



REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 163 del 3.08.2018
Registro proposte del Dipartimento tutela della salute

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 164 del 06 AGO 2018

OGGETTO: *Revisione DCA n. 127/2015 - P.O. 2013-2015 - PROGRAMMA 17.4.2 - Revisione centri autorizzati alla diagnosi e al rilascio di piano terapeutico e dei centri autorizzati alla prescrizione di specifici principi attivi. P.O. 2016-2018, Punto 2.4.1.3, azione n.1.*

Il Dirigente del Settore
D.ssa *Giussepina Fersini*

Il Dirigente Generale del Dipartimento
"Tutela della Salute e Politiche Sanitarie"
Dr. *Bruno Zito*

Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 164 del 06 AGO. 2018

OGGETTO: Revisione DCA n. 127/2015 - P.O. 2013-2015 - PROGRAMMA 17.4.2 - Revisione centri autorizzati alla diagnosi e al rilascio di piano terapeutico e dei centri autorizzati alla prescrizione di specifici principi attivi. Piano Operativo 2016-2018 – Punto 2.4.1.3, azione n.1.

Il Commissario ad Acta

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'art.2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 26 luglio e del 23 novembre 2016 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2016-2018

VISTO il DCA n. 119 del 4/11/2016 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

VISTO il Patto per la Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di Stabilità 2015) e s.m.i.;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTA la nota prot. n. 8485 del 01 Agosto 2017 trasmessa dal Gabinetto del Ministro della Salute con la quale il Dott. Andrea Urbani rassegna le proprie dimissioni dall'incarico di sub Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;

- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO CHE:

- Il P.O. 2013-2015 del Piano di Rientro ha previsto nell'obiettivo P 17.4.2 la "Revisione dei Centri autorizzati all'utilizzo e alla prescrizione di farmaci sottoposti da AIFA all'individuazione di specifici Centri Prescrittori ed utilizzatori da parte delle Regioni";
- Con DCA n. 127/2015, sono stati individuati i Centri autorizzati all'utilizzo e alla prescrizione di farmaci sottoposti da AIFA all'individuazione di specifici Centri prescrittori ed utilizzatori da parte delle Regioni;
- Il P.O. 2016-2018 del Piano di rientro ha previsto al punto 2.4.1.3, azione n. 1, la "Revisione dei Centri autorizzati (DCA n. 127/15) all'utilizzo e alla prescrizione di farmaci sottoposti a note limitative da AIFA";
- gli Allegati A, B e C del sopracitato decreto sono elenchi dinamici e in continua evoluzione nel rispetto dei provvedimenti adottati dall'AIFA, della riorganizzazione e delle modifiche del SSR, nonché dell'aggiornamento periodico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR);
- l'AIFA, con proprie determinazioni, stabilisce che alcuni medicinali, per essere erogati a carico del SSN, siano soggetti a specifiche modalità prescrittive previste da specifiche Note con o senza scheda di diagnosi e terapia, redatti da centri specializzati o specialisti individuati dalle Regioni;
- il Prontuario della continuità assistenziale Ospedale - Territorio (PHT) rappresenta uno strumento per consentire l'erogazione dei medicinali sulla base di una strategia assistenziale integrata, che coniughi la criticità diagnostica e l'esigenza di periodici follow-up, presso strutture specialistiche per assicurare l'appropriatezza diagnostico - assistenziale, con la necessità di erogare farmaci in modo uniforme a livello regionale e senza disagi al paziente;
- il Settore "Politiche del Farmaco, Farmacovigilanza, Farmacia Convenzionata" ha effettuato un'istruttoria sull'elenco dei Centri Prescrittori delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere autorizzati dalla Regione Calabria, in seguito a convocazione dei rispettivi Direttori Sanitari;

CONSIDERATO CHE:

- l'AIFA ha emanato, nel tempo, provvedimenti che hanno escluso o introdotto principi attivi sottoposti ad obbligo di compilazione di scheda di diagnosi e terapia (PT), rilasciata da centri individuati dalle Regioni, rendendo necessario, al fine di assicurare uniformità di accesso alle terapie su tutto il territorio regionale, aggiornarne l'elenco come specificato negli allegati A, B e C che fanno parte integrante e sostanziale del presente atto;
- i centri di riferimento individuati devono adempiere alle proprie attività di diagnosi, predisposizione della scheda di diagnosi e terapia (PT), secondo principi di appropriatezza e buon uso dei farmaci contenuti nei riferimenti normativi nazionali e regionali;

PRECISATO CHE:

- qualora non sia stato definito da AIFA uno specifico modello (*Template*), la scheda di diagnosi e terapia (PT), deve essere compilata in ogni sua parte e deve contenere i dati e le informazioni di seguito

specificati e indispensabili, tra l'altro, alla verifica dell'appartenenza del medico prescrittore al centro regionale autorizzato alla compilazione:

- a. anagrafica del paziente;
 - b. diagnosi;
 - c. farmaco prescritto, specificando posologia e durata del trattamento;
 - d. data di prescrizione, firma del medico prescrittore, timbro del medico prescrittore e del Centro cui lo stesso afferisce;
- l'assenza di uno degli elementi indicati ai punti a), b), e) e d) e/o la compilazione, di un modello diverso dall'Allegato D o da quello indicato per specifici principi attivi nell'Allegato A (*template* AIFA), da parte dei centri individuati, rende la scheda di diagnosi e terapia (PT) non valida ai fini dell'erogazione dei medicinali a carico del SSR;
 - le schede di diagnosi e terapia (PT) hanno validità massima di 12 mesi, salvo diversa indicazione da parte dell'AIFA e, nelle more dell'informatizzazione delle prescrizioni, devono essere compilati in almeno 4 copie, di cui:
 - una rimane al Centro prescrittore
 - due devono essere consegnate all'assistito che deve consegnarne una al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta che ha in carico l'assistito;
 - una deve essere inviata, a cura del centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale di residenza dell'assistito;
 - al fine di semplificare all'utente l'accesso ai medicinali prescrivibili in regime di convenzione, classificati A/RRL e RNRL (per i quali non sia previsto il rilascio di piano terapeutico) e soggetti ad erogazione dietro presentazione di ricetta SSN limitativa redatta dagli specialisti individuati dall'AIFA, questi farmaci possono essere prescritti anche dal medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS), solo in presenza di scheda di diagnosi e terapia (PT) rilasciata da un centro abilitato e competente alla prescrizione dello specifico farmaco, coerentemente alle indicazioni contenute nelle rispettive Determine AIFA e validata dal Servizio Farmaceutico Territoriale competente; fermo restando l'obbligo per lo specialista di effettuare la prima prescrizione su ricetta SSN;
 - gli allegati A, B e C, parte integrante e sostanziale del presente atto, devono essere considerati elenchi dinamici ed in evoluzione nel rispetto dei provvedimenti adottati dall'AIFA nonché della riorganizzazione e delle modifiche del SSR, per il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva;
 - le Direzioni Aziendali, tramite le Direzioni Sanitarie, possono inoltrare al Dipartimento Tutela della Salute richieste motivate di modifica e/o integrazione dei centri identificati nel presente provvedimento, supportate dai dati di attività per come previsto nel D.D.G. n. 3692/20017 e nel D.D.G. n. 4488/2018, che saranno eventualmente formalmente autorizzati con specifico provvedimento;

PRECISATO, altresì, che:

- gli allegati A, B e C potranno essere modificati e/o integrati parallelamente all'aggiornamento del PTR;
- laddove siano indicati quali centri per le prescrizioni gli "Ambulatori", si precisa che sono da intendere quelli afferenti alle rispettive UU.OO. Ospedaliere di Ospedali Pubblici e/o di Strutture private accreditate formalmente autorizzate alla prescrizione;
- la dicitura "Strutture territoriali" fa riferimento a Strutture dell'ASP i cui Specialisti sono dipendenti del SSR;
- i farmaci destinati alla cura di patologie rare sono prescrivibili dai Centri per le Malattie Rare, formalmente identificati dalla Regione Calabria;
- il numero dei Centri individuati sarà proporzionato alla tipologia ed alla prevalenza delle patologie da trattare. Nel caso di malattie a bassa prevalenza (o malattie rare) o che richiedono complessi esami multidisciplinari per la corretta diagnosi, il numero di Centri Prescrittori potrà essere inferiore ad uno per Provincia;



- nel caso in cui i Centri siano individuati per “aree terapeutiche” (es. neurologia, cardiologia, ecc.), la prescrizione potrà essere effettuata esclusivamente da Medici dipendenti del SSR che operano all'interno di Unità Operative riconducibili all'area individuata (es. Cardiologo di U.O. Cardiologia);
- le strutture private accreditate potranno essere autorizzate alla stesura di piani terapeutici per le patologie per le quali sono accreditate, con prescrizione da parte dei MMG, previa contrattazione degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva con le Direzioni delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza, al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica indotta.
- la Direzione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza delle strutture private accreditate, deve inviare istanza di candidatura delle stesse al Settore “Politica del Farmaco, Farmacovigilanza e Farmacie Convenzionate”, al fine di ottenere l'autorizzazione;
- la compilazione dei Registri AIFA e la chiusura delle terapie ai fini del rimborso, previsto dagli accordi negoziali, costituisce requisito obbligatorio anche per il mantenimento dell'autorizzazione alla prescrizione;
- la compilazione dei Registri AIFA e la chiusura delle terapie per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici è obbligatoria al fine di consentire l'accesso ai relativi Fondi (Legge di Bilancio 2017) e di non causare danno erariale;
- le credenziali di accesso ai Registri di Monitoraggio AIFA hanno carattere esclusivamente personale e non possono essere cedute a terzi, pena denuncia alle Autorità Competenti. Le Direzioni Sanitarie devono comunicare al Settore “Politica del Farmaco, Farmacovigilanza e Farmacie Convenzionate”, i nominativi del personale, in possesso di utenze AIFA, andato in quiescenza o trasferito presso altra struttura al fine di consentire la disabilitazione delle utenze;
- il mantenimento dell'autorizzazione alla prescrizione sarà valutata, anche, in base al contributo dato alla farmacovigilanza, segnalando le sospette reazioni avverse (ADRs) ai farmaci oggetto di autorizzazione;
- per i Centri privati accreditati per il trattamento dell'infertilità, di I e II livello, dovrà essere considerato, quanto previsto dal D.D.G. n. 4488 14/05/2018

STABILITO che l'attuazione delle disposizioni in materia prescrittiva, da parte degli specialisti, nonché il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni specialistiche di farmaci in Distribuzione per Conto (DPC) o Distribuzione Diretta (DD), verranno considerate al fine della verifica e conferma dell'autorizzazione alla prescrizione del singolo specialista e del centro prescrittore e concorreranno al raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali delle Aziende a cui afferiscono i singoli centri prescrittori.

COSIDERATO che il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), nel quale sono inseriti automaticamente i farmaci inclusi nel fondo degli innovativi di cui agli elenchi AIFA, è un importante strumento di governo clinico ed economico nell'ambito della farmaceutica ospedaliera e territoriale regionale e costituisce il capitolato tecnico per la vigente gara unica regionale dei farmaci e per l'Accordo Quadro Regionale dei farmaci del PHT;

EVIDENZIATO che:

- i farmaci per i quali AIFA prevede l'individuazione di Centri Prescrittori, possono essere prescritti solo successivamente: all'individuazione dei stessi, degli specialisti abilitati alla prescrizione, all'inserimento in PTR e conseguentemente nelle gara e Accordo Quadro regionali;
- nei casi in cui lo specialista ritenga indispensabile per il paziente un farmaco non presente in PTR ed in gara, la prescrizione deve essere motivata utilizzando lo specifico modello “*Richiesta motivata personalizzata per Farmaci non presenti in PTA/PTR*” (Allegato B) Approvato con DCA 93/2015;
- nei casi in cui i farmaci siano sottoposti a Registro di Monitoraggio AIFA Web-based, l'erogazione è subordinata alla presenza della scheda di prescrizione AIFA da verificare on-line;

- la prescrizione dei farmaci soggetti a Piano Terapeutico è riservata agli Specialisti individuati e autorizzati dalla Regione Calabria.

PRESO ATTO:

- che L'Agenzia Italiana del Farmaco con Determina DG/629/2018, pubblicata in G.U. n. 104 del 7 maggio 2018, ha adottato il Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari e che il documento fornisce informazioni autorevoli, chiare, trasparenti agli operatori sanitari, ai pazienti e ai cittadini, promuovendo un adeguato utilizzo e accesso ai prodotti biosimilari in Italia: ...*“Come dimostrato dal processo regolatorio di autorizzazione, il rapporto rischio-beneficio dei biosimilari è il medesimo di quello degli originatori di riferimento. Per tale motivo, l'AIFA considera i biosimilari come prodotti intercambiabili con i corrispondenti originatori di riferimento. Tale considerazione vale tanto per i pazienti naïve quanto per i pazienti già in cura”*... *“Pur considerando che la scelta di trattamento rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, a quest'ultimo è anche affidato il compito di contribuire a un utilizzo appropriato delle risorse ai fini della sostenibilità del sistema sanitario e la corretta informazione del paziente sull'uso dei biosimilari”*;
- Che tutti i Medici Prescrittori sono tenuti a seguire le seguenti indicazioni:
 - a) considerare come prima opzione terapeutica il farmaco biosimilare e/o biologico a minor costo terapia (come da elenco regionale dei principi attivi inseriti nel Prontuario Terapeutico Regionale, gara SUA, Accordo Quadro PHT, Accordo Quadro CONSIP). In caso contrario il medico specialista deve opportunamente e adeguatamente motivare la scelta specificando:
 - 1) Patologia da trattare (ad esempio: documentata inefficacia terapeutica di uno specifico prodotto farmaceutico, controindicazione di uno specifico trattamento terapeutico ecc.)
 - 2) Caratteristiche dei pazienti (ad esempio: età, intolleranze o ipersensibilità a specifici eccipienti/conservanti)
 - b) valutare la possibilità di sostituzione dell'originator con il biosimilare nei pazienti già in trattamento, in coerenza con quanto affermato da AIFA nel Position Paper;

RITENUTO necessario:

- integrare, aggiornare, modificare gli Allegati A, B e C del DCA n. 127/2015, ribadendo l'uso dei piani terapeutici regionali per la prescrizione di :
 - Albumina umana;
 - Antipsicotici atipici;
 - Farmaci soggetti a Nota AIFA 95;
 - Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) erogate ai sensi della Legge 648/96
(Nota Dipartimentale Regionale prot. n. 346032/2017 *Eparine a Basso Peso Molecolare Chiarimenti relativi alle modalità di prescrizione ed erogazione*);
- nel caso in cui, non sia stato definito da AIFA, uno specifico modello (*Template*), compilare in ogni sua parte la scheda di diagnosi e terapia (Allegato D) parte integrante e sostanziale del presente atto, che deve contenere i dati e le informazioni di seguito specificati, indispensabili, tra l'altro, alla verifica dell'appartenenza del medico prescrittore al centro regionale autorizzato:
 - a) anagrafica del paziente;
 - b) diagnosi;
 - c) farmaco prescritto, specificando posologia e durata del trattamento;
 - d) data di prescrizione, timbro del medico prescrittore e del Centro cui lo stesso afferisce;

DATO ATTO di quanto stabilito nelle riunioni, tenutesi con le Aziende Sanitarie nei giorni 25-27 Giugno 2018, come si evince dai verbali agli atti dell'Ufficio;

VISTE le normative vigenti nazionali e regionali:

- Provvedimento 30/12/1993 del Ministero della Sanità (GU 306 del 31/12/1993) riclassificazione dei medicinali ai sensi art 8 c. L n. 537 del 24/12/1993 e s.m.i.
- Legge n. 425 del 08/08/1996
- Legge n. 448 del 23/12/1998
- D.Lgs 219 del 24/04/2006
- Determinazione AIFA 29/10/2004 (GU 259 del 04/11/2004) e s.m.i.
- Determinazione AIFA 04/01/2007 (GU 7 del 10/01/2007) e s.m.i.
- Decreto Dirigenziale n. 15627 del 27/10/2008 e s.m.i.
- Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015;
- D.C.A. n. 25 del 28 aprile 2015;
- D.C.A. n.127/2015;
- D.D.G. n. 2844 del 16/03/2017 Approvazione "Linee guida regionali per l'individuazione dei Centri Prescrittori";
- D.D.G. n. 3692 del 05/04/2017 "Parziale rettifica D.D.G. n. 2844 del 13/03/2017 – Approvazione Linee guida regionali per l'individuazione dei Centri Prescrittori";
- D.D.G. n. 4488 del 14/05/2018 D.D.G. N. 3692 del 05.04.2017 Approvazione "Linee guida regionali per l'individuazione dei Centri Prescrittori" – integrazione";
- la L.R. 13.5.96 n. 7 "Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale" e ss.mm.ii.;
- il DPGR n. 354 del 24.6.1999 e ss.mm.ii.;
- la L.R. 12.8.2002, n. 34 "Riordino delle funzioni amministrative regionali e locali" e ss.mm.ii. e ravvisata la propria competenza;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 541 del 16.12.2015 con cui è stata approvata la Struttura Organizzativa della G.R.;
- il DDG n. 106 del 15.01.2016 con cui è stato conferito alla Dott.ssa Giuseppina Fersini l'incarico di Dirigente del Settore n. 13 "Politiche del Farmaco, Farmacovigilanza, Farmacia Convenzionata";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 320 del 19.07.2018 con la quale è stato conferito al Dott. Bruno Zito l'incarico di Dirigente Generale Reggente del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie";

In esito all'istruttoria tecnico-procedimentale condotta dal Dirigente del Settore del Dipartimento Tutela della Salute, competente per materia, a supporto delle attività della Struttura commissariale e delle risultanze degli atti richiamati nelle premesse;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE l'aggiornamento, le modifiche e le integrazioni degli allegati A, B, e C, costituenti parte integrante e sostanziale del presente atto, di seguito dettagliati:

- Allegato A "Centri autorizzati alla diagnosi ed alla redazione della scheda di diagnosi e terapia (PT)"
- Allegato B "Centri autorizzati alla prescrizione di principi attivi che richiedono particolari competenze specialistiche";
- Allegato C "Centri autorizzati alla prescrizione di principi attivi sottoposti a monitoraggio registri AIFA - rimborso condizionato";

DI STABILIRE CHE nel caso in cui, non sia stato definito da AIFA, uno specifico modello (*Template*), debba essere compilata, in ogni sua parte, la scheda di diagnosi e terapia (Allegato D) parte integrante e sostanziale del presente atto, con i dati e le informazioni di seguito specificati, indispensabili, tra l'altro, alla verifica dell'appartenenza del medico prescrittore al centro regionale autorizzato:

- a) anagrafica del paziente;
- b) diagnosi;
- c) farmaco prescritto, specificando posologia e durata del trattamento;
- d) data di prescrizione, firma del medico prescrittore, timbro del medico prescrittore e del Centro cui lo stesso afferisce;

DI CONFERMARE i seguenti Piani terapeutici già di uso consolidato e allegati al presente Decreto Commissariale, a costituire parte integrante e sostanziale:

- Schede di terapia regionali per la prescrizione delle Eparine a Basso Peso Molecolare erogati ai sensi della Legge 648/96 (allegati 1, 2 e 3);
- Schede di terapia regionali per la prescrizione Albumina umana (allegato 4);
- Scheda di terapia regionale per gli Antipsicotici atipici (allegato 5);
- Scheda di terapia regionale per farmaci soggetti a Nota AIFA 95 (allegato 6);
- Schede di terapia regionale per i farmaci biologici in Dermatologia, Gastroenterologia e Reumatologia approvate con DCA n. 118/2015 (allegati 7, 8 e 9);

DI STABILIRE che:

- gli allegati A, B e C potranno essere modificati e/o integrati parallelamente all'aggiornamento del PTR;
- laddove siano indicati quali centri per le prescrizioni gli "Ambulatori", si precisa che sono da intendere quelli afferenti alle rispettive UU.OO. Ospedaliere di Ospedali Pubblici e/o di Strutture private accreditate formalmente autorizzate alla prescrizione;
- la dicitura "Strutture territoriali" fa riferimento a Strutture dell'ASP i cui Specialisti sono dipendenti SSR;
- i farmaci destinati alla cura di patologie rare sono prescrivibili dai Centri per le Malattie Rare, formalmente identificati dalla Regione;
- il numero dei Centri individuati sarà proporzionato alla tipologia ed alla prevalenza delle patologie da trattare. Nel caso di malattie a bassa prevalenza (o malattie rare) o che richiedono complessi esami multidisciplinari per la corretta diagnosi, il numero di Centri Prescrittori potrà essere inferiore ad uno per Provincia;
- nel caso in cui i Centri siano individuati per "aree terapeutiche" (es. neurologia, cardiologia, ecc.), la prescrizione potrà essere effettuata esclusivamente da Medici dipendenti del SSR che operano all'interno di Unità Operative riconducibili all'area individuata (es. Cardiologo di U.O. Cardiologia);
- le strutture private accreditate potranno essere autorizzate alla stesura di piani terapeutici per le patologie per le quali sono accreditate, con prescrizione da parte dei MMG, previa contrattazione degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva, con le Direzioni delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza, al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica indotta. La Direzione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Provinciali di appartenenza deve inviarne istanza di candidatura al Settore 13, al fine di ottenere l'autorizzazione;
- la compilazione dei Registri AIFA e la chiusura delle terapie ai fini del rimborso, previsto dagli accordi negoziali, costituisce requisito obbligatorio anche per il mantenimento dell'autorizzazione alla prescrizione;
- la compilazione dei Registri AIFA e la chiusura delle terapie per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici è obbligatoria al fine di consentire l'accesso ai relativi Fondi (Legge di Bilancio 2017) e di non causare danno erariale;
- le credenziali di accesso ai Registri di Monitoraggio AIFA hanno carattere esclusivamente personale e non possono essere cedute a terzi, pena denuncia alle Autorità Competenti. Le Direzioni Sanitarie



devono comunicare al Settore 13 i nominativi del personale, in possesso di utenze AIFA, andato in quiescenza o trasferito presso altra struttura al fine di consentire la disabilitazione delle utenze;

- il mantenimento dell'autorizzazione alla prescrizione sarà valutata, anche, in base al contributo dato alla farmacovigilanza, segnalando le sospette reazioni avverse (ADRs) ai farmaci oggetto di autorizzazione;
- per i Centri privati accreditati per il trattamento dell'infertilità, di I e II livello, dovrà essere considerato quanto previsto dal D.D.G. n. 4488 14/05/2018.

