

sensi dell'art. 4 del D.P.Reg. n. 70/1979, del parere della Giunta regionale ed ha comunicato di non ravvisare elementi ostativi alle proposte di modifica dell'atto aziendale in essa contenute, fermo restando il rispetto del vincolo della riduzione del 5% delle strutture complesse che risulta, comunque, garantito, senza il computo dell'U.O.C. centrale operativa istituita dalla stessa A.R.N.A.S. a seguito del decreto 4 febbraio 2011, recante interventi in materia di riordino del sistema di emergenza-urgenza del S.U.E.S. 118;

Vista la nota assessoriale n. 65740 dell'1 agosto 2011 di integrale condivisione delle argomentazioni del dipartimento pianificazione strategica e con la quale la predetta documentazione è stata trasmessa alla Giunta regionale per l'acquisizione del parere di cui all'art. 4 del D.P.Reg. n. 70/1979;

Vista la deliberazione n. 198 del 5 agosto 2011, con la quale la Giunta regionale, in conformità alla proposta contenuta nella summenzionata nota assessoriale, ha espresso parere favorevole alle modifiche dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Civico - Di Cristina - Benfratelli di Palermo di cui alla deliberazione del commissario straordinario n. 559 del 20 maggio 2011, fermo restando il rispetto del vincolo della riduzione del 5% delle strutture complesse che nei termini sopra indicati risulta, comunque, garantito;

Ritenuto, pertanto, di dovere approvare le modifiche dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Civico - Di Cristina - Benfratelli di Palermo;

Decreta:

Art. 1

Ai sensi dell'art. 16 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 ed alla luce del parere vincolante espresso dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 198 del 5 agosto 2011, si approvano le modifiche dell'atto aziendale dell'A.R.N.A.S. Civico - Di Cristina - Benfratelli di Palermo di cui alla deliberazione del commissario straordinario n. 559 del 20 maggio 2011, fermo restando il rispetto del vincolo della riduzione del 5% delle strutture complesse che nei termini indicati in premessa risulta, comunque, garantito.

Art. 2

È fatto obbligo all'azienda ospedaliera di provvedere, con nuovo atto deliberativo, alla riadozione dell'atto aziendale alla luce delle modifiche di cui al precedente art. 1.

Art. 3

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 16 settembre 2011.

RUSSO

(2011.38.2787)111

DECRETO 21 settembre 2011.

Modifica del decreto 3 maggio 2011, concernente rete regionale dei centri prescrittori.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo n. 502/92, riguardante il riordino della disciplina della materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo n. 539 del 30 dicembre 1992, art. 8, concernente i medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri ed equiparati;

Visto il decreto n. 151 del 12 febbraio 2008, con il quale è stato approvato il piano di azioni per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;

Visto il decreto n. 3176 del 28 novembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 19 dicembre 2008 ed il successivo decreto n. 3474 del 29 dicembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 23 gennaio 2009, con i quali è stato aggiornato l'elenco dei centri specializzati alla formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici dei medicinali soggetti (e non) alle note AIFA;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale;

Vista la circolare di questo Assessorato prot. n. 3159 del 21 dicembre 2009 e successive modifiche ed integrazioni "Dispensazione dei farmaci classificati in fascia H";

Visto il decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito in legge n. 122 del 30 luglio 2010;

Visto il decreto n. 1912 del 26 luglio 2010, con il quale sono stati approvati i criteri per l'individuazione e/o l'autorizzazione al mantenimento dei centri prescrittori dei farmaci H;

Visto il decreto 3 maggio 2011, n. 804/11, con il quale è stata definita la rete regionale dei centri prescrittori alla luce del nuovo assetto organizzativo definito dalla legge di riordino del S.S.R. e dei criteri definiti con il decreto n. 1912 del 26 luglio 2010;

Ritenuto necessario di dover meglio precisare quanto disposto all'art. 7 del decreto 3 maggio 2011, n. 804/11 e cioè che debbano intendersi per "unità operative specialistiche, semplici o complesse, formalmente identificate con i provvedimenti regionali di rimodulazione della rete ospedaliera e dagli atti aziendali" le unità operative delle aziende ospedaliere nonché quelle dei presidi ospedalieri di A.S.P. e delle case di cura private accreditate purché formalmente identificate con i provvedimenti regionali di rimodulazione della rete ospedaliera e dagli atti aziendali e, per le strutture private, dai provvedimenti autorizzativi regionali;

Ritenuto di dover individuare la durata massima dei piani terapeutici;

Considerato che è emersa la necessità di una modifica ed integrazione degli allegati al citato decreto nell'ambito della quale si è anche provveduto a correggere meri refusi dattilografici ed inesattezze;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere alla sostituzione degli allegati al decreto 3 maggio 2011, n. 804/11;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni in premessa e che si richiamano integralmente, sono individuati i centri prescrittori specializzati alla formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici dei medicinali soggetti (e non) alle note AIFA compresi negli allegati 1, 2, 3, 4, 5 che fanno parte integrante

e sostanziale del presente decreto e che sostituiscono integralmente gli allegati al decreto 3 maggio 2011, n. 804/11.

