino				
L01XA01	Cisplatino		p		
L01XA02	Carboplatino		p		
L01XA03	Oxaliplatino		p		
L01XB	Metildrazine				
L01XB01	Procabazina		os		
L01XC	Anticorpi monoclonali				
L01XC02	Rituximab		p		
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.

L01XC08	Panitumumab		p	Limitatamente ai centri di cui all'allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XC10	Ofatumumab		p	Prescrizione da parte dei Centri di Oncologia ed Ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. n. 1761/11 e s.m.i.
L01XC11	Ipilimumab		p	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC12	Brentuximab		p	Registro AIFA. Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i. Inserito in file T da Luglio 2014.
L01XC13	Pertuzumab		p	Registro AIFA. Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.1766/2011 e s.m.i. Inserito in file T da Luglio 2014.
L01XC14	Trastuzumab emtansine		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Inserito in file T da Novembre 2014.
L01XC15	Obinutuzumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC16	Dinutuximab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri individuati dalla Regione il cui elenco è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XC17	Nivolumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. previa presentazione di un'istanza a firma del Direttore Generale. L'elenco dei Centri già individuati è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute. Eventuali ulteriori candidature dovranno pervenire su istanza ai sensi del DA 314/16.
L01XC18	Pembrolizumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. previa presentazione di un'istanza a firma del Direttore Generale. L'elenco dei Centri già individuati è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XC19	Elinatumomab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. previa presentazione di un'istanza a firma del Direttore Generale. L'elenco dei Centri già individuati è pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Salute.
L01XC21	Ramucirumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XC23	Elotuzumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei medesimi Centri individuati per il p.a.carfilzomib, pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute
L01XC24	Daratumumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei medesimi Centri individuati per il p.a.carfilzomib, pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute
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.

L01XC31	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. 2199/18 con il Centro di Riferimento Regionale per tumori rari.
L01XC32	Atezolizumab		p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri pubblici individuati per i pp.aa. Nivolumab e Pembrolizumab. Eventuali istanze da parte di Centri privati devono pervenire da parte dell'ASP di pertinenza. Per tali strutture l'acquisto deve essere effettuato dall'ASP di pertinenza al fine di garantire l'accesso al fondo farmaci innovativi nel rispetto delle procedure stabilite con DA 686/18
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 nel caso in cui l'asportazione chirurgica si considera meno appropriata. Limitatamente alle U.U.O. di dermatologia, Oncologia e Ematologia
L01XD04	Acido 5-aminolevulinico		p	Prescrizione da parte delle UU.OO. di Neurochirurgia dotate di attestazione relativa al completamento del Corso di Addestramento nella chirurgia guidata dalla fluorescenza.
L01XD04	Acido 5-aminolevulinico		transd	L'impiego è limitato alle UU.OO. di Dermatologia dotate di lampada per la terapia fotodinamica utilizzando una sorgente di luce rossa a banda stretta con spettro di 630 ± 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 Alcare non sia libera da lesioni, successivamente al singolo trattamento si consiglia di utilizzare terapie alternative per rimuovere le lesioni di cheratosi attinica.
L01XD05	Temoporfin		p	Limitatamente al P.O. S. Vincenzo di Taormina in possesso dei requisiti strutturali e del personale addestrato per l'utilizzo del prodotto. E' stabilito altresì che tale struttura fornisca dettagliata relazione sulla casistica trattata ed i risultati ottenuti ad un anno dall'inserimento in PTORS.
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 del 07/04/17

L01XE02	Gefitinib	os	Impiego nel trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico previa acquisizione della copia del referto attestante la mutazione positiva dell'EGFR. Impiego limitato ai Centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/2011 e s.m.i.
L01XE03	Erlotinib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE04	Sunitinib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE05	Sorafenib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE06	Dasatinib	os	Registro AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE07	Lapatinib	os	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE08	Nilotinib	os	Registro AIFA. Secondo indicazioni autorizzate AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L01XE09	Temsirolimus	p	Prescrizione limitata ai centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XE10	Everolimus	os	Registro AIFA per le 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 2199/18. 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 2199/18. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.
L01XE11	Pazopanib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei centri di cui all'allegato 3 del DA 1766/11 e s.m.i.
L01XE12	Vandetanib	os	Registro AIFA. Impiego previa acclusione del test sulla mutazione RET da parte delle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private, di oncologia ed endocrinologia.
L01XE13	Afinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del DA. 1766/11 e s.m.i.
L01XE14	Bosutinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte delle Unità operative di ematologia dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE15	Vemurafenib	os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE16	Crizotinib	os	Registro AIFA. Prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE17	Axitinib	os	Registro AIFA. Prescritto dai centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE18	Ruxolitinib	os	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei centri di ematologia di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