DI STABILIRE, altresì, che:

- l'attuazione da parte degli specialisti delle disposizioni regionali in materia prescrittiva, la corretta compilazione dei registri AIFA e relativa chiusura delle terapie, nonché il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni specialistiche di farmaci in Distribuzione per Conto (DPC) o Distribuzione Diretta (DD), verranno considerate al fine della verifica e conferma dell'autorizzazione alla prescrizione del singolo specialista e del centro prescrittore e concorreranno al raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali delle Aziende cui afferisce il Centro prescrittore;

- gli aggiornamenti relativi agli Allegati A, B e C, costituiranno oggetto di apposite circolari regionali, che saranno pubblicate sul sito istituzionale del Centro Regionale di Farmacovigilanza, raggiungibile collegandosi al link <http://www.crfvcalabria.it>;

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie" il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

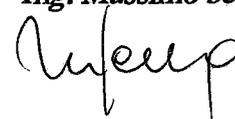
DI INVIARE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di Rientro ai Ministeri Competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e di notificarlo agli interessati;

DI DEMANDARE al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n. 11, nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33;

DI PRECISARE che avverso il presente provvedimento, entro 60 (sessanta) giorni dalla sua notificazione o effettiva conoscenza, è ammesso ricorso dinanzi al TAR Calabria – Catanzaro ovvero, entro 120 (centoventi) giorni, è ammesso ricorso straordinario al Presidente della Repubblica.

Il Commissario ad Acta
Ing. Massimo Scura





REGIONE CALABRIA

AZIENDA OSPEDALIERA/OSPEDALE/ASP _____

PIANO TERAPEUTICO PRESCRIZIONE EBPM GRAVIDANZAAI SENSI DELLA LEGGE 648/96

STRUTTURA.....UO/Ambulatorio.....Medico Prescrittore.....

PAZIENTEC.F/T.S.....

Residente a.....Via.....

Medico Medicina Generale del paziente.....

Indicazione terapeutica: profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio.**Criteri di inclusione (barrare obbligatoriamente il criterio che permette il ricorso alla L.648/96):**

- pregresso evento tromboembolico venoso idiopatico o in corso di trattamento con estro-progestinici indipendentemente dalla presenza di trombofilia (profilassi);
- pregressi aborti ricorrenti altrimenti non spiegabili (definiti come un numero ≥ 3 , o di 2 in presenza di almeno un cariotipo fetale normale) in presenza di documentata trombofilia congenita o acquisita (profilassi);
- una o più morti endouterine del feto (MEF), definita come perdita fetale occorsa dalla 20a settimana di gestazione in poi di un feto morfologicamente normale (profilassi);
- precedente pre-eclampsia severa, ritardo di crescita intrauterino e distacco di placenta normalmente inserita «sine causa» (profilassi);
- valvole cardiache meccaniche: dalla positivizzazione del test di gravidanza fino alla fine del primo trimestre (10-14 settimane circa) e dalla 34 settimana fino al parto. Dalla 14 alla 34 settimana secondo il giudizio del clinico e dopo condivisione con la paziente (trattamento).
- Pazienti gravide con deficienza congenita di fattori della coagulazione in omozigosi o doppia eterozigosi.
- Pazienti gravide con sindrome da anticorpi antifosfolipidi.

Criteri di esclusione:

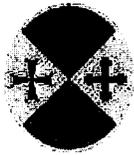
1. aneuploidia fetale in gravidanze pregresse;
2. malformazioni e/o aneuploidia fetale nella gravidanza in corso;
3. cariotipo parentale anomalo;
4. piastrinopenia ($< 50.000/\text{microl}$);
5. diatesi emorragiche note;
6. allergia alle EBPM.

EBPM prescritta:**Dose prescritta:****Posologia:**

- Enoxaparina _____
(Profilassi: 4000 U/die; Trattamento: 100 U/Kg/12 h)
- Nadroparina _____
(Profilassi: 2850 U/die ≤ 70 kg/3800 U/die ≥ 70 kg; Trattamento: 180 U/Kg/24 h)
- Dalteparina _____
(Profilassi: 5000 U/24 h; Trattamento: 200 U/Kg/24 h)

Durata del trattamento _____*(Max fino a 41 settimane circa, calcolando dalla positivizzazione del test di gravidanza - circa 5 settimane di età gestazionale - e includendo fino a 6 settimane di puerperio).***Si dichiara, altresì, che sono stati svolti gli adempimenti previsti dall' art. 4 del provvedimento 20 luglio 2000 (istituzione del registro, rilevamento e trasmissione dei dati di monitoraggio clinico ed informazioni riguardo a sospensioni del trattamento).****Data rilascio** _____**Timbro e firma****Medico prescrittore****N.B. L'erogazione delle EBPM, per le modalità previste dal presente piano, deve avvenire attraverso le farmacie convenzionate seguendo il canale DPC (distribuzione per conto), pertanto è necessario che:**

1. Il piano sia validato dal Servizio Farmaceutico Territoriale prima di effettuare la prescrizione;
2. Sulle ricette SSN, nella casella in alto a destra dedicata ai provvedimenti regionali, dovrà essere riportata la dicitura "Legge 648G".



REGIONE CALABRIA

AZIENDA OSPEDALIERA/OSPEDALE/ASP _____

PIANO TERAPEUTICO PRESCRIZIONE EBPM ONCOLOGIA

AI SENSI DELLA LEGGE 648/96

STRUTTURA.....UO/Ambulatorio.....Medico Prescrittore.....

PAZIENTEC.F/T.S.....

Residente a.....Via.....

Medico Medicina Generale del paziente.....

Indicazione terapeutica: Utilizzo nella profilassi delle trombosi venose profonde in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio (KHORANA > 3)[con condizione che l'indicazione sia posta dallo specialista ematologo, oncologo, internista]

EBPM prescritta:

Dose prescritta:

Posologia:

<input type="checkbox"/> NADROPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> ENOXAPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> DALTEPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> PARNAPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> REVIPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> BEMIPARINA	_____	_____

Durata del trattamento _____

Data rilascio _____

Timbro e firma

**Medico prescrittore
(Ematologo o oncologo)**

N.B. L'erogazione delle EBPM, per le modalità previste dal presente piano, deve avvenire attraverso le farmacie convenzionate seguendo il canale DPC (distribuzione per conto), pertanto è necessario che:

1. Il piano sia validato dal Servizio Farmaceutico Territoriale prima di effettuare la prescrizione;
2. Sulle ricette SSN, nella casella in alto a destra dedicata ai provvedimenti regionali, dovrà essere riportata la dicitura "Legge 6480".



REGIONE CALABRIA

AZIENDA OSPEDALIERA/OSPEDALE/ASP _____

PIANO TERAPEUTICO PRESCRIZIONE EBPM TERAPIA PONTE

AI SENSI DELLA LEGGE 648/96

STRUTTURA.....UO/Ambulatorio.....Medico Prescrittore.....

PAZIENTEC.F/T.S.....

Residente a.....Via.....

Medico Medicina Generale del paziente.....

Indicazione terapeutica: Trattamento del Tromboembolismo nella sospensione degli anti-
vitamina K (AVK) per manovre chirurgiche e/o invasive (bridging).

Criteri di inclusione:

- ✓ Pazienti a rischio basso, moderato ed elevato di tromboembolismo.
- ✓ pazienti portatori di valvole meccaniche con INR<1,5

Criteri di esclusione:

- ✓ Pazienti sottoposti a procedure con minimo rischio di sanguinamento (procedure dermatologiche minori come escissione di tumori basali e squamosi, cheratosi attiniche e nevi, cataratta con anestesia topica (non retrobulbare), avulsioni dentarie semplici, igiene dentaria (detartrasi), biopsie ossee).

EBPM prescritta:

Dose prescritta:

Posologia:

<input type="checkbox"/> NADROPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> ENOXAPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> DALTEPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> PARNAPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> REVIPARINA	_____	_____
<input type="checkbox"/> BEMIPARINA	_____	_____

Durata del trattamento _____

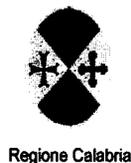
Data rilascio _____

Timbro e firma

Medico prescrittore

N.B. L'erogazione delle EBPM, per le modalità previste dal presente piano, deve avvenire attraverso le farmacie convenzionate seguendo il canale DPC (distribuzione per conto), pertanto è necessario che:

1. Il piano sia validato dal Servizio Farmaceutico Territoriale prima di effettuare la prescrizione;
2. Sulle ricette SSN, nella casella in alto a destra dedicata ai provvedimenti regionali, dovrà essere riportata la dicitura "Legge 648P".



Regione Calabria

**Scheda regionale per la prescrizione
dei farmaci antipsicotici atipici (SGA)**
(Aripiprazolo, Asenapina, Olanzapina, Paliperidone, Quetiapina, Risperidone,
Ziprasidone)

Validità massima 12 mesi

PRIMA VISITA (DATA) _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Sesso M F

Regione di residenza _____

ASL _____

Domicilio : Città _____

Indirizzo _____

DIAGNOSI (secondo le indicazioni riportate in scheda tecnica) e codice ICD 9/10

PAZIENTE NAIVE

SI

NO

FARMACO (dosaggio e formulazione) _____

POSOLOGIA _____

DURATA DELLATERAPIA _____

PAZIENTE IN CONTINUITA' TERAPEUTICA

SI

NO

EVENTUALI TERAPIE PRECEDENTI CON ANTIPSICOTICI (specificare) _____

Specificare la motivazione del cambiamento prescrittivo

INEFFICACIA

Antipsicotico 1^ generazione

DI TERAPIE PRECEDENTI

Antipsicotico 2^ generazione

Altro _____

INTOLLERANZA

Antipsicotico 1^ generazione

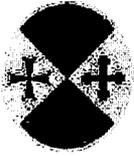
DI TERAPIE PRECEDENTI

Antipsicotico 2^ generazione

Altro _____

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE



REGIONE CALABRIA

AZIENDA OSPEDALIERA/OSPEDALE/ASP _____

PIANO TERAPEUTICO PRESCRIZIONE NOTA 95

STRUTTURA.....UO/Ambulatorio.....Medico Prescrittore.....

PAZIENTEC.F/T.S.....

Residente a.....Via.....

Medico Medicina Generale del paziente.....

Indicazione terapeutica: cheratosi attinica ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero = 6.

Per localizzazioni al viso e/o cuoio capelluto:**Dose prescritta:****Posologia:**
 Diclofenac 3% in ialuronato di sodio[#]

 Imiquimod 3,75%

Per localizzazioni al tronco e/o alle estremità:**Dose prescritta:****Posologia:**
 Diclofenac 3% in ialuronato di sodio[#]

[#]non devono essere applicati più di 8 g al giorno

Si ricorda che le indicazioni autorizzate in scheda tecnica sono:

- cheratosi attinica: diclofenac 3% in ialuronato di sodio- cheratosi attinica non ipercheratosica non ipertrofica: Imiquimod 3,75%**Durata del trattamento** _____**Data rilascio** _____**Timbro e firma****Medico prescrittore**

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F

Luogo di nascita _____ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Data di valutazione (gg/mm/anno)

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

- Artrite Reumatoide (AR)** Artrite Reumatoide siero-positiva Artrite Reumatoide siero-negativa
 Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica
 Artrite Psoriasica (AP)
 Spondilite Anchilosante (SA)

Anno esordio malattia: Peso Kg Altezza (cm)

Precedenti terapie:

MTX: si
 no Dose MTX (mg/settimana): os im o sc per mesi

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione §:

Intolleranza Altro (specificare): _____

Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per almeno 6 mesi? si no

Se no motivare:

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci? si no

Se no motivare *:

* Fanno eccezione solo i pazienti che presentano elevati livelli di ACCP >> 3 volte il valore normale, Fattore Reumatoide Positivo la probabilità di avere una forma gravemente erosiva ab inizio è elevatissima e che pertanto debbono essere trattati con DMARDs per un periodo osservazionale massimo di 3 mesi, poiché le lesioni possono diventare irreversibili.

Leflunomide: O si

O no per mesi:

Altri DMARDs: O si

O no

Se sì: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente)

Precedente terapia con biologico O si O no Se sì, da: (data): mm/anno)

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)**

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)
<input type="checkbox"/>	Certolizumabpegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®)	<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese?

- si
 no

Numero articolazioni tumefatte: Numero articolazioni dolenti:
(Conta a 28 articolazioni) (Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee
Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani
Altro (specificare):

Erosioni:

- si
 no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:

- si
 no
 non valutata

Manifestazioni extra-articolari

- si
 no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente Proteina C-Reattiva (mg/dL):

CRP- DAS28 : Questionario HAQ (facoltativo)

ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§

A. Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasica o S. anchilosante) periferica
DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente
oppure
DAS 28 ≥ 3.2 in pazienti ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Si No Giustificare*:

B. Spondiloartriti
ASDAS-CRP > 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese

Si No Giustificare*:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a Metotrexato? si no

PRESCRIZIONE **:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	□□□ mg sc ogni □□ gg
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	□□□ mg ogni □□ settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	□□□ mg ogni □□ settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®)	□□□ mg ogni □□ settimane
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	□□ mg ogni □□ mesi
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	□□□ mg infusione ogni □□ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)	□□□ mg infusione ogni □□ settimane
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	□□□□ mg infusione ogni □□ mesi
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®)	□□□□ mg infusione ogni □□ mesi
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	□□□ mg infusione ev/sc ogni □□ gg
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	□□ mg sc ogni □□ settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	□□□ mg sc ogni □□ settimane
	Riga per eventuali biologici non presenti nella tabella ma inseriti in PTR -----	

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento)

Data di valutazione (gg/mm/anno): ..

Cognome: Nome:

C.F.....

Peso Kg Altezza (cm) Numero articolazioni tumefatte:

(Conta a 28 articolazioni)

Numero articolazioni dolenti:

(Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee
Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani Altro (specificare):

Erosioni:

si

no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:

si

no

non valutata

Manifestazioni extra-articolari

si

no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente

Proteina C-Reattiva (mg/dL):

CRP- DAS28 (AR o Psoriasica periferica) :

Questionario HAQ

ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante/artrite psoriasica)

Dose MTX in corso (mg/settimana): os im o sc

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

Intolleranza

Altro (specificare): _____

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs:

Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro_____

Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente)

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

si no

Se no:

- switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio
 sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§) fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione/fine terapia con farmaco biologico: Progressione di malattia/Inefficacia

Remissione Trasferimento Perdita al follow up Morte

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Altro (specificare): _____

§§ Artrite Reumatoide o psoriasica periferica: Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 \leq 2,6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

Spondiloartriti: Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP <1.3

PRESCRIZIONE:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di terapia
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	□□ mg ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	□□ mg ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	□□□ mg s.c ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	□□□ mg ogni □□ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	□□□ mg ogni □ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®)	□□□ mg ogni □ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	□□ mg ogni □ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	□□□ mg infusione ogni □□ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)	□□□ mg infusione ogni □□ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	□□□□ mg infusione ogni □□ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®)	□□□□ mg infusione ogni □□ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	□□□ mg infusione/sottocute ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	□□ mg sc ogni □□ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	□□□ mg sc mantenimento ogni □□ settimane	_____
	Riga per eventuali biologici non presenti nella tabella ma inseriti in PTR -----		

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento (gg/mm/anno) .

Causa di fine trattamento:

- Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up
Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico

DATA _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Psoriasi a Placche

Cognome: Nome:

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□ Sesso: M □ F □

Luogo di nascita _____ □ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□ ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Data di valutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

Psoriasi a Placche Paziente Adulto Paziente Pediatrico

Anno esordio malattia: □□□□ Peso Kg □□□ Altezza (cm) □□□

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidity <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidity <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA <10% o PASI <10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale

Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici.

Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)
Il/la Paziente:
1. Presenta:
<input type="checkbox"/> PASI > 10 e BSA >10
oppure
<input type="checkbox"/> PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni:
<input type="checkbox"/> al viso <input type="checkbox"/> palmo/plantare <input type="checkbox"/> ungueale <input type="checkbox"/> genitale
2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:
Farmaco (specificare): _____

Precedente terapia con biologico

si

no

Se sì, da: (data):mm/anno) .

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)**

FARMACO		FARMACO	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®)	<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§

PASI (Psoriasis Area Severità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10%
e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento /intolleranza/controindicazione delle terapie standard)

Si

No Giustificare:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE:**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
	RIGA PER EVENTUALI BIOLOGICI NON PRESENTI NELLA TABELLA MA INSERITI IN PTR _____	

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. rivalutazione a 6 mesi

Cognome: Nome:

C.F.....Peso Kg

Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici) Data della rivalutazione: ..

Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente Indice PASI: _____

BSA: _____

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

SI NO

Se no:

switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio

sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§) fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione: Inefficacia/ Progressione di malattia Decisione del paziente

Remissione di malattia Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Gravidanza Intervento chirurgico Altro (specificare): _____

§§ DI SOSPENSIONE O RIDUZIONE DELLA DOSE: riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

PRESCRIZIONE **:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA allargare
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
	RIGA PER EVENTUALI BIOLOGICI NON PRESENTI NELLA TABELLA MA INSERITI IN PTR _____	

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
- Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
- Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento ..

Causa di fine trattamento:

- Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up
 Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)**

FARMACO		FARMACO	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)
Riga per eventuali biologici non presenti in tabella ma inseriti in PTR _____			

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

HARVEY-BRADSHAW index (HBI) n° TRUELOVE-WITTS Criteria n°
REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §

A. Morbo di Crohn

Parametri di ingresso in trattamento con biologico

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Presenza di fistole
 Manifestazioni extraintestinali
 No Giustificare:

B. Colite Ulcerosa

Parametri di ingresso in trattamento con biologico

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Manifestazioni extraintestinali
 No Giustificare:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE **:

FARMACO		DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> mesi
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
Riga per eventuali biologici non presenti nella tabella ma inseriti in PTR _____		

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
- Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
- Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA TERAPIA (MAX SEI MESI) _____

Timbro e Firma

del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. rivalutazione a 6 mesi

Cognome: Nome:

C.F.....

Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici)

HARVEY-BRADSHAW Index (HBI) n°

TRUELOVE-WITTS Criteria n°

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

SI

NO

Se no:

switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico sospensione

fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione:

Progressione di malattia Remissione di malattia Inefficacia

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Decisione del paziente Gravidanza Intervento chirurgico Infezione

Altro (specificare): _____

PRESCRIZIONE:**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare(Remsima®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane	
	Riga per eventuali biologici non presenti nella tabella ma inseriti in PTR		

** Il medico nella scelta terapeutica deve attenersi alle disposizioni regionali in materia di Biologici/Biosimilari di cui alla Nota Regionale Prot. n. 263808 del 30/07/2018

Farmacia di riferimento :

Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore

Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio

Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA TERAPIA (max sei mesi) _____

Timbro e Firma

del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento □□.□□.□□□□

Causa di fine trattamento:

- Remissione
- Progressione di malattia
- Trasferimento
- Perdita al follow up
- Morte
- Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
- Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico □□□

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO A**CENTRI AUTORIZZATI ALLA DIAGNOSI ED ALLA REDAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO**

Se non diversamente specificato i centri individuati si riferiscono a strutture pubbliche degli enti del sistema sanitario

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	CLASSE	NOTA AIFA	PHT	TIPO RICETTA	PIANO TERAPEUTICO	CENTRI AUTORIZZATI
A02BB01	MISOPROSTOLO	A	NOTA 1 La prescrizione a carico del SSN è limitata: alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore: -in trattamento cronico con farmaci antiinfiammatori non steroidei in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio: - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante -concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici -età avanzata (come da Determinazione AIFA 11 febbraio 2008) *VEDI ANCHE NOTA 48 **VEDI ANCHE NOTA 66 La prescrizione dell'associazione misoprostolo - diclofenac* è rimborsata alle condizioni previste dalla nota 66.		RNR	Scheda Regionale DCA 66/2015	
A02BC01	OMEPRAZOLO*	A			RR		
A02BC02	PANTOPRAZOLO*	A			RR		
A02BC03	LANSOPRAZOLO*	A			RR		
A02BC04	RABEPRAZOLO*	A			RR		
A02BC05	ESOMEPRAZOLO*	A			RR		
M01AB55	MISOPROSTOLO + DICLOFENAC**	A			RNR	Scheda Regionale DCA 66/2015	
A02BA01	CIMETIDINA	C	NOTA 48 La prescrizione a carico del SSN è limitata ai seguenti periodi di trattamento e alle seguenti condizioni: durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane) - <i>ulcera duodenale o gastrica positive per Helicobacter pylori (H. pylori)</i> - <i>per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione</i> - <i>ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa (primo episodio)</i> - <i>malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite(primo episodio)</i> durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno - <i>sindrome di Zollinger-Ellison</i> - <i>ulcera duodenale o gastrica</i>			Scheda Regionale DCA 66/2015	
A02BA02	RANITIDINA	A			RR		
A02BA03	FAMOTIDINA	A			RR		
A02BA04	NIZATIDINA	A			RR		
A02BA06	ROXATIDINA	A			RR		
A02BC01 A02BC02 A02BC03 A02BC04 A02BC05	INIBITORI DI POMPA OMEPRAZOLO PANTOPRAZOLO LANSOPRAZOLO RABEPRAZOLO ESOMEPRAZOLO	A					RR