Art. 2

L'art. 7 del decreto 3 maggio 2011, n. 804/11 viene così modificato:

Art. 7: Per quanto non espressamente indicato nel presente decreto in merito al regime e alle modalità di dispensazione dei farmaci, si rinvia alle schede tecniche e ai provvedimenti autorizzativi specifici di ciascun medicinale nonché alle disposizioni derivanti da provvedimenti nazionali e regionali vigenti, fermo restando che i farmaci per le diverse patologie debbono essere prescritti dalle corrispondenti unità operative specialistiche, semplici o complesse, delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri di A.S.P. formalmente identificate con i provvedimenti regionali di rimodulazione della rete ospedaliera e dagli atti aziendali, dalle corrispondenti unità operative specialistiche (unità funzionali), semplici o complesse,

delle case di cura private accreditate purché autorizzate con specifici provvedimenti regionali nonché dagli specialisti ambulatoriali convenzionati interni per le stesse branche.

Art. 3

Laddove non espressamente indicato nelle "note aggiuntive" dell'allegato 1 i piani terapeutici si intendono della durata massima di sei mesi e comunque legati al follow-up del paziente.

Art. 4

Rimane invariato quant'altro disposto dal decreto 3 maggio 2011, n. 804/11.

Art. 5

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione ed all'Agenzia italiana del farmaco.

Palermo, 21 settembre 2011.

RUSSO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Allegato 1

Elenco dei centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati per la diagnosi e piano terapeutico inerenti ai medicinali di cui alla determinazione AIFA 13 gennaio 2010 e successive modifiche ed integrazioni

Classe	PT	Principio attivo	M. intensivo	Area terapeutiche	Note aggiuntive
A	SI	Levocarnitina os		Cardiologia, Medicina interna, Nefrologia e Dialisi	
A	SI	Clopidogrel		Cardiologia con o senza unità coronarica, Neurologia, Geriatria e Medicina Interna	
A	SI *	Prasugrel	SI	Cardiologia con emodinamica	* Obbligo di inviare con cadenza trimestrale al servizio 7- Farmaceutica, copia del Piano terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga con raccomandazione di non utilizzo nei pazienti sottopeso (<60 Kg), di età maggiore di 75 anni, nei pazienti già in trattamento con dicumarolici, nei pazienti con documentata storia pregressa di ictus e/o pazienti con cirrosi epatica scompensata. La dispensazione deve avvenire esclusivamente da parte delle strutture prescrittrici. Per le case di cura private con emodinamica (ISCAS Morgagni di CT e Villa Maria Eleonora di PA) l'erogazione avverrà attraverso la farmacia territoriale di residenza del paziente.
A	SI *	Ivabradina	SI	Cardiologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro prescrittore.
A	SI *	Dronedarone	SI	Cardiologia, Medicina interna, Geriatria, Medicina d'urgenza con posti letto	* Obbligo di inviare con cadenza trimestrale al servizio 7- Farmaceutica, il Piano terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga o (se in convenzionata) che autorizza il Piano terapeutico.
A	SI	Ranolazina	SI	Cardiologia	
A	SI	Epoetina alfa Epoetina alfa biosimilare Epoetina beta Darbepoietina alfa Epoetinabeta / metossipolietilenglicole Epoetina zeta	SI	Nefrologia e Dialisi, Ematologia, Medicina Interna, Geriatria, Chirurgia, Anestesia e Rianimazione, Oncologia, Pediatria, Gastroenterologia, Medicina Trasfusionale e Malattie Infettive	* Bambini e adulti sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo: per il trattamento dell'anemia associata ad insufficienza renale cronica con valori di Hb fino a 12 g/dL la prescrizione di eritropoietina è a carico del SSN e va interrotta quando l'Hb è maggiore di 12 g/dL. Al fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva è necessaria l'indicazione dei valori di emoglobina.
A	SI	Albumina umana		Geriatrics, Medicina Interna, Gastroenterologia e Chirurgia, Nefrologia	
A	SI	Filgrastim Lenograstim	SI (Filgrastim Biosimilare)	Oncologia, Ematologia, Immunologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Pediatria e Malattie Infettive	
A	SI	Peg-filgrastim		Oncologia, Ematologia	
H		Romiplostim	SI	Ematologia ed Oncematologia, dell'A.O. Garibaldi di Catania, degli Ospedali riuniti Villa Sofia - Cervello e dell'A.O.U.P. "G. Martino" di Messina	I Centri prescrittori devono comunicare con cadenza semestrale alla Commissione PTORS il n. dei pazienti in trattamento.
H		Eltrombopag	SI	Ematologia ed Oncematologia, dell'A.O. Garibaldi di Catania, degli Ospedali riuniti Villa Sofia - Cervello e dell'A.O.U.P. "G. Martino" di