L01XE21	Regorafenib	OS	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei 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.
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	In associazione a dabrafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
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 Cardioma 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.
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	Certinib	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.
L01XE31	Nintedanib	OS	Per la fibrosi polmonare prescrizione, su Registro AIFA, ed erogazione da parte del Centro dell'AOU "Policlinico - V. Emanuele" di Catania e dell'ISMETT di Palermo. 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 D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE33	Palbociclib	OS	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
L01XE35	Osimertinib	OS	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
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 D.A. 1766/11 e s.m.i. Per le indicazioni mastocitosi sistemica aggressiva, mastocitosi sistemica associata a neoplasie ematologiche o leucemia mastocitica prescrizione e dispensazione da parte della Divisione Clinizzata di Ematologia dell'AOUP "Vittorio Emanuele" di Catania.
L01XE42	Ribociclib	OS	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

L01XX	Altri antineoplastici		
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. Prescrizione da parte dei Centri che hanno già compilato il registro AIFA per farmaci con indicazione per il carcinoma ovarico.
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.
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.

L01XY	Combinazioni di agenti neoplastici		p		Registro AIFA. Limitatamente ai centri di ematologia individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n.
L01XY01	Citarabina + daunorubicina				
L02	Terapia endocrina				
L02A	Ormoni e sostanze correlate				
L02AB	Progestinici				
L02AB01	Megestolo		os		
L02AB02	Medrospanprogestosterone		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		Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L02BB04	Enzalutamide		os		Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 3 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
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 del Piano Terapeutico (PT) limitata alle U.O. di oncologia e urologia delle strutture pubbliche e private convenzionate per le stesse branche, il PT può avere una durata massima di 3 mesi. In considerazione del rischio di allungamento del tratto QT, si richiede un attento monitoraggio cardiologico dei pazienti sottoposti a tale trattamento
L02BX03	Abiraterone	os	Prescrizione e dispensazione riservata ai Centri di cui all'allegato 3 del D.A. 1766/11 e s.m.i. In caso di prescrizione da parte di strutture private, la dispensazione verrà effettuata dall'ASP di residenza del paziente.
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	Flgrastim	p	
L03AA02	Flgrastim biosimilare	p	
L03AA10	Lenograstim	p	
L03AA13	Pegfilgrastim	p	
L03AA13	Pegfilgrastim biosimilare	p	
L03AA14	Lupegfilgrastim	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. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Dispensazione ai sensi del DA n. 754/16.
L03AB08	Interferone beta-1b	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Dispensazione ai sensi del DA n. 754/16.
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03AB11	Peginterferone alfa-2a	p	Template AIFA. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con allegato 1 del DA n. 1766/11 e s.m.i.
L03AB13	Peginterferone beta-1a	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Dispensazione ai sensi del DA n. 754/16.
L03AC	Interleuchine		
L03AC01	Al desleuchina	p	

L03AX	Altri Immunostimolanti	endovescicale	
L03AX03	Vaccino BCG (Bacillo di Calmette e Guérin)		
L03AX13	Glatiramer acetato	p	Nota AIFA 65. Limitatamente ai Centri individuati dalla Regione con DDG 626/19. Dispensazione ai sensi del DA n. 754/16.
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	Registro AIFA. Nell'ambito dello specifico protocollo terapeutico approvato dall'AIFA e limitatamente ai centri individuati dalla Regione con DDG 626/19.
L04AA24	Abatacept	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA25	Eculizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui al D.A. Rete Regionale delle malattie rare n. 2199/18
L04AA26	Belimumab	p	Registro AIFA. Impiego da parte delle reumatologie ospedaliere e territoriali e dei PTA con ambulatorio infermieristico, nel rispetto delle modalità d'uso autorizzate (infusione e.v. per un'ora), previa accensione del referto del laboratorio di analisi che compri la presenza dei 5 elementi previsti per l'impiego a carico del SSN.
L04AA27	Fingolimod	os	Registro AIFA. Nota AIFA 65. Impiego esclusivo da parte dei centri già individuati dal DDG 626/19. La prima somministrazione deve essere effettuata in Day Hospital sotto stretto monitoraggio cardiaco.
L04AA29	Tofacitinib	os	Prescrizione su scheda cartacea di cui alla nota prot. n. 92437 del 13/12/2018 - Aggiornamento n. 33 del PTORS da parte dei Centri individuati con l'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA31	Teriflunomide	os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri già individuati dal DDG 626/19. Con nota prot. n. 90997 del 26/11/2015 - aggiornamento n. 2 PTORS è stata estesa la possibilità di prescrizione anche ai Centri spoke della Rete SM.