			<i>H. pylori-negativa recidivante</i>				
			- malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante)				
A05AA	ACIDI BILIARI: CHENOURSO- DESOSSICOLICO TAUROURSO- DESOSSICOLICO	A	NOTA 2 La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da: • cirrosi biliare primitiva; • colangite sclerosante primitiva; • colestasi associata alla fibrosi cistica o intraepatica familiare; • calcolosi colesterinica		RR		
A05AA02	URSO- DESOSSICOLICO						
A06AH01	METILNALTREXONE	A	NOTA 90 Costipazione 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		RR		
A06AH03	NALOXEGOL	A			RR		
A10AE04	INSULINA GLARGINE Biologico/Biosimilare	A		PHT	RR		Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese DCA n.11/2018 Ambulatori I, II, III livello
A10AE06	INSULINA DEGLUDEC	A		PHT	RR		Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese DCA n.11/2018 Ambulatori I, II, III livello
A10AE56	INSULINA DEGLUDEC + LIRAGLUTIDE	A		PHT	RRL	PT AIFA	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese DCA n.11/2018 Ambulatori I e III livello
A10BD07	SITAGLIPTIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BH02	VILDAGLIPTIN	A		PHT	RRL		
*A10BD08	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BD09	ALOGLIPTIN/PIOGITAZONE	A		PHT	RRL		
A10BD10	SAXAGLIPTIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BD11	LINAGLIPTIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BD13	ALOGLIPTIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BD15	DAPAGLIFOZIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BD16	CANAGLIFOZIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BD20	EMPAGLIFOZIN/METFORMINA	A		PHT	RRL		
A10BH01	SITAGLIPTIN	A		PHT	RRL		
A10BH03	SAXAGLIPTIN	A		PHT	RRL		
A10BH04	ALOGLIPTIN	A		PHT	RRL		
A10BH05	LINAGLIPTIN	A		PHT	RRL		
A10BJ01	EXENATIDE/(EXENATIDE R.P.)	A		PHT	RRL		
A10BJ02	LIRAGLUTIDE	A		PHT	RRL		
A10BJ03	LIXISENATIDE	A		PHT	RRL		
A10BJ04	ALBIGLUTIDE	A		PHT	RRL		
A10BJ05	DULAGLUTIDE	A		PHT	RRL		
A10BK01	DAPAGLIFOZIN	A		PHT	RRL		
A10BX02	CANAGLIFOZIN	A		PHT	RRL		
A10BK03	EMPAGLIFOZIN	A		PHT	RRL		
A12AA12	CALCIO ACETATO ANIDRO	A			RR	PT	Nefrologia ed Emodialisi
A16AA01	LEVOCARNITINA	A	NOTA 8 Indicazione: - carenza primaria di carnitina - carenza di carnitina secondaria a trattamento dialitico	PHT	RR	PT	<u>Carenza primaria:</u> Cardiologia, Medicina generale <u>Carenza secondaria a trattamento dialitico:</u> Nefrologia, Emodialisi
A16AX10	ELIGLUSTAT	A	Farmaco orfano	PHT	RRL	Monitoraggio	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del

						aggiornata	20.05.2011)
B01AB04	DALTEPARINA SODICA	A	Per gli utilizzi previsti ai sensi della Legge 648/96 (gravidenza, terapia ponte, oncologia) devono essere utilizzati i piani terapeutici (Allegati 1, 2 e 3)	PHT	RR	PT	Circolari Regionali Prot. n.346032 del 7/11/2017 e Prot. n.363335 del 21/11/2017 (PT Allegato) Gravidanza e puerperio: Determine AIFA n. 998 del 20.07.2016 (GU n. 183 del 06-08-2016) e n.1489 del 6.12.2016 (GU n.295 del 19-12-2016). Terapia ponte: Determine AIFA n. 999 del 20.07.2016 (GU n. 183 del 6-08-2016) e n. 1515 del 14.12.2016 (GU n. 302 del 28-12-2016) Oncologia: Determina AIFA n.1315 del 12.10.2015 (GU n. 251 del 28-10-2015) DPGR n.30/2012 DPGR n.32/2013 DPGR n.43/2013
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA						
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA BIOSIMILARE						
B01AB06	NADROPARINA SODICA						
B01AB07	PARNAPARINA SODICA						
B01AB08	REVIPARINA SODICA						
B01AB12	BEMIPARINA SODICA						
B01AX05	FONDAPARINUX	A		PHT	RR		
B01AC24	TICAGRELOR	A		PHT	RR	PT/ TEMPLATE AIFA DETERMINAZIONE AIFA 25/11/2011 (GU n.285 del 07-12-2011) per dosaggio 90 mg DETERMINAZIONE AIFA n. 961/2017(GU n.126 del 01-06-2017) per dosaggio 60 mg	Hub e Spoke: Cardiologia Medicina interna
B01AC22	PRASUGREL	A		PHT	RR	TEMPLATE AIFA ALLEGATO 1 DETERMINAZIONE AIFA n. 18/04/2012 (GU n. 104 del 05-05-2012)	Hub e Spoke: Cardiologia
B02BD01	COMPLESSO PROTROMBINICO UMANO	A		PHT	RR	PT	Centri di Emofilia di Hub
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO DA FRAZIONAMENTO O DEL PLASMA	A		PHT	RR	PT	
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	A		PHT	RR	PT	
B02BD02	MOROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	A		PHT	RR	PT	
B02BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	A		PHT	RR	PT	
B02BD02	TUROCTOCOG ALFA	A		PHT	RR	PT	
B02BD02	LONOCTOCOG	A		PHT	RR	PT	
B02BD03	COMPLESSO PROTROMBINICO ANTIEMOFILICO UMANO ATTIVATO	A		PHT	RR	PT	
B02BD04	FATTORE IX DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	A		PHT	RR	PT	
B02BD05	FATTORE VII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	A		PHT	RR	PT	

B02BD06	FATTORE VIII UMANO DI COAGULAZIONE/ FATTORE DI VON WILLEBRAND	A		PHT	RR	PT	
B02BD09	NONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	A		PHT	RR	PT	
B02BD04	NONACOG GAMMA ALBUTREPENON ACOG ALFA	A		PHT	RRL	PT	Centri di Emofilia di Hub
B03XA01	EPOETINA ALFA	A		PHT	RNRL	TEMPLATE AIFA http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/piano-terapeutico-la-prescrizione-di-eritropoietine-ex-nota-12	Centri Ospedalieri: Ematologia Cardiochirurgia Chirurgia Medicina generale Nefrologia Emodialisi Oncologia Pediatria Malattie infettive Anestesia Epatologia Specialisti territoriali ambulatoriali: Medicina interna Geriatrics Pediatria Nefrologia ed Emodialisi
B03XA01	EPOETINA BETA	A		PHT	RNRL		
B03XA01	EPOETINA TETA	A		PHT	RNRL		
B03XA01	EPOETINA ZETA	A		PHT	RNRL		
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	A		PHT	RNRL		
B03XA03	METOSI-POLIETILENGLIC OLE-EPOETINA BETA	A		PHT	RNRL		
B05AA01	ALBUMINA UMANA	A	NOTA 15 <u>Indicazione:</u> - in seguito a paracentesi evacuativa nella cirrosi epatica- grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento, non responsiva ad un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia		RR	PT Regionale (Allegato 4) DGR N. 3083 del 26.03.2007	Centri Ospedalieri: Terapia intensiva, Rianimazione, Chirurgia, Gastroenterologia, Medicina generale, Nefrologia, Emodialisi, Ematologia, Oncologia, Ginecologia, Cardiologia, Malattie infettive, Pneumologia, Serv. Trasfusionali, Geriatrics, Epatologia Specialisti territoriali ambulatoriali: Medicina interna, Geriatrics, Pediatria Nefrologia ed Emodialisi
B06AC01	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEM A (BERINERT)	A		PHT	RR	PT per dosaggio 500UI	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)
B06AC01	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEM A (CINRYZE)	A		PHT	RR	TEMPLATE AIFA ALLEGATO I DETERMINAZIONE E 26 APRILE 2013	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)
B06AC02	ICATIBANT (antiangioedema)	H	Indicato per la terapia sintomatica degli attacchi acuti di angioedema ereditario (AEE) negli adulti, adolescenti e bambini a partire dai 2 anni, con carenza di inibitore esterasi C1		RR		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)
C01BD07	DRONEDARONE	A	Indicato per il mantenimento del ritmo sinusale a seguito di cardioversione con esito soddisfacente in pazienti adulti clinicamente stabili con fibrillazione atriale (FA) parossistica o persistente. Dato il suo profilo di sicurezza deve essere prescritto solo dopo che siano state valutate opzioni alternative di trattamento	PHT	RRL	TEMPLATE AIFA ALLEGATO DETERMINA AIFA 29 MARZO 2012 (GU n.95 del 23-04-2012)	Hub e Spoke: Cardiologia Cardiochirurgia Medicina e Chirurgia d' accettazione e Urgenza (MCAE)
C01EB18	RANOLAZINA	A	indicato negli adulti come terapia aggiuntiva nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris stabile non adeguatamente controllati con le terapie antianginose di prima linea,	PHT	RR		Centri Ospedalieri: Cardiologia Geriatrics Medicina generale Specialisti territoriali ambulatoriali - Cardiologo

			come i betabloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano.				- Geriatra - internista
C10AA01	SIMVASTATINA	A	Nota 13	RR	Scheda Regionale DCA 66/15		
C10AA02	LOVASTATINA						
C10AA03	PRAVASTATINA						
C10AA04	FLUVASTATINA						
C10AA05	ATORVASTATINA						
C10AA07	ROSUVASTATINA						
C10BA02	EZETIMIBE + SIMVASTATINA						
C10AX09	EZETIMIBE						
C10AX12	LOMITAPIDE	A		PHT	RNRL		Cardiologia Endocrinologia Medicina Generale
D06BB10	IMIQUIMOD 5%	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA Allegato alla Determina AIFA 31 luglio 2014 (GU n. 188 del 14.08.2014) (valido per 6 settimane)	Ginecologia Oncologia Dermatologia
	IMIQUIMOD 3,75%	A	<p>NOTA 95 <u>Indicazione:</u> cheratosi attinica è limitata ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero > 6.</p> <p>Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto (Diclofenac 3% in ialuronato di sodio; Imiquimod 3,75%; Ingenolo mebutato*).</p> <p>Per localizzazioni al tronco e/o alle estremità: (Diclofenac 3% in ialuronato di sodio#; Ingenolo mebutato*)</p>		RRL	PT REGIONALE (Allegato 6)	Dermatologia
D11AX18	DICLOFENAC 3% IN IALURONATO	A	# non devono essere applicati più di 8 g al giorno * ogni singolo trattamento può interessare al massimo 2 superfici non contigue ognuna di dimensioni fino a 25 cm2		RRL		Dermatologia
D07AD01	CLOBETASOLO PROPIONATO	A	NOTA88 <u>Indicazione:</u> pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)		RR		Dermatologia
D07AD02	ALCINONIDE	A					
D11AH01	TACROLIMUS	A		PHT	RNRL	PT	Dermatologia
G03BA03	TESTOSTERONE	A	NOTA 36 <u>Indicazione:</u> Ipogonadismi maschili primitivi e secondari caratterizzati da ridotte concentrazioni di testosterone totale (< 12nmoli/L o 350 ng/dL) in presenza di sintomi tipici (riduzione del desiderio e potenza sessuale, osteoporosi, riduzione forza muscolare, obesità viscerale, alterazione del tono dell'umore)		RNRL	PT	Endocrinologia, Pediatria, Medicina generale, Urologia Andrologia Fisiopatologia della Riproduzione (A.O. Cosenza)
G03BA03	TESTOSTERONE UNDECANOATO fiale	A			PHT		
G03BB01	MESTEROLONE	C			RNRL	PT (durata 6 mesi)	Endocrinologia Urologia
G03GA02	MENOTROPINA	A	NOTA 74 (Modifica Determina AIFA n.1073/2016 GU n.201 del 29-08-2016)	PHT	RR	PT	Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita (https://w3.iss.it/RegistroPMA/PUB/Centri/CentriPma.aspx?regione=18): I Livello U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - P.O. Ospedale Annunziata di Cosenza
G03GA04	UROFOLLITROPIN A	A	<u>Indicazione:</u> -trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mIU/ml	PHT	RR		
	FOLLITROPINA ALFA	A	-trattamento dell'infertilità	PHT	RRL		

G03GA05			maschile: in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml -preservazione della fertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.				
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	A		PHT	RRL		
G03GA07	LUTROPINA ALFA	A		PHT	RRL		
G03GA08	CORIOGONADOTROPINA ALFA	A		PHT	RR		
G03GA09	CORITROPINA ALFA	A		PHT	RNRL		
G03GA30	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	A		PHT	RRL		
G04D04	OSSIBUTINA OXIBUTININA CLORIDRATO	A	NOTA 87 Indicazioni: pazienti affetti da incontinenza urinaria, nei casi in cui il disturbo minzionale sia correlato a patologie del sistema nervoso centrale (es. ictus, morbo di Parkinson, traumi, tumori, spina bifida, sclerosi multipla)		RR		Centri Ospedalieri: Urologia Pediatría Neurologia Oncologia

G04BE01	ALPROSTADIL	A/C	NOTA75 (Modifica Determina AIFA n.1520/2016 – GU n.7 del 10-01-2017) La prescrizione di inibitori della PDE5 (avanafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil) a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degenerativa o iatrogena (in seguito a	PHT	RNR	PT	Urologia Andrologia Malattie endocrine/Endocrinologia Neurologia
G04BE03	SILDENAFIL	C			RR		
G04BE08	TADALAFIL	A/C			RRL		

9/8

G04BE09	VARDENAFIL	A/C	chirurgia o radioterapia della regione pelvica), secondo un piano terapeutico redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN. La prescrizione di alprostadil per iniezione intracavernosa a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da lesioni complete del midollo spinale, e ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico qualora vi sia mancata risposta, intolleranza o controindicazione agli inibitori della PDE5, secondo un piano terapeutico redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN.		RR		
G04BE10	AVANAFIL	A/C			RR		
H01AC01	SOMATROPINA	A	NOTA 39 Determina AIFA n.616/2014 (GU n.154 del 5-7-2014)	PHT	RRL	PT	<p><u>Hub</u></p> <p>-Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio": Pediatria Endocrinologia e Diabetologia</p> <p>-Azienda Ospedaliera di Cosenza: Pediatria</p> <p>- AOU Mater Domini: Pediatria Universitaria</p> <p><u>Spoke</u></p> <p>- PO Crotone: Pediatria</p> <p>-PO Locri: Pediatria</p> <p>- PO Castrovillari: Pediatria</p> <p>- PO Lamezia Terme: Pediatria</p> <p>- PO Paola/Cetraro: Pediatria</p> <p>- PO Corigliano/Rossano: Pediatria</p>
H01BA02	DESMOPRESSINA ACETATO TRIIDRATO	A		PHT	RR	PT	Emodialisi Ematologia Servizi trasfusionali
H01CA01	GONADORELINA	A		PHT	RR	PT	Malattie Endocrine/Endocrinologia Pediatria Urologia Andrologia
H01CB02	OCTREOTIDE	A	Con la Determina AIFA del 29 settembre 2016 (G.U. n. 250 del 25 ottobre 2016), è stata abolita, a partire dal 26 ottobre 2016) la nota AIFA 40. È rimasto in vigore l'obbligo del piano terapeutico.	PHT	RR	PT	Malattie Endocrine/Endocrinologia
H01CB03	LANREOTIDE	A		PHT	RR	Per octreotide: determina AIFA del 09/12/2008	Gastroenterologia Medicina

							generale Oncologia Ematologia Pediatria	
H01CB05	PASIREOTIDE	A		PHT	RNRL	PT REGISTRO AIFA (indicazione Ipopituitarismo)	Malattie Endocrine/Endo crinologia, Neurologia Medicina generale	
L02AB01	MEGESTROLO	A	NOTA 28 La prescrizione per la terapia antitumorale e dell'AIDS a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: - neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio - sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata o da AIDS		RNR			
L02AB02	MEDROSSI - PROGESTERONE							
H05BA01	CALCITONINA	A	NOTA 41 la prescrizione a carico del SSN è limitata alla seguente condizione: Morbo di Paget		RR			
H05AA02	TERIPARATIDE	A	NOTA 79 (osteoporosi) <u>Aggiornamento nota 79</u> Determinazione AIFA n° 589/2015 del 14/05/2015 GU n. 115 del 20/05/2015 <u>I MEDICI PRESCRITTORI SONO TENUTI AD ATTENERSI ALLE INDICAZIONI PREVISTE DALLA NOTA AIFA SECONDO CRITERI DI PRIMA, SECONDA E TERZA SCELTA</u> <u>(GU n. 115 del 20/05/2015)</u>	PHT	RR	PT	Centri autorizzati individuati dalla Regione: Medicina generale, Geriatría Ortopedia Reumatologia Ginecologia Malattie endocrine/Endo crinologia Recupero e riabilitazione funzionale Nefrologia	
M05BX03	STRONZIO RANELATO	A				RR	PT	Specialisti territoriali: - Ortopedico - Fisiatra - Internista - Geriatría - Endocrinologo - Reumatologo - Nefrologo
G03XC01	RALOXIFENE	A				RR		
G03XC02	BAZEDOXIFENE	A			RR			
M05BA03	ACIDO PAMIDRONICO	H			RNRL (fino a 4 unità -sacche o flaconcini)	DETERMINAZIONE AIFA 11 maggio 2015	Oncologo Ematologo Internista Ortopedico	
					Dosaggi 3-6- 9 mg OSP (unità superiori a 4)			
M05BA04	ACIDO ALENDRONICO	A			RR			

M05BA06	ACIDO IBANDRONICO	A			RR	DETERMINAZIONE AIFA 11 maggio 2015	Oncologo Internista Ortopedico	
					RNRL (dosaggio 50 mg)			
M05BA07	ACIDO RISEDRONICO	A			RR			
M05BB03	ACIDO ALENDRONICO + COLECALCIFERO LO	A			RR			
M05BA08	ACIDO ZOLENDRONICO	H			RNRL: 5 mg (fino a 4 unità -sacche o flaconcini)	DETERMINAZIONE AIFA 11 maggio 2015	Internista Reumatologo Geriatra Endocrinologo Ginecologo ortopedico	
					OSP: 5 mg (unità superiori a 4)			
					RNRL: 4 mg (fino a 4 unità -sacche o flaconcini)			
					OSP: 4 mg (unità superiori a 4)			
M05BX04	DENOSUMAB (PROLIA)	A			PHT	RNRL	TEMPLATE AIFA PT web based ALLEGATO 1 DETERMINAZIONE AIFA 11 maggio 2015 G.U. n. 158 del 08/07/2016	Hub e Spoke: Medicina generale Reumatologia Geriatra Endocrinologia Ginecologia Ortopedia Nefrologia Oncologia Medicina fisica e riabilitativa Strutture territoriali: -Ortopedico - Fisiatra - Internista - Geriatra - Endocrinologo - Reumatologo -Ginecologo -Nefrologo
M04AA03	FEBUXOSTAT	A				RR		
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO	A			PHT	RRL	PT	Oncologia Endocrinologia Nefrologia ed Emodialisi
H05BX02	PARACALCITOLE	A			PHT	RR		

H05BX04	ETELCALCETIDE (PARSABIV)	A	Indicato per il trattamento dell'iperparatiroidismo secondario (SHPT) in pazienti adulti con malattia renale cronica (CKD) in emodialisi	PHT	RRL		Hub e Spoke: Nefrologia Dialisi
J01CR01	AMPICILLINA + SULBACTAM	A	NOTA 55 Indicazioni: - trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, di tessuti molli, intra-addominali, ostetrico - ginecologiche, ossee ed articolari. - Trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi.		RR		
J01CR05	PIPERACILLINA + TAZOBACTAM	A		RR			
J01DD02	CEFTAZIDIME	A		RR			
J01DE01	CEFEPIME	A		RR			
J01GB01	TOBRAMICINA	A		RR			
J01GB03	GENTAMICINA	A		RR			
J01GB06	AMIKACINA	A		RR			
J01GB07	NETILMICINA	A			RR		
J01DF01	AZTREONAM	A	NOTA 56 La prescrizione a carico del SSN è limitata al trattamento iniziato in ambito ospedaliero e al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica. La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio. Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all'assenza di alternative terapeutiche. La limitazione della prescrivibilità all'ambito ospedaliero o da parte del medico di Medicina Generale con il supporto di indagini microbiologiche è finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi.		RR		
J01DH51	IMIPENEM + CILASTATINA	H				OSP	
J04AB04	RIFABUTINA	A				RR	
J01XA02	TEICOPLANINA	A			RR		
J01XX01	FOSFOMICINA SODICA	H		OSP	RRL	Scheda di terapia	Centri Ospedalieri: Malattie infettive /Infettivologi
J01CE08	PENICILLINA BENZATINICA	A	NOTA 92 Indicazione: Profilassi della malattia reumatica in soggetti con infezioni delle prime vie respiratorie sostenute da streptococchi del gruppo A. Profilassi delle recidive della malattie reumatiche. Sifilide.	PHT	RR	Dopo diagnosi, i medici operanti presso i centri specialistici indicati, devono compilare un piano terapeutico della durata massima di 6 mesi, rinnovabile	Malattie infettive Medicina generale Pediatria Pneumologia Reumatologia Dermatologia Ginecologia Otorinolaringoiatria Urologia CIRCOLARE REGIONE 292019 11/SETTEMBRE/2012

J05AB14	VALGANCICLOVIR	A	<p>Indicazioni:</p> <p>-Trattamento di induzione e mantenimento della retinite da citomegalovirus (CMV) in pazienti adulti con sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).</p> <p>-Prevenzione della malattia da CMV in adulti e bambini (dalla nascita ai 18 anni di età) negativi al CMV, sottoposti a trapianto di organo solido da donatore CMV positivo.</p> <p>-Estensioni Legge 648/96: Trattamento "pre-emptive" dell'infezione da CMV in pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche.</p>	PHT	RR	PT	Malattie infettive Pediatria Centro trapianti Epatologia
J05AB01	ACICLOVIR	A	<p>NOTA 84</p> <p>Indicazione:</p> <p>Virus Herpes Simplex: -trattamento delle infezioni genitali acute: <i>aciclovir, famciclovir, valaciclovir</i> - profilassi e trattamento delle recidive a localizzazione genitale: <i>aciclovir, famciclovir, valaciclovir</i> - cheratite erpetica: <i>aciclovir</i> -trattamento della stomatite in età pediatrica: <i>aciclovir</i></p> <p>Virus Varicella-Zoster: -trattamento della varicella: <i>aciclovir</i> -trattamento delle infezioni da H. Zoster cutaneo: <i>aciclovir, famciclovir, valaciclovir, brivudin</i></p> <p>La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.</p>		RR		
J05AB09	FAMCICLOVIR	A					
J05AB11	VALACICLOVIR*	A		PHT*			
J05AB15	BRIVUDINA	A					
J05AB04	RIBAVIRINA	A	Indicato per il trattamento dell'infezione da virus dell'epatite cronica C, in associazione.	PHT	RNRL	PT	<p>Centri autorizzati individuati dalla Regione:</p> <p>AOU Mater Domini-Catanzaro: - U.O. Malattie infettive - U.O. Epatologia - U.O. Malattie cardiovascolari geriatriche-Ambulatorio di Medicina generale</p> <p>AO Annunziata-Cosenza: - U.O. Gastroenterologia - U.O. Malattie Infettive</p> <p>AO Pugliese-Ciaccio-Catanzaro - U.O. Malattie Infettive - U.O.</p>

							<p>Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p> <p>AO Bianchi-Melacrino-Morelli- Reggio Calabria - U.O. Malattie Infettive</p> <p>ASP Crotone - U.O. Medicina generale - U.O. Malattie infettive</p> <p>ASP Catanzaro: - Unità Semplice di Malattie Infettive aggregata alla Medicina Generale - Ambulatorio Infettivologia ed Epatologia</p> <p>ASP Vibo Valentia: U.O. Malattie Infettive</p>
J05AF05	LAMIVUDINA	A	Indicato per il trattamento dell'epatite cronica B	PHT	RR	TEMPLATE AIFA	<p>Centri autorizzati individuati dalla Regione:</p> <p>AOU Mater Domini-Catanzaro: - U.O. Malattie infettive - U.O. Epatologia - U.O. Malattie cardiovascolari geriatriche- Ambulatorio di Medicina generale</p> <p>AO Annunziata-Cosenza: - U.O. Gastroenterologia - U.O. Malattie Infettive</p> <p>AO Pugliese-Ciaccio-Catanzaro - U.O. Malattie Infettive - U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p> <p>AO Bianchi-Melacrino-Morelli- Reggio Calabria - U.O. Malattie Infettive</p> <p>ASP Crotone - U.O. Medicina generale - U.O. Malattie infettive</p> <p>ASP Catanzaro: - Unità Semplice di Malattie Infettive</p>

							aggregata alla Medicina Generale - Ambulatorio Infettivologia ed Epatologia ASP Vibo Valentia: U.O. Malattie Infettive		
J06BB01	IMMUNOGLOBULINA UMANA RH0	A		PHT	RR	PT	Centri Ospedalieri: Servizi trasfusionali Ematologia Ginecologia		
L01XX14	TRETINOINA	A		PHT	RNR	PT	Centri Ospedalieri: Centro regionale trapianti Ematologia Oncologia		
L02AE01	BUSERELIN	A	NOTA 51 Modifica Determina AIFA n. 1448/2016 <u>Indicazione:</u> ✓ carcinoma della prostata (buserelina, goserelina, leuprorelina, triptorelina) ✓ carcinoma della mammella (goserelina, leuprorelina, triptorelina) ✓ endometriosi (goserelina, leuprorelina, triptorelina) ✓ fibromi uterini non operabili (goserelina, leuprorelina, triptorelina) ✓ pubertà precoce (euprorelina, triptorelina) ✓ trattamento intermittente (fino ad un massimo di 4 cicli) dei sintomi da moderati a gravi di fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva (ulipristal acetato) ✓ trattamento prechirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva (goserelina, leuprorelina, triptorelina) durata di 3 mesi: per gli interventi di miomectomia e isterectomia della paziente metrorragica durata di 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via isteroscopica (ulipristal acetato) ✓ trattamento pre-operatorio di sintomi, da moderati a gravi, di fibromi uterini (ulipristal acetato)	PHT	RR	PT	Hub e Spoke: Chirurgia Malattie Endocrine/Endocrinologia Ginecologia Oncologia Pediatria Urologia Strutture territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra		
L02AE02	LEUPRORELINA	A		PHT	RR/RNR				
L02AE03	GOSERELIN	A		PHT	RR				
L02AE04	TRIPTORELINA	A		PHT	RR				
G03XB02	ULIPRISTAL	A		PHT	RNRL			Hub e Spoke: Ginecologia Strutture Territoriali: - Ginecologo	
L02BX02	DEGARELIX	A		PHT	RR			PT	Centri Ospedalieri: Endocrinologia Oncologia Urologia

ga

L03AA02	FILGRASTIM	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA (EX NOTA 30 E 30 BIS)	Centri Ospedalieri: Ematologia Malattie infettive Oncologia
L03AA10	LENOGRASTIM	A		PHT	RRL		
L03AA13	PEGFILGRASTIM	A		PHT	RRL		
L03AA14	LIPEGFILGRASTIM	A		PHT	RRL		Centri Ospedalieri: Ematologia Malattie infettive Oncologia
L03AB13	PEG- INTERFERONE	A		PHT	RRL		DDRC n. 15622/2008 Decreto Dirigenziale n. 6463/2003 DCA n. 140/2017 PDTA SM U.O. Neurologia: - AOU Mater Domini - AO CZ - AO RC - AO CS - Spoke Vibo Valentia - Spoke Corigliano/Ross ano - Spoke Crotone - Spoke Catsrovillari ASP Cosenza Unità Operativa di Neurologia Centro di Sclerosi Multipla
L03AB01	INTERFERONE ALFA N3	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA (EX NOTA 32)	Per le epatiti: Gastroenterologia Medicina generale Pediatria Malattie infettive Epatologia Per la altre indicazioni: Dermatologia Nefrologia Oncologia Urologia Ematologia
L03AB04	INTERFERONE ALFA 2A	A		PHT	RRL		
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B	A		PHT	RR		
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	A		PHT	RR		
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	A		PHT	RR		
L03AB07	INTERFERONE BETA 1a	A	NOTA 65 (sclerosi multipla)	PHT	RR	PT	DDRC n. 15622/2008 Decreto Dirigenziale n. 6463/2003 DCA n. 140/2017 PDTA SM U.O. Neurologia: - AOU Mater Domini - AO CZ - AO RC - AO CS - Spoke Vibo
L03AB08	INTERFERONE BETA 1b	A	La prescrizione e la dispensazione a carico del SSN, da parte di Centri specializzati, Universitari e delle Aziende Sanitarie, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni: per i pazienti con Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel	PHT	RR		
L03AX13	GLATIRAMER	A		PHT	RR		

L04AA27	FINGOLIMOD	A	2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011): glatiramer acetato interferone n-1a ricombinante interferone n-1b ricombinante teriflunomide dimetilfumarato peginterferone beta-1a	PHT	RRL	La prescrizione avviene da parte delle strutture specialistiche e centri autorizzati MONITORAGGIO AIFA	Valentia - Spoke Corigliano/Rossano - Spoke Crotone - Spoke Catsrovillari
N07XX09	DIMETILFUMARATO	A	Per i pazienti con Sclerosi Multipla secondariamente progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive : interferone n-1b ricombinante	PHT	RRNL	La prescrizione avviene da parte delle strutture specialistiche e centri autorizzati MONITORAGGIO AIFA	ASP Cosenza Unità Operativa di Neurologia Centro di Sclerosi Multipla
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	A		PHT	RR	PT	
N07XX	EDARAVONE (RADICUT)				OSP	LEGGE 648/96	Centri individuati dalla Regione per la diagnosi e somministrazione (note regionali Prot. n. 82881 e n. 83564 del 7/3/2018): A.O. Cosenza U.O. Neurologia A.O.U. Mater Domini (CZ) U.O. Neurologia A.O. Reggio Calabria U.O. Neurologia ASP VV - P.O. di Vibo Valentia U.O. Neurologia
L04AA10	SIROLIMUS	A		PHT	RNR	PT	Centri Ospedalieri: Centri di trapianto Emodialisi Nefrologia
L04AA13	LEFLUNOMIDE	A		PHT	RR	PT	Dermatologia Medicina generale Reumatologia
L04AA18	EVEROLIMUS	A		PHT	RNR	PT	Centri Ospedalieri: Cardiologia Nefrologia Malattie infettive Gastroenterologia
L04AD02	TACROLIMUS	A		PHT	RNR	PT	Centri Ospedalieri: Centri di trapianto Nefrologia ed Emodialisi Cardiologia Cardiologia Malattie infettive Gastroenterologia

							Epatologia
M01A	FANS NON SELETTIVI COXIB	A	NOTA 66 Indicazione: - artropatie su base connettivtica - osteoartrosi in fase algica o infiammatoria -dolore neoplastico - attacco acuto di gotta trattamento di breve durata del dolore acuto nell'ambito delle patologie sopra descritte (solo per nimesulide)		RR		
M05BA02	ACIDO CLODRONICO	A/C	NOTA 42 La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: • Morbo di Paget • trattamento delle lesioni osteolitiche da metastasi ossee e del mieloma multiplo (acido clodronico)		RR		Centri Ospedalieri: Medicina Generale Oncologia Ematologia Ortopedia
N03AF03	RUFINAMIDE	A			RRL	PT	Centri Ospedalieri: Neurologia Specialisti territoriali: Neurologo
N03AF04	ESLICARBAZEPINA	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Centri Ospedalieri: Neurologia Strutture territoriali: Neurologo
N03AX21	RETIGABINA	A		PHT	RR	PT	Centri Ospedalieri: Neurologia Strutture territoriali: Neurologo
N03AX22	PERAMPANEL	A		PHT	RR	TEMPLATE AIFA	Centri Ospedalieri: Neurologia Strutture territoriali: Neurologo
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA ENTACAPONE	A		PHT	RR	PT	Centri Ospedalieri: Neurologia Strutture territoriali: Neurologo
N03AX10	FELBAMATO	A			RRL	PT REGIONALE	Centri Ospedalieri: Pediatria Neurologia Neuropsichiatria Strutture territoriali: Pediatria Neurologo Neuropsichiatria

ga

N03AX12	GABAPENTIN	A	<p>NOTA 4 La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti con dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie documentate dal quadro clinico e/o strumentale: -nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente ad infezione da herpes zoster - neuropatia associata a malattia neoplastica - dolore post-ictus o da lesione midollare -polineuropatie, multineuropatie, - mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risultati inefficace. <i>gabapentin, pregabalin</i> - neuropatia diabetica <i>duloxetina, gabapentin, pregabalin</i></p> <p>L'impiego di questi farmaci non è assoggettato a nota limitativa ed è a carico del SSN per le seguenti indicazioni terapeutiche: - trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato per duloxetina e della epilessia per gabapentin e pregabalin.</p>		RR		<p>Centri Ospedalieri: Neurologia Medicina generale Diabetologia, Centri per la terapia del dolore</p> <p>Strutture territoriali: Internista Diabetologo Neurologo Oncologo</p>
N03AX16	PREGABALIN	A	<p>L'impiego di questi farmaci non è assoggettato a nota limitativa ed è a carico del SSN per le seguenti indicazioni terapeutiche: - trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato per duloxetina e della epilessia per gabapentin e pregabalin.</p>				
N06AXF21	DULOXETINA	A	<p>NOTA 4 (neuropatia diabetica)</p>		RR		<p>Centri Ospedalieri: Medicina generale Diabetologia, Centri per la terapia del dolore</p> <p>Strutture territoriali: - Internista - Diabetologo</p>
			<p>Indicazione: "trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato"</p>				<p>Centri Ospedalieri: Psichiatria</p> <p>Strutture territoriali: Psichiatria Neuropsichiatria</p>
N04BC06	CABERGOLINA	A			RNR		
		C			RNL	PT	<p>Strutture territoriali: Geriatra Neurologo Neuropsichiatria Psichiatria</p>
N04BD02	RASAGILINA	A			RR	PT	<p>Centri Ospedalieri: Psichiatria Geriatra Neurologia</p> <p>Strutture Territoriali: - Geriatra - Neurologo</p>

9/12

							- Psichiatra
N04BX01	TOLCAPONE	A		PHT	RR	PT	Neurologia Geriatría
N04BX02	ENTACAPONE	A		PHT	RR	PT	Neurologia Geriatría
N05AE04	ZIPRASIDONE	A		PHT	RR	PT	Psichiatria Neuropsichiatria
N05AH02	CLOZAPINA	A		PHT	RNRL	PT Determina AIFA del 21 - 06- 2013 GU del 6 luglio 2013.	Psichiatria Neuropsichiatria a Neuropsichiatria a infantile (circolare regionale 396205/2014)
N05AH03	OLANZAPINA	A		PHT	RR	Per le indicazioni da scheda tecnica compilare "Scheda Regionale" (All. 5 circolare n. 331035/2014). Erogazione in DPC	Centri di salute mentale delle Aziende sanitarie e psichiatri dei Dipartimenti dipendenze patologiche
N05AH04	QUETIAPINA	A		PHT	RR		
N05AH05	ASENAPINA	A		PHT	RR		
N05AX08	RISPERIDONE	A		PHT	RR		
N05AX12	ARIPIRAZOLO	A		PHT	RR		
N05AX13	PALIPERIDONE PALIPERIDONE PALMITATO	A		PHT	RR	Per i Disturbi psicotici e comportamentali del comportamento in pazienti affetti da Demenza, compilare le Schede di monitoraggio e follow-up di cui al Comunicato AIFA 28.12.2006 Uso off-label, Distribuzione diretta tramite le AA.SS.PP.	Neurologi Psichiatri Geriatrici Tutti operanti nei centri valutazione Alzheimer ex U.V.A (<u>Circolare regionale prot. 371669 del 25/11/2014</u>)
N05CD08	MIDAZOLAM	A	NOTA 93 <u>Indicazione:</u> ° Trattamento acuto delle crisi nelle epilessie dell'età pediatrica con elevato rischio di occorrenza di crisi prolungate (durata maggiore di 5 minuti) o di stato di male epilettico <u>Forme idiopatiche</u> - Sindrome di Dravet - Sindrome di Panayiotopoulos ° Trattamento acuto delle crisi nelle altre epilessie dell'età pediatrica, dopo un precedente episodio di crisi prolungata (durata maggiore di 5 minuti) o di stato di male epilettico <u>Forme idiopatiche</u> <u>Forme sintomatiche a varia eziologia</u>			RRL	Neurologia Neuropsichiatria a infantile Pediatría
N06AB03	FLUOXETINA	A				RR	Neuropsichiatria a infantile Psichiatria
N06BA04	METILFENIDATO	A	Indicazioni: Il metilfenidato è indicato come parte di un programma globale di trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti nei casi in cui le sole misure correttive si dimostrino insufficienti. Il trattamento deve essere effettuato sotto il controllo di uno specialista in disturbi	PHT	RMR	PT	Neuropsichiatria a infantile Psichiatria La prescrivibilità è prevista per centri di riferimento coordinati a servizi di neuropsichiatria , pediatria

			comportamentali in età pediatrica. La diagnosi dovrebbe essere fatta in base ai criteri del DSM-IV o alle linee guida ICD-10 e si deve basare su un'anamnesi o una valutazione completa del bambino e non solo sulla presenza di uno o più sintomi.				
N06BA07	MODAFINIL	A		PHT	RRL	PT	Neurologia
N06BA09	ATOMOXETINA	A		PHT	RNRL	PT	Neuropsichiatria infantile, Pediatria
N06DA02	DONEPEZIL	A		PHT	RNRL	PT	Centri Demenza Già Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) (DDRC n. 1845 del 21.02.2005 e nota regionale prot. n. 5706 del 26/06/2010): <u>AO CS:</u> -SPDG Psichiatria -UO Geriatria -UO Neurologia <u>ASP CS:</u> -UOC Tutela Anziani e Disabili -CSM Psichiatria Paola CSM Psichiatria Roggiano Gravina -UO Neurologia INRCA -UO Neurologia P.O. Corigliano - UO Neurologia P.O. Castrovillari - UO Geriatria Distretto Sanitario ex-SAUB P.O. Castrolibero -UO Geriatria P.O. Lungro -UO Geriatria P.O. Rossano <u>ASP KR:</u> - SPDC Psichiatria P.O. Crotone - UO Geriatria P.O. Crotone - UO Neurologia P.O. Crotone -UO Territoriale Neurologica, ex ASL 5 <u>AO CZ:</u> UO Neurologia <u>AOU MD:</u> UO Neurologia
N06DA03	RIVASTIGMINA	A		PHT	RRL		
N06DA04	GALANTAMINA	A		PHT	RNRL		
N06DX01	MEMANTINA	A		PHT	RRL		
			<p>NOTA 85 <u>Indicazione:</u> Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina) - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina)</p>				

							<u>ASP CZ:</u> -UO Geriatria, Tutela Anziani -Centro Regionale di Neurogenetica Lamezia Terme -CSM Neurologia Girifalco <u>ASP VV:</u> -UO Neurologia -SPDC Psichiatria <u>AO RC:</u> UO Neurologia -UO Geriatria <u>ASP RC:</u> - CSM Psichiatria -UO Neurpsichiatria Polo Sanitario Reggio Sud -UO Neurologia Distretto 2 - UO Geriatria, Poliambulatorio Villa S. Giovanni - SPDC Psichiatria P.O. Melito -CSM Psichiatria P.O. Scilla - CSM Psichiatria Locri - UO Neurologia P.O. Locri - UO Geriatria P.O. Locri CSM Psichiatria P.O. Palmi CSM Psichiatria Taurianova -UO Geriatria territoriale Taurianova
N07BB04	NALTREXONE	A		PHT	RR	PT	SERT
N07BC02	METADONE	A		PHT			SERT
N07XX06	TETRABENAZINA	A			RRL	PT REGIONALE	Neurologia Psichiatria Neuropsichiatria a Geriatria
N07BC51	BUPRENORFINA/NALOXONE	A		PHT	RMR	PT	SERT
P01CX01	PENTAMIDINA	A		PHT	RRL	PT	Malattie infettive Pneumologia
R03AL03	VILANDATEROLO+UMECLIDINI O BROMURO	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Centri Ospedalieri: Pneumologia Geriatria Medicina generale

							Circolare regionale 268855 del 15/09/2015
R03AL04	INDACATEROLO E GLICOPIRRONIO BROMURO	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Centri Ospedalieri: Pneumologia Geriatria, Medicina generale Circolare regionale del 15.05.2015
R03AL05	BROMURO DI ACLIDINIO/FORMOTEROLO	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Centri Ospedalieri: Medicina generale, Geriatria, Pneumologia
R03AL06	TIOTROPIO/OLDATEROLO	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Centri Ospedalieri: Medicina generale, Geriatria, Pneumologia
R03DC01	ZAFIRLUKAST	A	<p>NOTA 82 INDICAZIONI: La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</p> <p>-trattamento di "seconda linea" dell'asma moderata persistente, in aggiunta agli steroidi per via inalatoria, quando questi non garantiscano un controllo adeguato della patologia, anche dopo associazione con β-2 agonisti -profilassi dell'asma da sforzo</p> <p>Quando gli steroidi risultino insufficienti è preferibile, piuttosto che aumentarne il dosaggio, aggiungere un farmaco di "seconda linea". Tra questi la prima scelta è rappresentata dai β-2 agonisti a lunga durata d'azione, seguiti, come seconda scelta, dagli antileucotrieni.</p>				Centri Ospedalieri: Pneumologia Medicina generale
R03DC03	MONTELUKAST	A			RR		
R03DX	MEPOLIZUMAB	A		PHT	RRL	PT	Hub e Spoke AOU MD: - Malattie Apparato respiratorio AO RC: - Pneumologia Ambul. Fisopatologia Respiratoria AO CS: - Pneumologia - Allergologia - Fisopatologia respiratoria Spoke Lamezia Terme: - Pneumologia Spoke Castrovillari: - Pneumologia
R03DX05	OMALIZUMAB	A	Indicazione terapeutica "asma di accertata natura IgE mediata"	PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Centri individuati dalla Regione Note prot. n. 2784 del 7/1/2015, n. 20419 del 22/1/2015, n. 109220 del 8/4/2015, n. 49974 del 16/2/2015 e n. 181806 del 9/6/2015:

							<p><u>AO CS:</u> -UO Pediatria -UO Pneumologia -UO Fisiopatologia Respiratoria -UO Allergologia</p> <p><u>AO CZ:</u> -UO Pediatria</p> <p><u>AO RC:</u> -UO Pneumologia -UO Pediatria</p> <p><u>AQU MD:</u> -UO Pediatria - Malattie Apparato respiratorio</p> <p><u>ASP CS:</u> -Spoke Castrovillari UO Pneumologia</p> <p>- P.O. Acri UO Medicina Interna (Specialista Pneumologo)</p> <p><u>ASP KR:</u> -Spoke Crotone UO Pediatria UO Fisiopatologia respiratoria</p> <p><u>ASP CZ:</u> Spoke Lamezia Terme - UO Pneumologia -Centro Fibrosi Cistica</p> <p><u>ASP VV:</u> Spoke Vibo Valentia - UO Pediatria P.O. Tropea - UO Medicina (Specialista Pneumologo)</p> <p><u>ASP RC</u> P.O. Scilla -Servizio Allergologia</p> <p>Spoke Locri - UO Allergologia</p> <p>-Dipartimento Prevenzione "Centro Diagnostico Malattie Polmonari e Sociali"</p>
R03DX05	OMALIZUMAB	A	Indicazione terapeutica "orticaria cronica spontanea" Determina n. 1060/2015 G.U. n. 19 del 21/08/2015	PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	<p>Hub e Spoke: Allergologia Pediatria Dermatologia</p>
	SOSTITUTI LACRIMALI		<p>NOTA 83 La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:</p>				<p>Oculistica Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>