L04AA32	Apremilast	os	Prescrizione su PT AIFA allegato alla nota prot. n. 56525 del 23/07/2018 - Aggiornamento n. 30 del PTORS limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. Al fine di distinguere le "prime prescrizioni" dalle "continuità terapeutiche", è necessario fare riferimento alla sezione "prescrizione". Infatti, la dose raccomandata di apremilast è di 30 mg bis in die, preceduta da uno schema di titolazione iniziale con l'utilizzo delle dosi di 10, 20 e 30 mg. Dopo la titolazione iniziale non è richiesta una nuova titolazione. Per consentire la suddetta titolazione iniziale, è disponibile uno starter pack contenente 27 compresse da 10/20/30 mg. Pertanto il PT per la prima prescrizione DEVE riportare la richiesta dello starter pack, mentre per la continuità non può essere utilizzato tale confezionamento. Si ribadisce che in nessun caso potrà intendersi "prosecuzione di terapia" un trattamento iniziato mediante l'utilizzo di campioni gratuiti. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA33	Vedolizumab	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA34	Alemtuzumab	p	Registro AIFA. Prescrizione limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19. Per le restrizioni d'uso del medicinale si rimanda alla Nota Informativa importante dell'AIFA pubblicata sul sito dell'Assessorato, giusta nota prot. n. 34071 del 24/04/2019.
L04AA36	Ocrelizumab	p	Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 7278 del 28/01/2019 - Aggiornamento n. 35 del PTORS, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19.
L04AA37	Baricitinib	p	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri individuati con l'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. Compilazione della scheda di cui al DA del 16/02/2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AA40	Cladribina		Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 32377 del 17/04/2019 - Aggiornamento n. 37 del PTORS, limitata ai Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore.
L04AB	Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-α)		La prescrizione deve essere effettuata ai sensi del D.A. n. 540/14. Dispensazione dal Centro Prescrittore per tutte le indicazioni terapeutiche. Presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.
L04AB01	Etanercept	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 limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. e compilazione della scheda di prescrizione cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 42794 del 28/05/2019 - Aggiornamento n. 38 del PTORS. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi.
L04AB01	Etanercept biosimilare	p	

L04AB02	Infliximab	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 si rimanda 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 limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. e compilazione della scheda di prescrizione cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 42794 del 28/05/2019 - Aggiornamento n. 38 del PTORS. La durata massima
L04AB02	Infliximab biosimilare	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 si rimanda 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 limitata ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. e compilazione della scheda di prescrizione cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 42794 del 28/05/2019 - Aggiornamento n. 38 del PTORS. 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.
L04AB04	Adalimumab	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.
L04AB04	Adalimumab biosimilare	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 si rimanda al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino".
L04AB05	Certolizumab pegol	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 si rimanda al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino".
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 si rimanda al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino".
L04AC	Inibitori dell'interleuchina		
L04AC02	Basiliximab	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.
L04AC03	Anakinra	p	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. 42794 del 28/05/2019 - Aggiornamento n. 38 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 Malattia di Crohn prescrizione su scheda cartacea di cui alla nota prot. n. 92437 del 13/12/2018 - Aggiornamento n. 33 del PTORS da parte dei Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino". Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC05	Ustekinumab	p	