			- trattamento sintomatico dei pazienti affetti da malattia di Sjögren o fenomeno di Sjögren (<i>sindrome secca</i> su base autoimmune), poiché non è disponibile una terapia di tipo causale della malattia.				
R05CB13	DORNASE ALFA	A		PHT	RNRL	PT	Centro Regionale Fibrosi Cistica
R05DA	DIIDROCODEINA	A	NOTA 31 La prescrizione a carico del SSN è limitata alla seguente condizione: tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie.		RR		Tutti i prescrittori
R05DA20	DIIDROCODEINA + ACIDO BENZOICO	A		RR			
R05DB27	LEVODROPROPIZINA	A		RR			
V01AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	A		PHT	RRL	TEMPLATE AIFA	Allergologia Pediatria Otorinolaringoiatria Pneumologia Immunologia
V03AC01	DEFEROXAMINA	A		PHT	RR	PT	Ematologia Servizi trasfusionali Medicina generale Nefrologia Emodialisi Oncologia Pediatria
V03AE01	POLISTIRENE SULFONATO	A			RRL	PT	Medicina generale Nefrologia Cardiologia
V03AE02	SEVELAMER	A		PHT	RR	PT	Emodialisi Nefrologia
V03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO	A		PHT	RR	PT	Emodialisi Nefrologia
V03AE05	OSSI-IDROSSIDO SUCROFERRICO	A	Farmaco sottoposto a monitoraggio	PHT	RRL	PT	Nefrologia
V03AF01	MESNA	A		PHT	RR	PT	Oncologia
	N3 PUFA (Con contenuto di EPA+DHA Esteri Etilici 85% minimo pari a Sofferta sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST 850 mg/g) OMEGA - 3		NOTA 94 Ricovero per sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST * N3 PUFA (sindrome coronarica acuta SCA-STE, sindrome coronarica acuta SCA-NSTE) Sofferta sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST 850 mg/g) (sindrome coronarica acuta SCA-STE, sindrome coronarica acuta SCA-NSTE) nei precedenti 90 giorni SCA-STE=sindrome coronarica acuta con soprasslivellamento del tratto ST; SCA-NSTE= sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST				Scheda Regionale da allegare alla ricetta SSN specialistica (in dimissione ospedaliera da ricovero ordinario, day-Hospital e da visita ambulatoriale) DCA 66/2015
V03AH01	DIAZOSSIDO	A			RRL	PT REGIONALE	Pediatria Medicina generale Oncologia Gastroenterologia
V04CD01	METIRAPONE	A			RNRL	PT REGIONALE	Hub: Medicina generale Endocrinologia

ALLEGATO B**CENTRI AUTORIZZATI ALLA PRESCRIZIONE DI PRINCIPI ATTIVI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI
COMPETENZE SPECIALISTICHE**

Se non diversamente specificato i centri individuati si riferiscono a strutture pubbliche degli enti del sistema sanitario

ATC	PRICIPIO ATTIVO	CL	NOTA AIFA	PHT	TIPO RICETTA	PIANO TERAPEUTICO	CENTRI AUTORIZZATI
A1AA04	MERCAPTAMINA	A		PHT	RNRL	PT	Pediatria, Nefrologia
A04AA55	PALONOSETRON/N ETUPITANT	H			RRL		Oncologia Ematologia
A05AA03	ACIDO COLICO (ORPHACOL)	H	Farmaco orfano		RNRL		Centri Malattie Rare
A05AA04	ACIDO OBETICOLICO (OCALIVA)	H	Farmaco orfano Indicato per il trattamento della colangite biliare primitiva (nota anche come cirrosi biliare primitiva) in combinazione con acido ursodesossicol ico (UDCA) negli adulti con risposta inadeguata all'UDCA o come monoterapia negli adulti che non tollerano l'UDCA.		RRL	PT	Hub: Medicina Generale Gastroenterologia
A16AA05	ACIDO CARGLUMICO	A		PHT	RNRL	PT	Neurologia Pediatria Medicina generale
A16AA06	BETAINA	A		PHT	RNRL	PT	Pediatria Medicina generale Epatologia Nefrologia
A16AB02	IMIGLUCERASI	H			RR		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
A16AB04	ALGASIDASI BETA	H			RR		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
A16AB05	LARONIDASI	H			RR		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
A16AB07	AGLUCOSIDASI ALFA	H			OSP		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
A16AX03	SODIO FENILBUTIRRATO	A		PHT	RRL	PT	Medicina generale Pediatria Neurologia
A16AX05	ZINCO ACETATO	A		PHT	RNRL	PT	Medicina generale Pediatria Epatologia Neurologia Neuropsichiatria
A16AX06	MIGLUSTAT	A		PHT	RRL	PT	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)

A16AX07	SAPROPTERIN	A		PHT	RRL	PT	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
B01AD02	ALTEPLASI	H			OSP		Neurologia Cardiologia/Emodinamica
B02AB02	ALFA 1 ANTITRIPSINA	H	Terapia cronica sostitutiva in soggetti con carenza congenita di inibitore dell'alfa-1-proteinasi (fenotipi PiZZ, PiZ(null), Pi(null)(null) e PiSZ) in relazione ad una compromissione del flusso respiratorio di grado moderato (FEV1 35-60 %) ed alla valutazione del quadro clinico (condizioni di disabilità).		RNRL	Determina AIFA 74/2012. La domiciliazione della terapia potrà avvenire solo dopo un adeguato periodo di controllo e monitoraggio (tre dosi) presso i centri ospedalieri indicati ed autorizzati alla prescrizione dopo diagnosi da parte di un centro per le malattie rare.	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
B02BD02	EFMOROCTOCOG ALFA	A	Farmaco sottoposto a monitoraggio	PHT	RRL	Scheda Terapia regionale (PT)	Servizio trasfusionale emofilia/ematologia
B02BD04	EFTRENONACOG ALFA	A	Farmaco sottoposto a monitoraggio	PHT	RRL	PT	Servizio trasfusionale emofilia/ematologia
B02BD11	CATRIDECACOG	H			OSP		Servizio trasfusionale emofilia/ematologia
B02BD14	SUSOCTOCOG ALFA	H	FARMACO ORFANO		OSP	REGISTRO AIFA	Servizio trasfusionale emofilia/ematologia
B01AC09	EPOPROSTENOLO	H	Trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) (PAH idiopatica o ereditaria e PAH associata a malattie del tessuto connettivo			Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018	Hub AO Cosenza: Cardiologia AO CZ: Cardiologia Spoke: P.O. Castrovillari Cardiologia, Pneumologia P.O. Crotone: Cardiologia
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	A	Trattamento di pazienti adulti con ipertensione polmonare primaria	PHT	RRL	Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018	Hub: AO Cosenza: Cardiologia AO CZ: Cardiologia Spoke P.O. Castrovillari Cardiologia, Pneumologia P.O. Crotone: Cardiologia
C02KX01	BOSENTAN	H	-Trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare - riduzione del numero di nuove ulcere digitali in pazienti con sclerosi		RRL	PT	Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018 Hub AO Cosenza: Cardiologia AO CZ: Cardiologia Spoke P.O. Castrovillari Cardiologia, Pneumologia P.O. Crotone: Cardiologia

			sistemica e ulcere digitali attive				
C02KX02	AMBRISENTAN	A	-Trattamento dell'ipertensio ne polmonare arteriosa (PAH), PAH idiopatica -PAH associata a malattia del tessuto connettivo	PHT	RRL	PT	Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018 Hub AO Cosenza: Cardiologia AO CZ: Cardiologia Spoke P.O. Castrovillari: Cardiologia, Pneumologia P.O. Crotone: Cardiologia
C02KX04	MACITENTAN	A	-Trattamento dell'ipertensio ne polmonare arteriosa (PAH), PAH idiopatica -PAH associata a malattia del tessuto connettivo	PHT	RRL	PT	Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018 Hub AO Cosenza: Cardiologia AO CZ: Cardiologia Spoke P.O. Castrovillari: Cardiologia, Pneumologia P.O. Crotone: Cardiologia
C07AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	A		PHT	RRL	PT	Pediatria, Neonatologia. Chirurgia pediatria, Chirurgia vascolare, Dermatologia, Cardiologia pediatrica, Chirurgia plastica
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO	A	-Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare - Trattamento di pazienti pediatrici di età compresa tra 1 e 17 anni con ipertensione arteriosa polmonare	PHT	RRL	PT	Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018 Hub: -AO Cosenza: Cardiologia -AO CZ: Cardiologia Spoke: -P.O. Castrovillari: Cardiologia, Pneumologia -P.O. Crotone: Cardiologia
G04BE08	TADALAFIL	A	-Trattamento dell'ipertensio ne polmonare arteriosa (PAH) - ipertensione arteriosa polmonare idiopatica (IPAH) e nell'ipertensio ne arteriosa polmonare associata a malattia vascolare del collagene.	PHT	RRL	PT	Nota regionale Prot.33487 del 31.1.2018 Hub: -AO Cosenza: Cardiologia -AO CZ: Cardiologia Spoke: -P.O. Castrovillari: Cardiologia, Pneumologia -P.O. Crotone: Cardiologia
H01AB01	TIREOTROPINA ALFA	H			RNRL		Oncologia
H01AX01	PEGVISOMANT	A		PHT	RNRL	PT	Endocrinologia
J01DD52	CEFTAZIDIMA + AVIBACTAM	H			OSP	Scheda cartacea regionale approvata con DCA n. 126/2018	Hub e Spoke: Malattie infettive Specialista con competenza infettivologica identificato dal CIO
J01DI01	CEFTOBIPROLO	H	Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica		OSP		Hub e Spoke: Malattie infettive

			(ventilator-associated pneumonia, VAP) Polmonite acquisita in comunità (CAP).				
J01DI54	CEFTOZOLANO/TAZ OBACTAM	H			OSP	Monitoraggio addizionale	Centri Hub e Spoke: Malattie infettive
J01GB01	TOBRAMICINA	A		PHT	RNRL	PT	Malattie infettive Medicina generale Pediatria Pneumologia Centri Fibrosi Cistica
J01XA04	DALBAVANCINA	H			OSP	Scheda cartacea (G.U. n. 134 del 10/06/2016)	Hub e Spoke: Malattie infettive
J01XB01	COLISTIMETATO SODICO	C			NRL		Centro Fibrosi Cistica
J01XX11	TEDIZOLID FOSFATO	A/H		PHT	RNRL/OSP	Scheda cartacea (G.U. n. 120 del 25/05/2017)	Hub e Spoke: Malattie infettive
J02AB02	KETOCONAZOLO	A		PHT	RNRL		Medicina generale Malattie endocrine/Endocrinologia
J02AC03	VORICONAZOLO	A		PHT	RNRL	PT	Malattie Infettive Medicina generale Ematologia
J02AC04	POSACONAZOLO			PHT	RNRL	PT	Malattie Infettive Medicina generale Ematologia
J02AC05	ISAVUCONAZOLO	A/H			RNL/OSP		Infettivologo Ematologo
J05AE01	SAQUINAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AE03	RITONAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive Pediatria
J05AE07	FOSAMPRENAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AE08	ATAZANAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AE09	TIPRANAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AE10	DARUNAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AF01	ZIDOVUDINA	H			RRL	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AF02	DIDANOSINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AF04	STAVUDINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AF06	ABACAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AF07	TENOFOVIR DISOPROXIL	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Hub e Spoke: Malattie Infettive Medicina generale Gastroenterologia
J05AF08	ADEFOVIR DIPVOXIL	A		PHT	RNRL	PT	Malattie infettive
J05AF09	EMTRICITABINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AF10	ENTECAVIR	A		PHT	RNRL	PT	Hub e Spoke: Malattie infettive Medicina generale Gastroenterologia
J05AF11	TELBIVUDINA	A		PHT	RNRL	PT	Hub e Spoke: Malattie infettive Medicina generale Gastroenterologia

J05AG01	NEVIRAPINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AG03	EFAVIRENZ	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AG04	ETRAVIRINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AG	RILPIVIRINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR01	LAMIVUDINA/ZIDO VUDINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR02	ABACAVIR/LAMIVU DINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR04	ABACAVIR/LAMIVU DINA/ZIDOVUDINA	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR06	EMTRICITABINA/EF AVIRENZ/TENOFOV IR DISOPROXIL	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR08	EMTRICITABINA/RI LPVIRINA/TENOFO VIR DISOPROXIL	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR09	ELVITEGRAVIR/CO BICISTAT/EMTRICIT ABINA/TENOFOVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR10	LOPINA VIR E RITONA VIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR14	DARUNAVIR/ COBICISTAT	H			RNRL	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR13	DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/ LAMIVUDINA	H			RNRL	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR15	ATAZANAVIR/COBI CISTAT	H			RNRL	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AR17	EMTRICITABINA E TENOFVI ALAFENAMIDE	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Malattie infettive
J05AR18	ELVITEGRAVIR/CO BICISTA/EMTRICIT ABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDE	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Malattie infettive
J05AR19	RILPIVIRINA/EMCIT RABINA/TENOFOVI R ALAFENAMIDE	H			RNRL		Malattie infettive
J05AX07	ENFUVIRTIDE	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AX08	RALTEGRAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AX09	MARAVIROC	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J05AX12	DOLUTEGRAVIR	H			RNLR	DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV	Malattie infettive
J06BB16	PALIVIZUMAB	A		PHT	RRL	PT nota regionale n. 327801 del 04.11.2015. Erogazione e somministrazione devono essere effettuate direttamente dalle Strutture cui afferiscono i Centri prescrittori	Hub e Spoke: Pediatria Neonatologia
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia
L01CA04	VINORELBINA (Formulazioni os)	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia Ematologia
L01XX08	LINEZOLID	A		PHT	RNRL	PT	Medicina generale Malattie infettive Ematologia
L01XX23	MITOTANO	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia
L01BB05	FLUDARABINA	A		PHT	RNRL	PT	Ematologia Oncologia
L01BC06	CAPECITABINA	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia

L01BC53	TEGAFUR, ASSOCIAZIONI	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia
L01BC59	TIFLURIDINA + TIPIRACIL	A		PHT	NRL		Oncologia
L01XC21	RAMUCIRUMAB	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE01	IMATINIB	A		PHT	RNRL	PT	Ematologia
L01XE21	REGORAFENIB	A		PHT	RNRL	REGISTRO AIFA (indicazione Carcinoma metastatico del colon- retto)	Oncologia
L01XX17	TOPOTECAN (Formulazioni os)	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia
L01XX25	BEXAROTENE	A		PHT	RNRL	PT	Ematologia
L01XX35	ANAGRELIDE	A		PHT	RNRL	PT	Oncologia
L01XX43	VISMODEGIB	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncoematologia Ematologia
L01XX46	OLAPARIB	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XX47	IDELALISIB	H			NRL	REGISTRO AIFA	Ematologia Oncologia Oncoematologia
L04AA23	NATALIZUMAB	H			OSP		DDRC n. 15622/2008 Decreto Dirigenziale n. 6463/2003 DCA n. 140/2017 PDTA SM U.O. Neurologia: - AOU Mater Domini - AO CZ - AO RC - AO CS - Spoke Vibo Valentia - Spoke Corigliano/Rossano - Spoke Crotone - Spoke Catsrovillari ASP Cosenza Unità Operativa di Neurologia Centro di Sclerosi Multipla
L04AA06	ACIDO MICOFENOLICO (COME MICOFENOLATO SODICO)	A		PHT	RNRL	PT	Medicina generale Nefrologia Pediatria Immunologia Ematologia
	ACIDO MICOFENOLICO (COME MICOFENOLATO MOFETILE)					PT	
L04AC11	SILTUXIMAB	H	Farmaco orfano		OSP		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
L04AC13	IXEKIZUMAB (TALTZ)	H				RRL	Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015) DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera DCA 119/2017 – Rete Reumatologica Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del
							AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Dermatologia II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio

9/11

					<p>24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia SOC Dermatologia</p> <p>AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia UO Dermatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotona SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello Reumatologia Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p>
L04AA24	ABATACEPT	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015)</p> <p>DCA 64/2016 Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Pediatria</p> <p>II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Aciri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di</p>

						<p>Reumatologia UOC Pediatria – Ambulatorio Reumatologia AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotone SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Locri SC Medicina con SS Reumatologia Spoke Polistena* Ospedale Generale OG Gioia Tauro* Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo* * Reumatologia</p>
L04AA28	BELATACEPT	C			OSP	<p>Medicina generale Nefrologia Immunologia</p>
L04AA32	<p>APREMILAST (OTEZLA) <u>Artrite psoriasica</u> Otezla, da solo o in associazione a farmaci antireumatici modificanti la malattia (Disease Modifying Antirheumatic Drugs, DMARD), è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica (PsA) attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o sono risultati intolleranti a una precedente terapia con DMARD</p> <p><u>Psoriasi*</u> Otezla è indicato per il trattamento della psoriasi cronica a placche da moderata a grave in pazienti adulti che non hanno risposto, che hanno una controindicazione o che sono intolleranti ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A (PUVA).</p>	A			PHT/RRL	<p>TEMPLATE AIFA</p> <p>*Apremilast NON è rimborsato dal SSN nell'indicazione psoriasi a placche.</p> <p>AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Dermatologia</p> <p>II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia SOC Dermatologia</p> <p>AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia UO Dermatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotone SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p>

						<p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino - SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello Reumatologia Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p>
L04AA33	VEDOLIZUMAB	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015)</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 REGISTRO AIFA per Malattia di Crohn attiva</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS - UO Medicina Generale - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello <u>Medicina generale:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Ospedale Praia a Mare - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio - SC Medicina - UO Gastroenterologia</p> <p>AOU Mater Domini - SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia - SC Gastroenterologia - UO Fisiopatologia Digestiva</p> <p>II Livello <u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Crotone - Spoke Vibo Valentia - Spoke Lamezia Terme</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino - - UO Medicina generale - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello <u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Polistena</p>

						- Spoke Locri
L04AA37	<p>BARICITINIB (OLUMIANT) è indicato per il trattamento dell'artrite reumatoide in fase attiva da moderata a grave nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, o che sono intolleranti, ad uno o più farmaci anti-reumatici modificanti la malattia. Olumiant può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.</p>	H		RNRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9</p> <p>(DCA 118/2015)</p> <p>DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale</p> <p>II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotone SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia UO Dermatologia</p> <p>II Livello Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p>
L01XX43	ALEMTUZUMAB	H		OSP	<p>DDRC n. 15622/2008 Decreto Dirigenziale n. 6463/2003 DCA n. 140/2017 PDTA SM</p> <p>U.O. Neurologia: - AOU Mater Domini - AO CZ - AO RC - AO CS - Spoke Vibo Valentia - Spoke Corigliano/Rossano - Spoke Crotone - Spoke Castrovillari</p> <p>ASP Cosenza Unità Operativa di Neurologia Centro di</p>	

L04AB01	ETANERCEPT/ETANERCEPT BIOSIMILARE	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9</p> <p>(DCA 118/2015)</p> <p>DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>Sclerosi Multipla</p> <p>AREA NORD III Livello Hub AO CS - UO Reumatologia - UO Medicina Generale - UO Dermatologia - UO Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Ospedale Praia a Mare - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p><u>Pediatria</u> - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio - SC Medicina – Ambulatorio di - UO Reumatologia - SOC Dermatologia - Ambulatorio Reumatologia Pediatrica UOC Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>AOU Mater Domini - SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia - SC Gastroenterologia - UO Fisiopatologia Digestiva - UO Pediatria - UO Dermatologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> - Spoke Lamezia Terme SC Medicina - Spoke Crotone Ambulatorio di Reumatologia SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia - Spoke Vibo Valentia SC Medicina - Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) - Ospedale Generale Soverato* - Ospedale OZD Soveria Mannelli* - Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Crotone - Spoke Vibo Valentia</p> <p><u>Pediatria:</u></p>
---------	--------------------------------------	---	--	-----	--	---

						<p>- Spoke Lamezia Terme - Spoke Croton- Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello <u>Reumatologia</u> Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Polistena - Spoke Locri</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Locri - Spoke Polistena</p>
L04AB02	<p>INFLIXIMAB/ INFLIXIMAB BIOSIMILARE <u>Artrite reumatoide</u> in associazione con metotrexato, è indicato per la riduzione dei segni e dei sintomi e il miglioramento della funzione fisica in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pazienti adulti con malattia in fase attiva quando la risposta ai farmaci anti-reumatici che modificano la malattia (DMARDsdisease-modifying anti-rheumaticdrugs), incluso il metotrexato, sia stata inadeguata. ● pazienti adulti con malattia grave, in fase attiva e progressiva non trattata precedentemente con metotrexato o altri DMARDs. <p>In questa popolazione di pazienti è stato dimostrato, mediante valutazione radiografica, una riduzione del tasso di</p>	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015)</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/STAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS - UO Reumatologia - UO Medicina Generale - UO Dermatologia - UO Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Ospedale Praia a Mare - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p><u>Pediatria</u> - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciccio</p>

	<p>progressione del danno articolare.</p> <p><u>Malattia di Crohn negli adulti</u> Remicade è indicato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● il trattamento della malattia di Crohn in fase attiva, di grado da moderato a grave, in pazienti adulti che non abbiano risposto nonostante un trattamento completo ed adeguato con corticosteroidi e/o immunosoppressori ; o in pazienti che non tollerano o che presentano controindicazioni mediche per le suddette terapie. ● il trattamento della malattia di Crohn fistolizzante in fase attiva, in pazienti adulti che non abbiano risposto nonostante un ciclo di terapia completo ed adeguato con trattamento convenzionale (inclusi antibiotici, drenaggio e terapia immunosoppressiva). <p><u>Malattia di Crohn nei bambini</u> E' indicato per il trattamento della malattia di Crohn in fase attiva grave, nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 6 e 17 anni che non hanno risposto alla terapia convenzionale con un corticosteroide, un immunomodulatore e una primaria terapia nutrizionale o in pazienti che non tollerano o che presentano controindicazioni per le suddette terapie. E' stato studiato solo in associazione con la terapia immunosoppressiva convenzionale.</p> <p><u>Colite ulcerosa</u> E' indicato per il trattamento della colite ulcerosa in fase attiva, di grado da moderato a grave, in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale</p>										<p>- SC Medicina – Ambulatorio di - UO Reumatologia - SOC Dermatologia - Ambulatorio Reumatologia Pediatrica UOC Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>AOU Mater Domini - SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia - SC Gastroenterologia - SC Fisiopatologia Digestiva - UO Pediatria - UO Dermatologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> - Spoke Lamezia Terme SC Medicina - Spoke Croton Ambulatorio di Reumatologia SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia - Spoke Vibo Valentia SC Medicina - Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) - Ospedale Generale Soverato* - Ospedale OZD Soveria Mannelli* - Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Croton - Spoke Vibo Valentia</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Lamezia Terme - Spoke Croton- Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello <u>Reumatologia</u> Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Polistena - Spoke Locri</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Locri - Spoke Polistena</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>inclusi corticosteroidi e 6-mercaptopurina (6-MP) o azatioprina (AZA), o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione medica a queste terapie.</p> <p><u>Colite ulcerosa pediatrica</u></p> <p>E' indicato per il trattamento della colite ulcerosa in fase attiva di grado grave, in bambini e adolescenti da 6 a 17 anni di età, che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-MP o AZA, o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione medica a queste terapie.</p> <p><u>Spondilite anchilosante</u></p> <p>E' indicato per il trattamento della spondilite anchilosante grave in fase attiva in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alle terapie convenzionali.</p> <p><u>Artrite psoriasica</u></p> <p>E' indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva e progressiva in pazienti adulti qualora sia stata inadeguata la risposta a precedenti trattamenti con DMARD.</p> <p>Deve essere somministrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● in associazione con metotrexato ● o singolarmente in pazienti che risultano intolleranti al metotrexato o per i quali esso sia controindicato <p>Ha mostrato di migliorare la funzione fisica in pazienti con artrite psoriasica e di ridurre il tasso di progressione del danno alle articolazioni periferiche, misurato con i raggi X in pazienti con sottotipi simmetrici poliarticolari della malattia.</p> <p><u>Psoriasi</u></p> <p>E' indicato per il</p>															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	trattamento della psoriasi a placche di grado da moderato a grave nei pazienti adulti che non hanno risposto o per i quali siano controindicati o che sono risultati intolleranti ad altri trattamenti sistemici inclusi la ciclosporina, il metotrexato o PUVA					
L04AB04	<p>ADALIMUMAB <u>Artrite reumatoide</u> In combinazione con metotressato, è indicato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> il trattamento di pazienti adulti affetti da artrite reumatoide attiva di grado da moderato a severo quando la risposta ai farmaci anti-reumatici modificanti la malattia (DiseaseModifying Anti-RheumaticDrugs – DMARDs), compreso il metotressato, risulta inadeguata. il trattamento dell'artrite reumatoide grave, attiva e progressiva in adulti non precedentemente trattati con metotressato. <p>Può essere somministrato come monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuato con metotressato non è appropriato. In combinazione con metotressato, inibisce la progressione del danno strutturale, valutata radiograficamente, e migliora la funzionalità fisica, in questa popolazione di pazienti.</p> <p><u>Artrite idiopatica giovanile poliarticolare</u> In combinazione con metotressato è indicato per il trattamento dell'artrite idiopatica giovanile poliarticolare attiva, nei bambini dai 2 anni di età e negli adolescenti, che hanno avuto una risposta inadeguata ad uno o più farmaci anti-</p>	H		RRL	<p>REGISTRO AIFA Idrosadenite suppurativa</p> <p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015)</p> <p>DCA 64/2016 Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS - UO Reumatologia - UO Medicina Generale - UO Dermatologia - UO Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello</p> <p><u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UE):</u> - Ospedale Praia a Mare - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p><u>Pediatria</u> - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio - SC Medicina – Ambulatorio di - UO Reumatologia - SOC Dermatologia - Ambulatorio Reumatologia Pediatrica UOC Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>AOU Mater Domini - SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia - SC Gastroenterologia - SC Fisiopatologia Digestiva - UO Pediatria - UO Dermatologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> - Spoke Lamezia Terme SC Medicina - Spoke Crotona Ambulatorio di Reumatologia SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia - Spoke Vibo Valentia SC Medicina - Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) - Ospedale Generale Soverato*</p>

	<p>reumatici modificanti la malattia (DMARDs). Può essere somministrato come monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuato con metotressato non è appropriato. Non è stato studiato in bambini al di sotto dei 2 anni.</p> <p><u>Spondiloartrite assiale Spondilite anchilosante (SA)</u> E' indicato per il trattamento dei pazienti adulti affetti da spondilite anchilosante attiva grave in cui la risposta alla terapia convenzionale non è risultata adeguata.</p> <p><u>Spondiloartrite assiale senza evidenza radiografica di SA</u> E' indicato per il trattamento dei pazienti adulti affetti da spondiloartrite assiale grave senza evidenza radiografica di SA ma con segni oggettivi di infiammazione rilevati da elevati livelli di Proteina C Reattiva e/o RMN, che hanno avuto una risposta inadeguata a, o sono intolleranti a farmaci antinfiammatori non steroidei.</p> <p><u>Artrite psoriasica</u> E' indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva e progressiva in soggetti adulti quando la risposta a precedenti trattamenti con farmaci anti-reumatici modificanti la malattia (DiseaseModifying Anti-rheumaticDrugs – DMARDs) è stata inadeguata. È stato dimostrato che il farmaco riduce la percentuale di progressione del danno articolare periferico associato rilevato attraverso radiografie in pazienti affetti da sottogruppi poliarticolari simmetrici della malattia e migliora la funzionalità fisica.</p> <p><u>Psoriasi</u> E' indicato per il trattamento della psoriasi cronica a placche, di grado da</p>											<p>- Ospedale OZD Soveria Mannelli* - Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Crotona - Spoke Vibo Valentia</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Lamezia Terme - Spoke Croton- Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello <u>Reumatologia</u> Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Polistena - Spoke Locri</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Locri - Spoke Polistena</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>moderato a severo, nei pazienti adulti che non hanno risposto, o che presentano controindicazioni o che sono risultati intolleranti ad altre terapie sistemiche, tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA.</p> <p><u>Malattia di Crohn</u> E' indicato nel trattamento della malattia di Crohn attiva di grado da moderato a severo in pazienti adulti che non hanno risposto ad un ciclo terapeutico completo ed adeguato a base di corticosteroidi e/o di un immunosoppressore, o nei pazienti intolleranti a tali terapie o che presentino controindicazioni mediche ad esse.</p> <p><u>Malattia di Crohn in pazienti pediatrici</u> E' indicato nel trattamento della malattia di Crohn attiva grave nei pazienti pediatrici (dai 6 anni di età) che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale, inclusa la terapia nutrizionale primaria, a una terapia a base di un corticosteroide e ad un immunomodulatore, o che sono intolleranti o hanno controindicazioni a tali terapie.</p> <p><u>Colite Ulcerosa</u> E' indicato nel trattamento della colite ulcerosa attiva di grado da moderato a severo in pazienti adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata alla terapia convenzionale inclusi i corticosteroidi e la 6-mercaptopurina (6-MP) o l'azatioprina (AZA) o che sono intolleranti o presentano controindicazioni a tali terapie.</p> <p><u>Idrosadenite suppurativa</u> -Idrosadenite suppurativa (HS) di grado da moderato a severo in pazienti adulti con una risposta inadeguata alla terapia sistemica</p>															
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>convenzionata per l'HS. (G.U. n.191 del 17/8/2016 Piano terapeutico Web Based)</p> <p><u>Uveite</u> Humira è indicato per il trattamento dell'uveite non-infettiva intermedia, posteriore e panuveite in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata ai corticosteroidi, in pazienti che necessitano di farmaci risparmiatori di corticosteroidi o nei quali il trattamento con corticosteroidi è inappropriato.</p> <p><u>Uveite pediatrica</u> Humira è indicato per il trattamento dell'uveite anteriore pediatrica cronica non infettiva nei pazienti dai 2 anni di età che hanno avuto una risposta inadeguata o sono intolleranti alla terapia convenzionale o per i quali la terapia convenzionale non è appropriata.</p>					<p>Indicazioni oftalmologiche</p> <p>Hub e Spoke: Oculistica</p> <p>(PT Regionale, All. D)</p>
L04AB05	CERTOLIZUMAB	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9</p> <p>(DCA 118/2015)</p> <p>DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Dermatologia</p> <p>II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia SOC Dermatologia</p> <p>AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia UO Dermatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotone SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea</p>

						<p>Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello Reumatologia Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p>
L04AB06	<p>GOLIMUMAB</p> <p><u>Artrite reumatoide (AR)</u> In associazione con metotrexato (MTX), è indicato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il trattamento dell'artrite reumatoide in fase attiva di grado da moderato a grave, in pazienti adulti, quando la risposta ai medicinali anti-reumatici che modificano la malattia (DMARD Disease-Modifying Anti-RheumaticDrug), incluso MTX, sia stata inadeguata. - il trattamento dell'artrite reumatoide grave, attiva e progressiva negli adulti non precedentemente trattati con MTX. <p>In associazione con MTX, ha dimostrato di ridurre il tasso di progressione del danno articolare misurato tramite raggi X e di migliorare la funzionalità fisica.</p> <p><u>Artrite psoriasica (AP)</u> Da solo o in associazione con metotrexato (MTX), è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica in fase attiva e progressiva, negli adulti, qualora sia stata inadeguata la risposta a precedenti trattamenti DMARD. Ha dimostrato di ridurre il tasso di progressione</p>	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9</p> <p>(DCA 118/2015)</p> <p>DCA 64/2016 Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS - UO Reumatologia - UO Medicina Generale - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello</p> <p><u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Aciri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Ospedale Praia a Mare - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio - SC Medicina – Ambulatorio di - UO Reumatologia - SOC Dermatologia - UO Gastroenterologia</p> <p>AOU Mater Domini - SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia - SC Gastroenterologia - SC Fisiopatologia Digestiva - UO Pediatria - UO Dermatologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> - Spoke Lamezia Terme SC Medicina - Spoke Crotone Ambulatorio di Reumatologia</p>

	<p>del danno articolare periferico, misurato con i raggi X in pazienti con sottotipi di malattia poliarticolare simmetrica e di migliorare la funzionalità fisica.</p> <p><u>Spondilite anchilosante (SA)</u> E' indicato per il trattamento della spondilite anchilosante grave in fase attiva, negli adulti che non hanno risposto in modo adeguato alle terapie convenzionali.</p> <p><u>Colite ulcerosa (CU)</u> E' indicato per il trattamento della colite ulcerosa in fase attiva di grado da moderato a grave, in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-mercaptopurina (6-MP) o azatioprina (AZA), o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione medica a queste terapie.</p>					<p>SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia - Spoke Vibo Valentia SC Medicina - Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) - Ospedale Generale Soverato* - Ospedale OZD Soveria Mannelli* - Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Crotona - Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello <u>Reumatologia</u> Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Polistena - Spoke Locri</p>
L04AC05	<p>USTEKINUMAB <u>Psoriasi a placche</u> E' indicato per il trattamento della psoriasi a placche di grado da moderato a severo, in pazienti adulti che non hanno risposto, o che presentano controindicazioni o che sono intolleranti ad altre terapie sistemiche, incluse ciclosporina, metotrexato (MTX) o PUVA (psoraleni e raggi ultravioletti A)</p> <p><u>Artrite psoriasica (PsA)</u> Da solo o in associazione a MTX, è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti quando la risposta a precedente terapia con farmaci antireumatici modificanti la malattia non biologici</p>	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015) DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera DCA 119/2017 – Rete Reumatologica Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>Unità AREA NORD III Livello Hub AO CS - UO Reumatologia - UO Medicina Generale - UO Dermatologia - UO Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Ospedale Praia a Mare - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p><u>Pediatria</u> - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>Ambulatorio II livello:</p>

	(DMARDs) è risultata inadeguata.					<p>Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio - SC Medicina – Ambulatorio di - UO Reumatologia - SOC Dermatologia - Ambulatorio Reumatologia Pediatrica UOC Pediatria - UO Gastroenterologia</p> <p>AOU Mater Domini - SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia - SC Gastroenterologia - UO Fisiopatologia Digestiva - UO Pediatria - UO Dermatologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> - Spoke Lamezia Terme SC Medicina - Spoke Croton Ambulatorio di Reumatologia SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia - Spoke Vibo Valentia SC Medicina - Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) - Ospedale Generale Soverato* - Ospedale OZD Soveria Mannelli* - Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Croton - Spoke Vibo Valentia</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Lamezia Terme - Spoke Croton- Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia - UO Dermatologia - UO Gastroenterologia - UO Pediatria</p> <p>II Livello <u>Reumatologia</u> Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p> <p><u>Gastroenterologia (SS in UO Medicina Generale/UO):</u> - Spoke Polistena - Spoke Locri</p> <p><u>Pediatria:</u> - Spoke Locri - Spoke Polistena</p>
--	----------------------------------	--	--	--	--	--

L04AC03	ANAKINRA**	H			RRL		<p>AREA NORD</p> <p>III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Pediatria** UO Dermatologia</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti)</p> <p><u>Pediatria**(Anakinra)</u> - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p>
L04AC07	TOCILIZUMAB	H			RRL	<p>Registro AIFA per Sindromi periodiche associate a criopirina</p> <p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015) DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera</p> <p>DCA 119/2017 – Rete Reumatologica</p> <p>Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA CENTRO</p> <p>III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia SOC Dermatologia UOC Pediatria** – Ambulatorio Reumatologia AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotona SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Pediatria **:</u> - Spoke Lamezia Terme - Spoke Croton- Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD</p> <p>III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia UO Dermatologia UO Pediatria**</p> <p>II Livello Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p> <p><u>Pediatria **:</u> - Spoke Locri - Spoke Polistena</p>

Handwritten signature

L04AC08	<p>CANAKIMUMAB</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sindromi da febbre periodica -Sindromi Periodiche Associate a Criopirina -Sindrome periodica associata al recettore del fattore di necrosi tumorale (TRAPS) -Sindrome da iperimmunoglobulinemia D (HIDS)/deficit di mevalonato chinasi (MKD) -Febbre Mediterranea Familiare (FMF) -Malattia di Still e artrite idiopatica giovanile sistemica (SJIA) -Artrite gottosa 	H		RR		<p>REGISTRO AIFA</p> <p>(Indicazione Artrite Reumatoide Giovanile)</p>	<p>Centri Malattie Rare</p> <p>AREA NORD</p> <p>III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Pediatria**</p> <p>II Livello <u>Reumatologia:</u> Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti)</p> <p><u>Pediatria**</u> - Spoke Castrovillari - Spoke Rossano/Corigliano - Spoke Paola/Cetraro</p> <p>AREA CENTRO</p> <p>III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia UOC Pediatria** – Ambulatorio Reumatologia AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotona SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p><u>Pediatria **:</u> - Spoke Lamezia Terme - Spoke Croton- Spoke Vibo Valentia</p> <p>AREA SUD</p> <p>III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia UO Pediatria**</p> <p>II Livello Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p>
---------	---	---	--	----	--	--	--

						<p>Pediatria **: - Spoke Locri - Spoke Polistena</p>
L04AC10	SECUKINUMAB	H		RRL	<p>Scheda di terapia All. 7, 8 e 9 (DCA 118/2015) DCA 64/2016 – Rete Ospedaliera DCA 119/2017 – Rete Reumatologica Note regionali: prot. n. 248115/SIAR del 25/07/2013; prot. n. 62301 del 21/02/2014; prot. n. 84585 del 10/03/2014; prot. n. 298814 del 24/09/2014; prot. n. 217557 del 13/07/2015</p>	<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina Generale UO Dermatologia</p> <p>II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti) Distretto Tirreno – Ambulatorio Dermatologia di Cosenza (Dott.ssa S. Curia)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia SOC Dermatologia</p> <p>AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotona SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia UO Dermatologia</p> <p>II Livello Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto</p>

CA
q/a

						Salvo - Reumatologia
L01XC02	RITUXIMAB/RITUXI MAB BIOSIMILARE	H			OSP	Indicazioni ematologiche REGISTRO AIFA
						<p>AREA NORD III Livello Hub AO CS, Annunziata SC UO Reumatologia UO Medicina UO Dermatologia</p> <p>II Livello Reumatologia: Spoke Castrovillari Spoke Rossano/Corigliano Spoke Paola/Cetraro Ospedale OZD Asp CS Acri Ospedale OZD Asp CS S Giovanni in Fiore Ospedale OZD Asp CS Trebisacce</p> <p>Ambulatorio II livello: Distretto Tirreno – Ambulatorio Reumatologia di Castrolibero (Dott. P. Gigliotti)</p> <p>AREA CENTRO III Livello Hub AO Pugliese Ciaccio SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia SOC Dermatologia AOU Mater Domini SC Medicina – Ambulatorio DH di Reumatologia</p> <p>II Livello Spoke Lamezia Terme SC Medicina – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Crotone SC Geriatria – Ambulatorio di Reumatologia Spoke Vibo Valentia SC Medicina</p> <p>Ospedale Generale Tropea Ambulatorio di Reumatologia (Spoke VV) Ospedale Generale Soverato* Ospedale OZD Soveria Mannelli* Ospedale Generale OZD Serra S Bruno* * Reumatologia</p> <p>AREA SUD III Livello Hub AO RC, Bianchi Melacrino SSD Reumatologia UO Dermatologia</p> <p>II Livello Spoke Locri - SC Medicina con SS Reumatologia - UO Dermatologia Spoke Polistena - Reumatologia Ospedale Generale OG Gioia Tauro - Reumatologia Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo - Reumatologia</p>
M09AX03	ATALUREN (TRANSLARNA)	H	Farmaco orfano Indicato per il trattamento della distrofia muscolare di Duchenne		RNRL	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)

			dovuta a mutazione nonsense nel gene della distrofina (nonsense mutation Duchenne Muscular Dystrophy, nmDMD) nei pazienti deambulanti di età pari o superiore a 5 anni				
M09AX07	NUSINERSEN (SPINRAZA)		Farmaco innovativo		OSP	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGRn. 178 del 20/05/2011)
N01AX03	KETAMINA	H			OSP		Anestesia e Rianimazione
N05CM18	DEXMEDETOMIDIN A	C			OSP		Unità di Terapia Intensiva
N07BC05	LEVOMETADONE CLORIDRATO	C			OSP		SERT
N07AX01	PILOCARPINA	A		PHT	RNRL	PT	Medicina generale Oncologia Oculistica Gastroenterologia
N07XX02	RILUZOLO	A		PHT	RRL	PT	Medicina generale Neurologia
N07XX04	SODIO OXIBATO	C H			RNRL		Neurologia SERT
N07XX05	AMIFRAMPIDINA	C			RRL		Neurologia
N07XX06	TETRABENAZINA	A			RRL		Neurologia Neuropsichiatria Psichiatria Geriatrics
S01BA15	FLUOCINOLONE ACETONIDE (ILUVIEN)	H			OSP	PT La rimborsabilità è limitata ai pazienti pseudofachici	Hub: Oculistica
S01BC10	NEPAFENAC	H			RR		Hub e Spoke: Oculistica
S01XA22	OCRIPLASMINA	H			OSP		Hub e Spoke: Oculistica
V03AB37	IDARUCIZUMAB (PRAXBIND) E' indicato nei pazienti adulti trattati con Dabigatran etexilato	H			OSP		Uso esclusivo in ambiente Ospedaliero
V03AC02	DEFERIPRONE	A		PHT	RNRL	PT	Ematologia
V03AC03	DEFERASIROX	A		PHT	RNRL	PT	Ematologia
V10BX02	SAMARIO 153SM LEXIDRONA PENTASODICO	H			OSP		Oncologia

ALLEGATO C

**CENTRI AUTORIZZATI ALLA PRESCRIZIONE DI PRINCIPI ATTIVI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO
REGISTRI AIFA - RIMBORSO CONDIZIONATO**

Se non diversamente specificato i centri individuati si riferiscono a strutture pubbliche degli enti del sistema sanitario

ATC	PRICIPIO ATTIVO	CL	NOTA AIFA	PHT	TIPO RICETTA	REGISTRO	CENTRI AUTORIZZATI
A16	MIGALASTAT Trattamento a lungo termine negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni, con una diagnosi accertata di malattia di Fabry (carezza dell' α -galattosidasi A) e caratterizzati da una mutazione suscettibile	A	FARMACO ORFANO		RRL	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
A16AB09	IDURSULFASE (ELAPRASE) E' indicato per il trattamento a lungo termine dei pazienti con sindrome di Hunter (mucopolisaccaridosi II, MPS II)	H			RR	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
A16AX04	NITISINONE (ORFADIN) Trattamento dei pazienti adulti e pediatrici (di qualsiasi fascia d'età) con diagnosi confermata di tirosinemia ereditaria di tipo I (HT-1), in associazione con ridotto apporto alimentare di tirosina e fenilalanina.	A		PHT	RR	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
B01AE07 NAO	*DABIGRATAN (PRADAXA) Prevenzione primaria di episodi tromboembolici in pazienti adulti sottoposti a chirurgia sostitutiva elettiva totale dell'anca o del ginocchio. Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP e EP negli adulti. 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.	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA TEMPLATE AIFA	Indicazioni cardiologiche Hub, Spoke e Ospedale di Zona Montana: Cardiologia Medicina generale Neurologia Geriatría Centri trombotici ed emostasi
						PT D.P.G.R n.30 del 21/03/2012 e D.C.A. n.3 del 31/03/2015 1) Prevenzione primaria di episodi tromboembolici in pazienti adulti sottoposti a chirurgia sostitutiva elettiva totale dell'anca o del ginocchio. 2) Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP e EP nell'adulto.	Indicazioni non cardiologiche Hub e Spoke: Ortopedia
B01AF01 NAO	*RIVAROXABAN (XARELTO) Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare con uno o più fattori di rischio, come insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione, età \geq 75 anni, diabete mellito, pregresso ictus o attacco ischemico transitorio. Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP ed EP nell'adulto.	A		PHT	NRL	REGISTRO AIFA TEMPLATE AIFA	Indicazioni cardiologiche Hub, Spoke e Ospedale di Zona Montana: Cardiologia Medicina generale Neurologia Geriatría Centri trombotici ed emostasi