L04AC07	Tocilizumab	p	Limitatamente ai centri individuati dalla Regione con l'allegato 4 del DA n. 1766/11 e s.m.i. con compilazione della scheda di cui al DA del 16 febbraio 2011. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC08	Canakinumab	p	Registro AIFA per le indicazioni reumatologiche. Per l'indicazione "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.
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. 42794 del 28/05/2019 - Aggiornamento n. 38 del PTORS da parte dei Centri di cui all'allegato 4 del DA 1766/11 e s.m.i. La durata massima della scheda di prescrizione è di 3 mesi. Per tutte le indicazioni terapeutiche presa in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione e dispensazione da parte del Centro prescrittore.
L04AC11	Siltuximab	p	Prescrizione limitata ai Centri per le malattie rare di cui al D.A. 2199/18 Farmaco non soggetto a compensazione tramite file F.
L04AC12	Brodalumab	p	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 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	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 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	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 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.
L04AD	Inibitori della calcineurina	os, p	
L04AD01	Ciclosporina		

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	Registro AIFA. Prescrizione ed erogazione da parte dei Centri di cui al D.A. 2199/18 Rete Regionale Malattie Rare. La prescrizione è subordinata alla compilazione della scheda AIFA.
L04AX05	Pirfenidone		os	Registro AIFA. Limitatamente alle UU.OO. di oncologia e oncoematologia di cui all'allegato 3 del DA n. 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 antinfiammatori ed antireumatici			
M01A	Farmaci antinfiammatori/antireumatici, non steroidei			
M01AB	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate			
M01AB01	Indometacina		os, p, rett	
M01AB05	Diclofenac		os	
M01AB14	Proglumetacina		os	
M01AB15	Ketorolac		os, p	
M01AB16	Acetiofenac		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	Antolmetina 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 ammonici 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
M04	Antigottosi	
M04A	Antigottosi	
M04AA	Preparati inibenti la formazione di acido urico	

La forma parenterale deve essere sempre tenuta a disposizione per i casi di ipertermia maligna

M04AA01	Allopurinolo	os	Prescrizione ai sensi della Nota AIFA 91 nei casi di documentata inefficacia o intolleranza all'allopurinolo
M04AA03	Febuxostat	os	
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 diretta 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 classificata in fascia H: considerato il costo più elevato e i trials disponibili, è da impiegarsi in pazienti con metastasi ossee da tumori solidi. Per l'indicazione "trattamento di adulti e adolescenti con apparato scheletrico maturo con tumore a cellule giganti dell'osso non resecabile o per i quali la resezione chirurgica potrebbe provocare severa morbidità" 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.
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. 2199/18
M09AX07	Nusherssen	p	Registro AIFA. Prescrizione da parte del Centro NEMO Sud dell'AOU Policlinico "G. Martino" di Messina.
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	Fentanil	p	
N01AH03	Sufentanil	p, os	Per la "gestione del dolore post - operatorio acuto da moderato a severo in pazienti adulti" . Impiego da parte delle UU.OO. Chirurgia. Farmaco non soggetto a compensazione tramite File F.
N01AH06	Remifentanil	p	

N01AX	Altri anestetici generali		
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	p, 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	Tramadol		os, p	
N02AX06	Tapentadol		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	
N02BG10	Nabiximols		Spray per mucosa orale	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri abilitati alla prescrizione delle terapie di seconda linea per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui al D.D.G. 626/19.
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	Elitriptan		os	
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 limitata alle UU.OO. di neurologia. Erogazione del farmaco in DPC.
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 template AIFA, limitata alle UU.OO. di neurologia e neuropsichiatria infantile. Erogazione del farmaco in DPC.
N03AX23	Brivaracetam		os	Prescrizione su PT cartaceo AIFA di cui alla nota prot. n. 51442 del 04/07/2018 - Aggiornamento n. 29 del PTORS limitatamente alle UU.OO. di Neurologia e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza delle Aziende Sanitarie. Erogazione del farmaco in DPC.
N04	Antiparkinsoniani			
N04A	Sostanze anticolinergiche			
N04AA	Amine terziarie			
N04AA02	Biperidene		os, p	
N04AA11	Bornaprina		os	
N04AB	Eteri chimicamente correlati agli antistaminici			
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
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	Pericizina		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 tioxantene			
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		inal	Limitatamente all'impiego nei pazienti ricoverati presso le UU.OO. di Psichiatria. Prescrizione su PT AIFA cartaceo allegato alla nota prot. n. 42194 del 31/05/2018 - Aggiornamento n. 28 del PTORS
N05AH02	Clozapina		os	
N05AH03	Olanzapina		os, p	
N05AH04	Quetiapina		os	

N05AH05	Asenapina			
N05AH06	Clotiapina		os, p	
N05AL	Benzamidi			
N05AL01	Sulpiride		p	
N05AL03	Tiaprìde		os, p	
N05AL05	Amisulpride		os	
N05AL07	Levosulpiride		os, p	
N05AN	Litio			
N05AN01	Litio carbonato		os	
N05AX	Altri Antipsicotici			Limitatamente ai Centri individuati con l'allegato 1 del D.A.1766/11 e s.m.i.
N05AX08	Risperidone		os, p	
N05AX12	Aripiprazolo		os, p	
N05AX13	Paliperidone		os	
N05AX15	Cariprazina		os	Distribuzione mediante canale della DPC
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	Ipnodici 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	
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	Fluvoxamina	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.
N06B	Psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi		
N06BA	Simpaticomimetici 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.
N06BC	Derivati xantinici		
N06BC01	Caffeina citrato	ev, OS	
N06BX	Altri psicostimolanti e nootropici		
N06BX13	Iclobenone	OS	Registro AIFA. Prescrizione e Dispensazione da parte della U.O.C. di Neurologia e Malattie Neuromuscolari del Policlinico di Messina afferente alla Rete Regionale delle Malattie Rare di cui al D.A. 2199/18.
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-demenzia			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			
N07BB	Farmaci usati nella dipendenza da alcool			
N07BB01	Disulfiram		os	
N07BB03	Acamprosato		os	Prescrizione e dispensazione da parte del SERT
N07BB04	Naltrexone		os	
N07BB49	Sodio oxibato		os	
N07BC	Farmaci usati nella dipendenza da oppiacei			
N07BC01	Buprenorfina		os, transd	
N07BC02	Metadone		os	Limitatamente alle Sindrmi 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 del SERT.
N07BC51	Buprenorfina + Naxolone		subl	Al sensi dell'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
N07C	Preparati antivertigine			
N07CA	Preparati antivertigine			
N07CA01	Betaistina		os	
N07X	Altri farmaci del sistema nervoso			
N07XX	Altri farmaci del sistema nervoso			
N07XX02	Riluzolo		os	
N07XX06	Tetabenazina		os	
N07XX08	Tafamidis meglumine		os	Prescrizione limitata alla UOC di Neurologia del Policlinico di Messina di cui al D.A. 2199/18 "Rete Regionale Malattie Rare".

N07XX09	Dimetilfumarato		os	Prescrizione e dispensazione limitata ai Centri di cui al DDG 626/19. Con nota prot. n. 90997 del 26/11/2015 - aggiornamento n.2 PTORS è stata estesa la possibilità di prescrizione anche ai Centri spoke della Rete SM.
N07XX11	Pitolisant		os	Prescrizione da parte del Centro di Riferimento Regionale presso l'Oasi Maria SS. di Troina, limitatamente ai pazienti intolleranti o non responsivi al modafinil. Dispensazione da parte dell'ASP di residenza del paziente.
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	Aminochinolone			
P01BA01	Clorochina		os	
P01BA02	Idrossiclorochina		os	
P01BC	Metanolchinoline			
P01BC02	Meflochina		os	
P01CX	Altre sostanze contro la leishmaniosi e la tripanosomiasi			
P01CX01	Pentammina		p	Centri prescrittori di cui all'allegato 1 del D.A. n.1766/11 e s.m.i.
P02	Antelmintici			
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 spirometria			Per i farmaci indicati per il trattamento della BPCO, prima di procedere alla prescrizione, è fatto obbligo ai medici prescrittori di acquisire la documentazione attestante l'esito della spirometria e del test di reversibilità ai fini della diagnosi
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	Budenoside + 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	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL04	Indacaterolo + Glicopirronio	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL05	aclidinio + formoterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL06	tiotropio + olodaterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione soggetta a PT regionale con validità semestrale. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03AL08	Fluticasone + Umeclidinio + vilanterolo	inal	Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 32377 del 17/04/2019 - Aggiornamento n. 37 del PTORS. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.