						PT D.P.G.R n.30 del 21/03/2012 e D.C.A. n.3 del 31/03/2015 1) Prevenzione del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti adulti sottoposti a interventi di sostituzione elettiva di anca o di ginocchio. 2) Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP ed EP nell'adulto.	Indicazioni non cardiologiche Hub e Spoke: Ortopedia
B01AF02 <u>NAO</u>	*APIXABAN (ELIQUIS) Prevenzione degli eventi tromboembolici venosi (TEV) nei pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico di sostituzione elettiva dell'anca o del ginocchio. Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (NVAF) con uno o più fattori di rischio, quali un precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), età ≥ 75 anni, ipertensione, diabete mellito, insufficienza cardiaca sintomatica (Classe NYHA \geq II). Trattamento della TVP e dell'embolia polmonare Prevenzione delle recidive di TVP ed EP negli adulti	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA TEMPLATE AIFA	Indicazioni cardiologiche Hub, Spoke e Ospedale di Zona Montana: Cardiologia Medicina generale Neurologia Geriatria Centro trombosi ed emostasi
						PT D.P.G.R n.30 del 21/03/2012 e D.C.A. n.3 del 31/03/2015 1) Prevenzione degli eventi tromboembolici venosi (TEV) nei pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico di sostituzione elettiva dell'anca o del ginocchio.	Indicazioni non cardiologiche Hub e Spoke: Ortopedia
B01AF03 <u>NAO</u>	EDOXABAN (LIXIANA) Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV), con uno o più fattori di rischio, quali insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione, età ≥ 75 anni, diabete mellito, precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA). Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive delle recidive di TVP ed EP negli adulti.	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA	Hub, Spoke e Ospedale di Zona Montana: Cardiologia, Medicina generale, Neurologia, Geriatria, Ematologia di Centri di trombosi ed emostasi
B02BX04	ROMIPLOSTIM (NPLATE) è indicato in pazienti da porpora trombocitopenica immunitaria (idiopatica) (PTI) cronica splenectomizzati che sono refrattari ad altri trattamenti (ad es. corticosteroidi, immunoglobuline). Può essere preso in considerazione come trattamento di seconda linea nei pazienti adulti non-splenectomizzati per i quali l'intervento chirurgico è controindicato	H			RR	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
B02BX05	ELTROMBOPAG (REVOLADE) E' indicato in pazienti di età superiore ad 1 anno affetti da porpora trombocitopenica autoimmune	H			RR	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)

	<p>(idiopatica) cronica (ITP) che sono refrattari ad altri trattamenti (ad esempio corticosteroidi, immunoglobuline).</p> <p>E' indicato in pazienti adulti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (Hepatitis C virus, HCV) per il trattamento della trombocitopenia, quando il grado di trombocitopenia è il principale fattore che impedisce l'inizio o limita la possibilità di mantenere la terapia ottimale basata sull'interferone.</p> <p>E' indicato in pazienti adulti affetti da anemia aplastica acquisita grave (SAA), refrattari a precedente terapia immunosoppressiva o fortemente pretrattati e non eleggibili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche</p>						
C02KX05	<p>RIOCIGUAT (ADEMPAS) <u>I</u>ipertensione polmonare tromboembolica cronica (<u>chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH</u>)</p> <p>Adempas è indicato per il trattamento di pazienti adulti di classe funzionale (CF) OMS da II -a III affetti da</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTEPH inoperabile, • CTEPH persistente o recidivante dopo trattamento chirurgico, per migliorare la capacità di esercizio fisico <p><u>I</u>ipertensione arteriosa polmonare (<u>pulmonary arterial hypertension, PAH</u>)</p> <p>Adempas, come monoterapia o in combinazione con antagonisti del recettore dell'endotelina, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da ipertensione arteriosa polmonare (PAH) con classe funzionale (CF) OMS da II a III per migliorare la capacità di esercizio fisico.</p>	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA	<p>Hub:</p> <p>Cardiologia Pneumologia Cardiochirurgia</p>
C03XA01	<p>TOLVAPTAN (SAMSCA) Trattamento di pazienti adulti con iponatremia secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH)</p>	H			NRL	REGISTRO AIFA	<p>Hub e Spoke:</p> <p>Endocrinologia/Malattie endocrine Nefrologia Oncologia Oncoematologia Oncoematologia pediatrica</p>
	<p>TOLVAPTAN (JINARC) Indicato nel rallentare la progressione dello sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associata alla malattia del rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con CDK di stadio da 2 a 3 all'inizio del trattamento, se vi sono evidenze di una malattia in rapida progressione.</p>	A		PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	<p>Hub:</p> <p>Nefrologia</p>
C09DX04	<p>SACUBITRIL/VALSARTAN (ENTRESTO) Trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione</p>	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA	<p>Centri Ospedalieri individuati dalla Regione:</p> <p>Medicina generale Cardiologia Geriatrics</p>
C10AX13	<p>EVOLOCUMAB (REPATHA)</p>	A		PHT	RNRL	<p>REGISTRO AIFA</p> <p>DCA 88/2017 "Linee Guida di appropriatezza prescrittiva per i Centri prescrittori dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia</p>	<p>(Note regionali prot. nn. 60197/2017, 134570/2017, 292612/2017, 313779/2017, 208549/2017, 194956/2018)</p> <p>Hub: AOU MD: - Geriatrics - Cardiologia - Emodinamica-UTIC</p>

						<p>primaria”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia Riabilitativa - Medicina Generale - Malattie del Metabolismo - Nutrizione Clinica <p>AO CZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Cardiologia - Geriatria <p>AO CS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina generale - Cardiologia - Cardiologia Interventistica <p>AO RC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Diabetologia <p>Spoke:</p> <p>P.O. Castrovillari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale <p>P.O. Paola:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Cardiologia <p>P.O. Corigliano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UO Medicina Generale <p>P.O. Vibo Valentia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia <p>P.O. Polistena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale
CI0AX14	ALIROCUMAB (PRALUENT)	A		PHT	RRL	<p>REGISTRO AIFA</p> <p>DCA 88/2017 “Linee Guida di appropriatezza prescrittiva per i Centri prescrittori dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell’ipercolesterolemia primaria”</p> <p>(Note regionali prot. nn. 60197/2017, 134570/2017, 292612/2017, 313779/2017, 208549/2017, 194956/2018)</p> <p>Hub:</p> <p>AOU MD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriatria - Cardiologia – Emodinamica-UTIC - Cardiologia Riabilitativa - Medicina Generale - Malattie del Metabolismo - Nutrizione Clinica <p>AO CZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Cardiologia - Geriatria <p>AO CS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina generale - Cardiologia - Cardiologia Interventistica <p>AO RC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Diabetologia <p>Spoke:</p>

							P.O. Castrovillari: - Cardiologia - Medicina Generale P.O. Paola: - Medicina Generale - Cardiologia P.O. Corigliano: - UO Medicina Generale P.O. Vibo Valentia: - Cardiologia P.O. Polistena: - Medicina Generale
D03BA	ENZIMI PROTEOLITICI (NEXOBRID) Rimozione dell'escara in ustioni profonde a spessore parziale o completo	H	FARMACI ORFANI		OSP	REGISTRO AIFA	Centro grandi ustionati
D11H04	ALITRETINOINA (TOCTINO) E' indicato negli adulti per il trattamento dell'eczema cronico severo alle mani, resistente al trattamento con potenti corticosteroidi topici. È più probabile che rispondano al trattamento i pazienti affetti da eczema prevalentemente a carattere ipercheratosico rispetto ai pazienti nei quali l'eczema è prevalentemente a carattere disidrosico.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Dermatologia
H01CB05	PASIREOTIDE (SIGNIFOR) E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con malattia di Cushing per i quali l'intervento chirurgico non è indicato o si è rivelato inefficace.	A			NRL	REGISTRO AIFA	Hub: Medicina generale Neurochirurgia Malattie endocrine/Endocrinologia
J06BA02	IMMUNOGLOBULINE (Ig Vena/Privigen/ Venital) Ipogammaglobulinemia e infezioni batteriche ricorrenti in pazienti con leucemia linfocitica cronica che non hanno risposto alla profilassi antibiotica. Ipogammaglobulinemia e infezioni batteriche ricorrenti in pazienti con mieloma multiplo in fase di plateau che non hanno risposto alla vaccinazione antipneumococcica. Ipogammaglobulinemia in pazienti che hanno subito un trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (HSCT). AIDS congenito con infezioni batteriche ricorrenti. Trombocitopenia immune primaria (ITP), in pazienti ad alto rischio di sanguinamenti o prima di interventi chirurgici per correggere la conta piastrinica. Sindrome di Guillain Barré. Poliradicoloneuropatia cronica infiammatoria demielinizzante (CIDP). Malattia di Kawasaki.	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub: Neurologia
J05A	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR (EPCLUSA) E' indicato per il trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C cronica (chronic hepatitis C, HCV) negli adulti	A		PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	Centri autorizzati individuati dalla Regione: AOU Mater Domini-Catanzaro: - U.O. Malattie infettive - U.O. Epatologia - U.O. Malattie cardiovascolari geriatriche-Ambulatorio di Medicina generale AO Annunziata-Cosenza: - U.O. Gastroenterologia - U.O. Malattie Infettive AO Pugliese-Ciaccio-Catanzaro - U.O. Malattie Infettive

							- U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AO Bianchi-Melacrino-Morelli- Reggio Calabria - U.O. Malattie Infettive ASP Crotone - U.O. Medicina generale - U.O. Malattie infettive ASP Catanzaro: - Unità Semplice di Malattie Infettive aggregata alla Medicina Generale - Ambulatorio Infettivologia ed Epatologia ASP Vibo Valentia: U.O. Malattie Infettive
J04AK05	BEDAQUILA FUMURATO (SIRTURO) E' indicato per l'uso negli adulti come parte di un appropriato regime di associazione per la tubercolosi polmonare multiresistente (MDR-TB) quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per motivi di resistenza o tollerabilità.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Malattie infettive Pneumologia
J04AK06	DELAMANID (DELTIBA) E' indicato per l'uso nell'ambito di un'opportuna terapia di associazione per la tubercolosi polmonare multi-resistente ai farmaci (MDR-TB) nei pazienti adulti, quando non è altrimenti possibile istituire un regime terapeutico efficace per ragioni di resistenza o di tollerabilità	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Malattie infettive Pneumologia
J05AP57	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR (MAVIRET) Trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) negli adulti	A	Farmaco innovativo	PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	Centri autorizzati individuati dalla Regione:
J05AX14	DACLATASVIR (DAKLINZA) E' indicato in associazione con altri medicinali per il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) negli adulti. Per l'attività specifica verso il genotipo HCV	A		PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	AOU Mater Domini-Catanzaro: - U.O. Malattie infettive - U.O. Epatologia - U.O. Malattie cardiovascolari geriatriche-Ambulatorio di Medicina generale
A05AJ05AX16	DASABUVIR (EXVIERA) E' indicato in associazione con altri medicinali per il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) negli adulti. Per l'attività specifica verso il genotipo HCV.	A		PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	AO Annunziata-Cosenza: - U.O. Gastroenterologia - U.O. Malattie Infettive
J05AX65	LEDISPAVIR + SOFOSBUVIR (HARVONI) E' indicato per il trattamento dell'epatite C cronica (<i>chronichepatitis C</i> , CHC) negli adulti Per l'attività specifica per il genotipo del virus dell'epatite C (HCV) negli adolescenti di età compresa tra 12 e < 18 anni.	A		PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	AO Pugliese-Ciaccio-Catanzaro - U.O. Malattie Infettive - U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
J05AX67	OMBITASVIR + PARITAPREVIR +RITONAVIR (VIEKIRAX) E' indicato per il trattamento dell'epatite C cronica (<i>chronichepatitis C</i> , CHC) negli adulti Per l'attività specifica per il genotipo del virus dell'epatite C (HCV),	A			RNRL	REGISTRO AIFA	AO Bianchi-Melacrino-Morelli- Reggio Calabria - U.O. Malattie Infettive ASP Crotone - U.O. Medicina generale - U.O. Malattie infettive ASP Catanzaro: - Unità Semplice di Malattie Infettive aggregata alla Medicina Generale - Ambulatorio Infettivologia ed
J05AX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR (ZEPATIER) Trattamento dell'epatite C cronica (<i>chronic hepatitis C</i> , CHC) negli adulti. (genotipo 1 o 4)	A	Farmaci innovativi: di cui all'elenco AIFA ai sensi dell'Accordo	PHT	RNRL	REGISTRO AIFA	- Ambulatorio Infettivologia ed

CS
02

							Stato/				Epatologia	
												ASP Vibo Valentia: U.O. Malattie Infettive
L01BA04	PEMETREXED (ALIMTA) Mesotelioma pleurico maligno Carcinoma Polmonare Non a Piccole Cellule	H			OSP	REGISTRO AIFA					Oncologia	
L01BB07	NELARABINA (ATRIANCE) La nelarabina è indicata per il trattamento di pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta a cellule T (T-ALL) e da linfoma linfoblastico a cellule T (T-LBL) che non hanno risposto o hanno avuto recidive dopo trattamento con almeno due regimi di chemioterapia.	H			OSP	REGISTRO AIFA					Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia	
L01BC07	AZACITIDINA (VIDAZA) E' indicato per il trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche con: <ul style="list-style-type: none"> sindromi mielodisplastiche (SMD) a rischio intermedio 2 e alto secondo l'<i>International Prognostic Scoring System</i> (IPSS), leucemiamielomonocitica cronica (LMMC) con il 10-29% di blasti midollari senza disordine mieloproliferativo, leucemia mieloide acuta (LMA) con 20-30% di blasti e displasia multilineare, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 	H			OSP	REGISTRO AIFA					Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia	
L01BC08	DECITABINE (DACOGEN) E' indicato per il trattamento di pazienti adulti di età uguale o superiore ai 65 anni con nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta (LAM) "de novo" o secondaria in base alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e che non siano candidabili alla chemioterapia di induzione standard. Per il trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea.	H			NRL	REGISTRO AIFA					Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia	
L01CA05	VINFLUNINA DITARTRATO (JAVLOR) E' indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule transizionali del tratto uroteliale avanzato o metastatico dopo fallimento di un precedente regime contenente platino.	H			OSP	REGISTRO AIFA					Oncologia	
L01CD01	PACLITAXEL-ALBUMINA (ABRAXANE) E' indicata nel trattamento del tumore metastatico della mammella in pazienti adulti che hanno fallito il trattamento di prima linea per la malattia metastatica e per i quali la terapia standard, contenente antraciclina, non è indicata. Abraxane in associazione con gemcitabina è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con adenocarcinoma metastatico del pancreas. Abraxane in associazione con carboplatino è indicato per il trattamento di prima linea del tumore del polmone non a piccole cellule, in pazienti adulti non candidati a chirurgia potenzialmente curativa e/o a radioterapia	H			OSP	REGISTRO AIFA					Oncologia	
L01CD04	CABAZITAXEL (JEVTANA) In combinazione con prednisone o prednisolone è indicato per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma della prostata metastatico ormono-refrattario, trattati in precedenza con un regime contenente docetaxel	H			OSP	REGISTRO AIFA					Oncologia	
L01CX01	TRABECTEDIN (YONDELIS)	H			OSP	REGISTRO AIFA					Oncologia	

9/10

	Yondelis è indicato nel trattamento dei pazienti adulti con sarcoma dei tessuti molli in stato avanzato dopo il fallimento della terapia con antracicline e ifosfamide o che non sono idonei a ricevere tali agenti. I dati sull'efficacia si basano soprattutto su pazienti con liposarcoma e leiomiomasarcoma. Yondelis, in associazione con doxorubicina liposomialepegilata (PLD), è indicato per il trattamento di pazienti con recidiva di cancro ovarico platino-sensibile.						
L01XC03	TRASTUZUMAB (HERCEPTIN) E' indicato per: - carcinoma mammario metastatico - carcinoma mammario in fase iniziale - carcinoma gastrico metastatico	H			RNRL	REGISTRO AIFA (Rimborso solo per: Carcinoma gastrico metastatico)	Oncologia
L01XC06	CETUXIMAB (ERBITUX) E' indicato per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma metastatico del colon-retto con espressione del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) e senza mutazioni di RAS (wild-type) Erbix è indicato per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma a cellule squamose di testa e collo	H			OSP		Oncologia
L01XC07	BEVACIZUMAB (AVASTIN) - carcinoma metastatico del colon e del retto - carcinoma mammario metastatico - carcinoma polmonare non a piccole cellule, non resecabile, avanzato, metastatico o ricorrente, con istologia a predominanza non squamocellulare. - carcinoma renale avanzato e/o metastatico - carcinoma ovarico epiteliale, del carcinoma alle tube di falloppio o del carcinoma peritoneale primario in stadio avanzato (stadio III B, III C e IV, secondo la Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO) in pazienti adulte. - carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico GU n. 231 del 3.10.2016	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XC08	PANITUMUMAB (VECTIBIX) E' indicato per il trattamento dei pazienti adulti con cancro coloretale metastatico (mCRC) RAS wild-type: <ul style="list-style-type: none"> in prima linea in associazione con FOLFOX o FOLFIRI. in seconda linea in associazione con FOLFIRI in pazienti che hanno ricevuto in prima linea chemioterapia a base di fluoropirimidine (escludendo irinotecan). comemonoterapia dopo fallimento di regimi chemioterapici contenenti fluoropirimidine, oxaliplatino e irinotecan 	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XC09	CATUMAXOMAB (REMOVAB) È indicato per il trattamento intraperitoneale dell'ascite maligna nei pazienti con carcinomi EpCAM-positivi quando una terapia standard non sia disponibile o non sia più attuabile.	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XC10	OFATUMUMAB (ARZERRA) E' indicato in: - Leucemia linfatica cronica (LLC) non trattata in precedenza - - leucemia linfatica cronica (LLC) nei pazienti refrattari a fludarabina e alemtuzumab	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L01XC11	IPILIMUMAB (YERVOY) È indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti.	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia

GA

L01XC12	<p>BRENTUXIMAB VEDOTIN (ADCETRIS)</p> <p>È indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ recidivante o refrattario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in seguito a trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) oppure 2. in seguito ad almeno due precedenti regimi terapeutici, quando l'ASCT o la polichemioterapia non è un'opzione terapeutica. <p>E' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico recidivante o refrattario</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>
L01XC13	<p>PERTUZUMAB (PERJETA)</p> <p>È indicato in associazione con trastuzumab e docetaxel in pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, non operabile, metastatico o localmente recidivato, non trattati in precedenza con terapia anti-HER2 o chemioterapia per la malattia metastatica.</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XC14	<p>TRASTUZUMAB EMTANSINE (KADCYLA)</p> <p>In monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore mammario HER2-positivo, inoperabile, localmente avanzato o metastatico, sottoposti in precedenza a trattamento con trastuzumab e un taxano, somministrati separatamente o in associazione. I pazienti devono, o</p> <ul style="list-style-type: none"> • essere stati sottoposti in precedenza a terapia per la malattia localmente avanzata o metastatica, oppure; <p>aver sviluppato recidiva di malattia nel corso di o entro sei mesi dal completamento della terapia adiuvante.</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XC15	<p>OBINUTUZUMAB (GAZYVARO)</p> <p>Leucemia linfatica cronica (LLC): associazione a clorambucile nel trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia linfatica cronica (LLC) non pretrattata e con comorbilità che li rendono non idonei a una terapia a base di fludarabina a dose piena.</p> <p>Linfoma follicolare (LF): in associazione a chemioterapia, seguito da Gazyvaro come terapia di mantenimento nei soggetti che ottengono una risposta, è indicato per il trattamento di pazienti con linfoma follicolare avanzato non pretrattato.</p> <p>In associazione a bendamustina, seguito da Gazyvaro in mantenimento è indicato nel trattamento di pazienti con linfoma follicolare (LF) che non rispondono o che hanno avuto progressione di malattia durante o fino a 6 mesi dopo il trattamento con rituximab o un regime contenente rituximab.</p>	H	FARMACI ORFANI		OSP	REGISTRI AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>
L01XC17	<p>NIVOLUMAB (OPDIVO)</p> <p>E' indicato in monoterapia per trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti e per il trattamento degli stadi avanzati del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) squamoso</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XC18	<p>PEMBROLIZUMAB (KEYTRUDA)</p> <p>In monoterapia è indicato nel trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) nei pazienti adulti.</p> <p>In monoterapia è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con tumour proportion score (TPS) ≥ 50 % in assenza di tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK.</p> <p>In monoterapia è indicato nel trattamento del</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia

	<p>NSCLC localmente avanzato o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con TPS \geq 1 % e che hanno ricevuto almeno un precedente trattamento chemioterapico. I pazienti con tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK devono anche avere ricevuto una terapia mirata prima di ricevere il farmaco.</p> <p>In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico (cHL) recidivato o refrattario che abbiano fallito il trattamento con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e brentuximab vedotin (BV), o che non siano eleggibili al trapianto e abbiano fallito il trattamento con BV.</p> <p>In monoterapia è indicato nel trattamento del carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico negli adulti che hanno ricevuto una precedente chemioterapia contenente platino</p> <p>In monoterapia è indicato nel trattamento del carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico negli adulti che non sono eleggibili alla chemioterapia contenente cisplatino</p>						
L01XC19	<p>BLINATUMOMAB (BLINCYTO)</p> <p>Trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia.</p>	H	Farmaci innovativi: di cui all'elenco AIFA ai sensi dell'Accordo Stato/ Regioni 18 novembre 2010.	OSP	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia Oncoematologia</p>	
L01XC21	<p>RAMUCIRUMAB (CYRAMZA)</p> <p>In associazione con paclitaxel è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma gastrico avanzato o con adenocarcinoma della giunzione gastro-esofagea con progressione della malattia dopo precedente chemioterapia con platino e fluoropirimidine</p> <p>In monoterapia è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma gastrico avanzato o con adenocarcinoma della giunzione gastro-esofagea con progressione della malattia dopo precedente chemioterapia con platino o fluoropirimidine, per i quali il trattamento in associazione con paclitaxel non è appropriato</p>	H		OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia	
L01XC23	<p>ELOTUZUMAB (EMPLICITI)</p> <p>Indicato in combinazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti che hanno ricevuto almeno una linea di terapia precedente</p>	H		OSP	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>	
L01XC24	<p>DARATUMUMAB (DARZALEX)</p> <p>E' indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> -in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, le cui terapie precedenti abbiano incluso un inibitore del proteasoma e un immunomodulatore, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia; -in combinazione con lenalidomide e desametasone, o bortezomib e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno una precedente terapia. 	H	Farmaco orfano	OSP	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>	
L01XC27	<p>OLARATUMAB (LARTRUVO)</p> <p>In associazione a doxorubicina per il trattamento dei pazienti adulti affetti da sarcoma dei tessuti molli in fase avanzata che non sono candidabili a trattamenti curativi di tipo chirurgico o radioterapico e che non sono stati</p>	H	Farmaco orfano e innovativo	OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia	

	precedentemente trattati con doxorubicina						
L01XE02	GEFITINIB (IRESSA) È indicato nel trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione attivante l'EGFR-TK	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE03	ERLOTINIB (TARCEVA) È indicato: -nel trattamento di prima linea dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazioni attivanti dell'EGFR. - in associazione con la gemcitabina è indicato nel trattamento di pazienti affetti da carcinoma pancreatico metastatico.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE04	SUNITINIB (SUTENT) E' indicato per: - Tumore stromale del tratto gastrointestinale (GIST); - Carcinoma renale metastatico (MRCC); - Tumori neuroendocrini pancreatici (pNET)	H			RNRL	REGISTRO AIFA Rimborso solo per: Carcinoma renale metastatico (MRCC)	Oncologia
L01XE05	SORAFENIB (NEXAVAR) E' indicato per: - Epatocarcinoma - Carcinoma a cellule renali - Carcinoma tiroideo differenziato	H			RNRL	REGISTRO AIFA RIMBORSO SSN: Epatocarcinoma Carcinoma a cellule renali	Oncologia
L01XE06	DASATINIB (SPRYCEL) È indicato per il trattamento di pazienti adulti con: <ul style="list-style-type: none"> ● Leucemia Mieloide Cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) in fase cronica, di nuova diagnosi. ● Leucemia Mieloide Cronica (LMC), in fase cronica, accelerata o in fase blastica con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib mesilato. ● Leucemia linfoblastica acuta (LLA) Ph+ e LMC in fase blastica linfoide con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia. 	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L01XE07	LAPATINIB (TYVERB) È indicato nel trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma mammario, il cui tumore sovraesprime l'HER2	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE08	NILOTINIB (TASIGNA) È indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo di nuova diagnosi in fase cronica.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L01XE09	TEMSIROLIMUS (TORISEL) È indicato nel trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma avanzato a cellule renali (RCC) che presentino almeno tre dei sei fattori di rischio prognostici e nel trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari refrattario e/o recidivante (MCL)	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L01XE10	EVEROLIMUS (AFINITOR) E' indicato: - trattamento del carcinoma mammario avanzato con stato recettoriale ormonale positivo, HER2/neu negativo, in combinazione con exemestane, in donne in post menopausa in assenza di malattia viscerale sintomatica dopo recidiva o progressione a seguito di trattamento con un inibitore dell'aromatasi non steroideo. - trattamento di tumori neuroendocrini di origine	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia

gdf

	pancreatica, bene o moderatamente differenziati, non operabili o metastatici, in progressione di malattia, negli adulti. - trattamento di pazienti con carcinoma renale avanzato, che hanno presentato progressione durante o dopo trattamento con terapia mirata anti-VEGF.						
L01XE11	PAZOPANIB (VOTRIENT) È indicato negli adulti nel trattamento di prima linea del carcinoma renale (RCC) avanzato e nei pazienti che hanno ricevuto in precedenza una terapia a base di citochine per malattia avanzata, e nel trattamento dei pazienti adulti affetti da sottotipi identificati di sarcoma dei tessuti molli (STS) in stato avanzato che hanno ricevuto in precedenza chemioterapia per malattia metastatica o che sono andati in progressione entro 12 mesi dopo la terapia (neo) adiuvante.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE12	VANDETANIB (CAPRELSA) È indicato per il trattamento dei pazienti con carcinoma midollare della tiroide (MTC) aggressivo e sintomatico, non asportabile chirurgicamente, localmente avanzato o metastatico.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE13	AFATINIB (GIOTRIF) In monoterapia è indicato nel trattamento di pazienti adulti naïve agli inibitori tirosinchinasi del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR-TKI) con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione(i) attivante(i) l'EGFR.LUnOkPGJ.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE14	BOSUTINIB (BOSULIF) È indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo (LMC Ph+), in fase cronica (FC), in fase accelerata (FA) e in fase blastica (FB), trattati in precedenza con uno o più inibitori della tirosin-chinasi e per i quali l'imatinib, il nilotinib e il dasatinib non sono considerati opzioni terapeutiche appropriate	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L01XE15	VEMURAFENIB (ZELBORAF) È indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE16	CRIZOTINIB (XALKORI) E' indicato per il trattamento di pazienti adulti pretrattati per carcinoma polmonare non a piccole cellule (Non-small Cell Lung Cancer, NSCLC) positivo per ALK (chinasi del linfoma anaplastico) in stadio avanzato.	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE18	RUXOLITINIB (JAKAVI) È indicato per il trattamento della splenomegalia o dei sintomi correlati alla malattia in pazienti adulti con mielofibrosi primaria (nota anche come mielofibrosi idiopatica cronica), mielofibrosi post policitemia vera o mielofibrosi post trombocitemia essenziale. È indicato per il trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L01XE17	AXITINIB (INLYTA) È indicato per il trattamento del carcinoma renale (RCC) avanzato nei pazienti adulti, dopo fallimento di un precedente trattamento con sunitinib o con una citochina.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE23	DABRAFENIB (TAFINLAR)	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncologia

	È indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600						
L01XE24	<p>PONATINIB (ICLUSIG)</p> <p>È indicato in pazienti adulti affetti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> leucemia mieloide cronica (LMC) in fase cronica, accelerata o blastica resistenti o intolleranti a dasatinib o nilotinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Philadelphia positivo (LLA Ph+) resistenti o intolleranti a dasatinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I. 	H			RNRL	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>
L01XE25	<p>TRAMETINIB (MEKINIST)</p> <p>E' indicato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> melanoma; carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) 	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE27	<p>IBRUTINIB (IMBRUVICA)</p> <p>E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare (MCL) recidivato o refrattario; per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (CLL) precedentemente non trattata; per il trattamento di pazienti adulti con CLL che hanno ricevuto almeno una precedente terapia; per il trattamento di pazienti adulti con macroglobulinemia di Waldenström (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea per i pazienti per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata.</p>	H			RNRL	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>
L01XE29	<p>LENVATINIB (LENVIMA)</p> <p>Indicato negli adulti per il trattamento del carcinoma indifferenziato della tiroide (DTC) (follicolare, papillare, a cellule di Hurthle) progressivo, localmente avanzato o metastatico, refrattario allo iodio radioattivo (RAI).</p>	H	Farmaco orfano		RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE31	<p>NINTEDANIB (OFEV)</p> <p>indicato negli adulti per il trattamento della Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF).</p>	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Centro Fibrosi Cistica
L01XE33	<p>PALBOCICLIB (IBRANCE)</p> <p>Indicato per il trattamento del carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo ai recettori ormonali (HR) e negativo al recettore del fattore di crescita epidermico umano 2 (HER2):</p> <ul style="list-style-type: none"> in associazione ad un inibitore dell'aromatasi; in associazione a fulvestrant in donne che hanno ricevuto una terapia endocrina precedente. <p>In donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina deve essere associata ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH).</p>	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XE35	<p>OSIMERTINIB (TAGRISSO)</p> <p>E' indicato per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico positivo per la mutazione T790M del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR).</p>	H			RNRL	REGISTR AIFA	Oncologia
L01XE38	<p>COBIMETINIB (COTELLIC)</p> <p>indicato in associazione a vemurafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del</p>	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia

	BRAF V600						
L01XX32	<p>BORTEZOMIB (VELCADE)</p> <p>-in monoterapia o in associazione con doxorubicina liposomiale pegilata o desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo in progressione che abbiano già ricevuto almeno una precedente linea di trattamento e che siano già stati sottoposti o non siano candidabili a trapianto di cellule staminali ematopoietiche.</p> <p>- in associazione con melfalan e prednisone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo precedentemente non trattato non eleggibili a chemioterapia ad alte dosi con trapianto di cellule staminali ematopoietiche.</p> <p>- in associazione con desametasone o con desametasone e talidomide è indicato per il trattamento di induzione di pazienti adulti con mieloma multiplo precedentemente non trattato eleggibili a chemioterapia ad alte dosi con trapianto di cellule staminali ematopoietiche.</p> <p>- in associazione con rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare precedentemente non trattato non candidabili a trapianto di cellule staminali ematopoietiche.</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA per indicazione Amiloidosi (Legge 648/96)	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>
L01XX41	<p>ERIBULINA (HALAVEN)</p> <p>È indicato per il trattamento di pazienti con cancro della mammella localmente avanzato o metastatico, che hanno mostrato una progressione dopo almeno due regimi chemioterapici per malattia avanzata. La terapia precedente deve aver previsto l'impiego di un'antraciclina e di un taxano, in contesto adiuvante o metastatico, a meno che i pazienti non siano idonei a ricevere questi trattamenti.</p> <p>È indicato per il trattamento di pazienti adulti con liposarcoma inoperabile, sottoposti a precedente terapia contenente antracicline (eccetto se non idonei) per malattia avanzata o metastatica.</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XX45	<p>CARFILZOMIB (KYPROLIS)</p> <p>In combinazione con Lenalidomide e Desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia.</p>	H	Farmaco orfano		OSP	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>
L01XX46	<p>OLAPARIB (LYNPARZA)</p> <p>È indicato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con recidiva platino-sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma delle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primitivo, BRCA-mutato (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), che sono in risposta (risposta completa o risposta parziale) alla chemioterapia a base di platino.</p>	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Oncologia
L01XX52	<p>VENETOCLAX (VENCLYXTO)</p> <p>Trattamento della leucemia linfatica cronica (CLL - chronic lymphocytic leukaemia) in presenza della delezione 17p o della mutazione TP53 in pazienti adulti non idonei o che hanno fallito la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B.</p> <p>Trattamento di pazienti adulti con CLL in assenza della delezione 17p o mutazione TP53 che hanno fallito la chemioimmunoterapia e la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B.</p>	H	Farmaco orfano e innovativo		RNRL	REGISTRO AIFA	<p>Hub: Ematologia Oncoematologia</p> <p>Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia</p>

L02BB04	<p>ENZALUTAMIDE (XTANDI)</p> <p>È indicato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> il trattamento di uomini adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione (CRPC), asintomatici o lievemente sintomatici dopo il fallimento della terapia di deprivazione androgenica, nei quali la chemioterapia non è ancora clinicamente indicata; il trattamento di uomini adulti con CRPC metastatico resistente alla castrazione nei quali la patologia è progredita durante o al termine della terapia con docetaxel. 	H			NRL	REGISTRO AIFA	Oncologia Urologia
L02BX03	<p>ABIRATERONE ACETATO (ZYTIGA)</p> <p>È indicato insieme a prednisone o prednisolone per:</p> <ul style="list-style-type: none"> il trattamento del carcinoma metastatico della prostata resistente alla castrazione in uomini adulti asintomatici o lievemente sintomatici dopo il fallimento della terapia di deprivazione androgenica e per i quali la chemioterapia non è ancora indicata clinicamente. il trattamento del carcinoma metastatico della prostata resistente alla castrazione in uomini adulti la cui malattia è progredita durante o dopo un regime chemioterapico a base di docetaxel. 	H			RNRL		Oncologia Urologia
L03	<p>FRAZIONE CELLULARE ARRICCHITA DI CELLULE AUTOLOGHE CD34+ (STRIMVELIS)</p> <p>Trattamento di pazienti con immunodeficienza grave combinata da deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID), per i quali non sia disponibile un idoneo donatore consanguineo di cellule staminali HLA (antigene leucocitario umano) - compatibili.</p>	H	FARMACO ORFANO		OSP/RL	REGISTRO AIFA	
L03AX15	<p>MIFAMURTIDE (MEPACT)</p> <p>E' indicato nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti per il trattamento dell'osteosarcoma non metastatico ad alto grado resecabile in seguito a resezione chirurgica macroscopicamente</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Oncologia
L03AX16	<p>PLERIXAFOR (MOZOBIL)</p> <p>È indicato in combinazione con il fattore stimolante le colonie dei granulociti (G-CSF) per incrementare la mobilitazione delle cellule staminali ematopoietiche nel sangue periferico per la raccolta e il conseguente trapianto autologo in pazienti adulti con linfoma e mieloma multiplo con una scarsa mobilitazione cellulare.</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L04AA25	<p>ECULIZUMAB (SOLIRIS)</p> <p>E' indicato nel trattamento di adulti e bambini affetti da: Emoglobinuria parossistica notturna (EPN). Le prove del beneficio clinico sono dimostrate in pazienti con emolisi e uno o più sintomi clinici indicativi di un'elevata attività della malattia, indipendentemente dalla storia precedente di trasfusioni. Sindrome emolitica uremica atipica (SEUa). Soliris è indicato nel trattamento di adulti affetti da: Miastenia gravis generalizzata refrattaria (MGg) in pazienti positivi agli anticorpi anti-recettore dell'acetilcolina (AChR) (vedere paragrafo 5.1).</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
L04AA26	<p>BELIMUMAB (BENLYSTA)</p> <p>È indicato come terapia aggiuntiva nei pazienti</p>	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Reumatologia

	adulti con lupus eritematoso sistemico (LES) attivo, autoanticorpi-positivo, con un alto grado di attività della malattia (ad esempio anti-ds DNA positivi e basso complemento) nonostante la terapia standard.						Medicina generale Ambulatori di Reumatologia di Centri Hub e Spoke
L04AX02	TALIDOMIDE (THALIDOMIDE CELGENE) In associazione a melfalan e prednisone, è indicata per il trattamento di prima linea di pazienti con mieloma multiplo non trattato di età ≥ 65 anni o non idonei a chemioterapia a dosi elevate	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L04AX04	LENALIDOMIDE (REVLIMID) E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto Trattamento di pazienti con anemia trasfusione-dipendente dovuta a sindromi mielodisplastiche (MDS) a rischio basso o intermedio-1, associate ad anomalia citogenetica da delezione isolata del 5q, quando altre opzioni terapeutiche sono insufficienti o inadeguate.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
L04AX05	PIRFENIDONE (ESBRIET) Trattamento di fibrosi polmonare idiopatica da lieve a moderata.	H			NRL	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Pneumologia Medicina
L04AX06	POMALIDOMIDE (IMNOVID) In associazione con desametasone, è indicato nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, sottoposti ad almeno due precedenti terapie, comprendenti sia lenalidomide che bortezomib, e con dimostrata progressione della malattia durante l'ultima terapia.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia
M05BX04	DENOSUMAB (XGEVA) Prevenzione di eventi correlati all'apparato scheletrico (fratture patologiche, radioterapia all'osso, compressione del midollo spinale o interventi chirurgici all'osso) negli adulti con neoplasie maligne in fase avanzata che coinvolgono l'osso. 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 morbilità.	A	G.U. n. 205 del 02/09/2016	PHT	NRL	REGISTRO AIFA	Centri autorizzati individuati dalla Regione: Hub e Spoke: Oncologia
M09AB02	COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM (XIAPEX) È indicato nel - trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con corda palpabile. - trattamento di uomini adulti affetti da malattia di Peyronie con placca palpabile e curvatura di almeno 30 gradi all'inizio della terapia	H			OSP	REGISTRO AIFA (indicazione contrattura di Dupuytren)	Ortopedia specializzata nella chirurgia della mano
N02BG10	DELTA-9-TETRAIDROCANNABINOLO + CANNABIDILOLO (SATIVEX) E' indicato come trattamento per alleviare i sintomi in pazienti adulti affetti da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non hanno manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici e che hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi associati alla spasticità nel corso di un periodo di prova iniziale della terapia.	H			RNRL	REGISTRO AIFA	DDRC n. 15622/2008 Decreto Dirigenziale n. 6463/2003 DCA n. 140/2017 PDTA SM U.O. Neurologia: - AOU Mater Domini - AO CZ - AO RC - AO CS - Spoke Vibo Valentia - Spoke Corigliano/Rossano - Spoke Crotone

							- Spoke Catsrovillari ASP Cosenza Unità Operativa di Neurologia Centro di Sclerosi Multipla
N03AX21	RETIGABINA (TROBALT) È indicato come trattamento aggiuntivo delle crisi parziali farmaco-resistenti con o senza generalizzazione secondaria nei pazienti di età pari o superiore ai 18 anni affetti da epilessia, quando altre associazioni appropriate di farmaci si siano dimostrate inadeguate o non siano state tollerate.	A		PHT	RR	PT REGISTRO AIFA	Neurologia
N06BX13	IDEBENONE MNESIS Nel trattamento dei deficit cognitivo-comportamentali conseguenti a patologie cerebrali sia di origine vascolare che degenerativa. Miocardiopatia nei pazienti affetti da Atassia di Friedreich.	C			RR	REGISTRO AIFA	Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
	RAXONE È indicato per il trattamento della compromissione visiva in pazienti adulti e adolescenti affetti da neuropatia ottica ereditaria di Leber (LHON)	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA	Unità Operative di Centri Specializzati nella diagnosi e trattamento della LHON: Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
R03DX07	ROFLUMILAST (DAXAS) E' indicato come terapia di mantenimento nella broncopneumopatia cronica ostruttiva grave (BPCO) (FEV1 post-broncodilatatore meno del 50% del teorico) associata a bronchite cronica nei pazienti adulti con una storia di esacerbazioni frequenti come aggiunta al trattamento broncodilatatore.	A		PHT	RRL	PT REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Pneumologia Geriatria Medicina generale
R07AX02	IVACAFTOR (KALYDECO) E' indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni che hanno una delle seguenti mutazioni di gating (di classe III) nel gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA	Centro Fibrosi Cistica
R07AX30	LUMACAFOTOR/IVACAFTOR (ORKAMBI) E' indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 12 anni omozigoti per la mutazione F508 del gene CFTR.	A		PHT	RRL	REGISTRO AIFA	Centro Fibrosi Cistica
S01LA03	PEGASTANIB (MACUGEN) E' indicato per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD) negli adulti.	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Oculistica
S01LA04	RANIBIZUMAB (LUCENTIS) Il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD). Il trattamento della diminuzione visiva causata dall'edema maculare diabetico (DME). Il trattamento della diminuzione visiva causata dall'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale)	H			OSP	REGISTRO AIFA	

CA
OFF

	Il trattamento della diminuzione visiva causata da neovascolarizzazione coroideale (CNV) secondaria a miopia patologica (PM).						
S01LA05	AFLIBERCEPT (EYLEA) Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa). Compromissione della vista dovuta a edema maculare secondario a occlusione venosa retinica (-RVO di branca o RVO centrale). Compromissione della vista dovuta a edema maculare diabetico (<i>Diabetic Macular Oedema</i> - DME)	H			OSP	REGISTRO AIFA	
S01XA	CENEGERMIN (OXERVATE) Trattamento della cheratite neurotrofica moderata (difetto epiteliale persistente) o severa (ulcera corneale) negli adulti.	H	Farmaco innovativo		NRL	REGISTRO AIFA	Hub e Spoke: Oculistica
S01XA19	CELLULE EPITELIALI CORNEALI UMANE AUTOLOGHE (HOLOCLAR) Trattamento di pazienti adulti affetti da deficit di cellule staminali limbari da moderato a grave (definito dalla presenza di neovascolarizzazione superficiale della cornea in almeno due quadranti, con coinvolgimento della parte centrale della cornea e grave compromissione dell'acuità visiva), unilaterale o bilaterale, causato da ustioni oculari da agenti fisici o chimici	H	Farmaco orfano		OSP	REGISTRO AIFA	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20/05/2011)
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO (ZEVALIN) Zevalin radiomarcato con [⁹⁰ Y] è indicato come terapia di consolidamento dopo l'induzione della remissione in pazienti con linfoma follicolare non pretrattati. Il beneficio di Zevalin dopo rituximab in associazione con la chemioterapia non è stato stabilito. Zevalin radiomarcato con [⁹⁰ Y] è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non-Hodgkin (NHL) follicolare a cellule B CD20+ recidivanti o refrattari a rituximab	H			OSP	REGISTRO AIFA	Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia



Assistito _____
 _____ COGNOME _____ NOME

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Indirizzo _____ Comune _____

ASL di appartenenza _____ Regione _____

MMG/ PLS dott. _____

Diagnosi _____

_____ formulata in data _____

nel centro autorizzato _____
 (specificare la struttura specialistica/ il centro)

dal Dott. _____
 _____ Cognome _____ Nome

Telefono _____ mail _____

Terapia (principio attivo ed eventuale nome commerciale suggerito) _____ NOTA AIFA n° _____

Indicazione terapeutica rimborsata dal SSN _____

Posologia _____ Durata prevista del trattamento* _____

Prima prescrizione (paziente naive) prosecuzione della cura

Data _____

Timbro Struttura

Timbro, Firma e CF del
 prescrittore

*Massimo 1 anno

La scheda di terapia deve essere redatto a cura dei medici operanti nei centri individuati dalla regione. La diagnosi e la terapia devono essere conformi alle indicazioni terapeutiche approvate per il medicinale/principio attivo indicato e pertinenti con la concedibilità a carico del SSN.

Compilare in 4 copie da consegnare:

- Una copia deve essere inviata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico dell'ASP competente per territorio di residenza dell'assistito deve essere inviata al medico curante che ha in carico l'assistito;
- Una copia deve essere consegnata al paziente;
- Una copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda conservata nella cartella clinica o scheda sanitaria del paziente per un periodo non inferiore a 24 mesi dal termine del trattamento, al fine di consentire ai Servizi Farmaceutici di effettuare i dovuti controlli ai sensi della Legge 425/96.

LEGENDA:

RR= Ricetta Ripetibile

RNRL= Ricetta Non Ripetibile Limitativa

SCHEDA REGIONALE= Scheda Regionale di prescrizione legata ad uno specifico decreto

PT= Scheda di Diagnosi e Terapia (Allegato D)

TEMPLATE AIFA= Piano Terapeutico Specifico Previsto da AIFA

PDTA= Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PHT = Prontuario Ospedale-Territorio