R03AL09	Beclometasone + Formeterolo + Glicopirronio			Prescrizione limitata alle UU.OO. di pneumologia, geriatria e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN. Prescrizione su scheda cartacea AIFA di cui alla nota prot. n. 7278 del 28/01/2019 - Aggiornamento n. 35 del PTORS. Il rinnovo del PT è consentito esclusivamente allo specialista.
R03B	Altri antiasmatici per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per aerosol		inal	
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	Zafirlucast		os	
R03DC03	Montelukast		os	
R03DX	Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico			

R03DX05	Omalizumab	P	<p>Per l'indicazione asma, prescrizione e dispensazione ai sensi del DDG 815/14. A partire dalla quarta somministrazione, il medico prescrittore potrà decidere, per i soggetti senza storia di anafilassi, se continuare la somministrazione della terapia in regime ambulatoriale oppure considerare l'avvio dei pazienti all'autosomministrazione. In tali casi, i pazienti o chi si cura di loro dovranno essere sottoposti ad un'adeguata formazione circa le modalità di somministrazione del medicinale e l'identificazione precoce di segni e sintomi riconducibili ad eventuali reazioni allergiche gravi. Per l'indicazione orticaria spontanea cronica, prescrizione su template AIFA, limitata ai Centri individuati dalla Regione e pubblicati sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute. Distribuzione diretta da parte del Centro Prescrittore.</p>
R03DX07	Roflumilast	OS	<p>Registro AIFA. Prescrizione da parte dei Clinici di UU.OO. di pneumologie di strutture pubbliche e pneumologi convenzionati interni</p> <p>"terapia aggiuntiva per l'asma eosinofilo refrattario severo in pazienti adulti".</p> <p>Poiché mepolizumab deve essere prescritto da medici esperti nella diagnosi e nel trattamento dell'asma grave eosinofilo refrattario, 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. 58241 del 13/07/2017 - aggiornamento n. 21 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 tempestiva "(mesi)" la dicitura "prima prescrizione" o "continuità terapeutica".</p> <p>Il PT ha una durata massima di 6 mesi.</p> <p>Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore. Qualora la dispensazione avvenga da parte dell'ASP di residenza del paziente, poiché mepolizumab "deve essere somministrato solo tramite iniezione sottocutanea da parte di un operatore sanitario", la Farmacia dell'ASP di residenza del paziente dovrà fornire il farmaco ad uno Pneumologo autorizzato dall'Azienda Sanitaria Provinciale che potrà effettuare la somministrazione del medicinale al paziente.</p> <p>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>
R03DX09	Mepolizumab	P	

R03DX10	Benralizumab		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". Distribuzione diretta da parte del Centro prescrittore. Qualora la dispensazione avvenga da parte dell'ASP di residenza del paziente, poiché benralizumab "deve essere somministrato solo tramite iniezione sottocutanea da parte di un operatore sanitario", la Farmacia dell'ASP di residenza del paziente dovrà fornire il farmaco ad uno Pneumologo autorizzato dall'Azienda Sanitaria Provinciale che potrà effettuare la somministrazione del medicinale al paziente. Ai fini della dispensazione è necessario allegare al piano terapeutico AIFA il referto della spirometria e il dosaggio degli eosinofili. Eventuali prescrizioni inappropriate o effettuate da clinici non abilitati alla prescrizione dovranno essere sanzionate ai sensi della normativa vigente.
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. 2199/18
R05CB16	Mannitolo		os	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la Fibrosi Cistica. I suddetti Centri devono relazionare con cadenza semestrale in merito ad eventuali interruzioni di terapia per problemi di tollerabilità
R05D	Sedativi della tosse, escluse le associazioni con espettoranti			
R05DA	Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati			
R05DA20	Diidrocodina + acido benzolico		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	Oxatimide		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	Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia
R07AX30	Ivacaftor + Lumacaftor		os	Registro AIFA. Prescrizione e dispensazione da parte dei Centri per la fibrosi cistica della Regione Sicilia
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	Registro AIFA. Prescrizione limitata ai seguenti Centri prescrittori: P.O. Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (AG), A.O.U. "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania, P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale (CT), P.O. "Barone Romeo" di Patti (ME), A.O.U. Policlinico "G. Martino" di Messina, A.O.O.R. "Villa Sofia Cervello" di Palermo, ARNAS Civico di Palermo, P.O. "Civile - M.P. Arezzo" di Ragusa, P.O. "Umberto I" di Siracusa, P.O. "S. Antonio Abate" di Trapani.
S01XA23	Ocriplasmina		fiala intraoculare	
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	Antinfiammatori			
S01BA	Corticosteroidi non associati			
S01BA01	Desametasone		collirio, unguento oftalmico, impianto intravitale	Per la formulazione intravitale 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 acetoneide		impianto vitreale	Prescrizione, su PT AIFA cartaceo, parte integrante della nota prot. n. 66065 del 17/08/2017 - aggiornamento n. 23, pubblicato sul sito istituzionale dell'Assessorato, limitata ai Centri di cui al D.A. n. 1518/13 e s.m.i. In caso di calo della vista o aumento dello spessore della retina, secondari a recidiva o peggioramento dell'edema maculare diabetico, è possibile la risomministrazione dopo 12 mesi dall'inizio della terapia. In tal caso il rinnovo del PT deve essere autorizzato dal Direttore Sanitario dell'Azienda di pertinenza del prescrittore, previa presentazione di una relazione clinica a supporto della richiesta che dovrà essere anche indirizzata al Servizio 7 Farmaceutica.
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'anidasi 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	Miologici e cicloplici			
S01FA	Anticollinergici			
S01FA01	Atropina		collirio	
S01FA04	Ciclopentolato		collirio	
S01FA06	Tropicamide		collirio	
S01FA56	Tropicamide + fenilefrina		collirio	
S01H	Anestetici locali			
S01HA	Anestetici locali			
S01HA02	Oxibuprocaina		collirio	
S01HA07	Lidocaina		collirio	
S01J	Diagnostici			
S01IA	Sostanze coloranti			
S01IA01	Fluoresceina sodica		p	
S01L	Sostanze per le affezioni vascolari oculari			
S01LA	Sostanze antineovascularizzanti			
S01LA01	Verteporfina		p	
S01LA03	Pegaptanib		fiala intraoculare	Registro AIFA. Limitatamente ai Centri individuati dal D.A. 1518/13 e s.m.i.
S01LA04	Ranibizumab		fiala intraoculare	Registro AIFA. Limitatamente ai Centri individuati dal D.A. 1518/13 e s.m.i.
S01LA05	Aflibercept		fiala intraoculare	Registro AIFA. Limitatamente ai Centri individuati dal D.A. n. 1518/13 e s.m.i.
S01X	Altri oftalmologici			
S01XA	Altri oftalmologici			

S01XA20	Acido ialuronico		collirio	
S01XA20	Carmellosa sodica		collirio	
V	Varì			
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.
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	
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	Lantanio carbonato		os	
V03AE05	Ossi-idrossido sucroferico		os	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.
V03AF	Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici			
V03AF01	Mesna		p	Limitatamente ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i.

V03AF02	Dexrazoxano		p	
V03AF05	Amifostina		os	
V03AF07	Rasburicase		p	
V03AF10	Sodio levofolinato		p	
V03AF10	Calcio levofolinato		os, p	
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 AOOR Villa Sofia - Cervello di Palermo. Dispensazione da parte del Centro Prescrittore. Presa in carico dei pazienti con prescrizione proveniente da strutture fuori regione.
V04CD05	Somatorelina		p	
V04CX	Altri diagnostici			
V04CX	Urea 13C		os	
V04CX	Esaminolevulinato		endovesicale	
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	Ioxolo		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 intracicolare.
V08CA02	Acido gadoterico		p	
V08CA03	Gadodiamide		p	luglio 2017 sospeso da AIFA l'uso e.v. In attesa di controdeduzioni da parte dell'Azienda produttrice.
V08CA04	Gadoteridolo		p	
V08CA08	Acido gadobenico (sale dimegluminico)		p	Permane l'uso 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			
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 Tetrafosmina	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 cloruro	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 oxodotreotide	p	Registro AIFA. Prescrizione limitata all'U.O. di Medicina Nucleare dell'AQUP "G. Martino" di Messina.
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.			

(2019.30.2298)102

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 6,90

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione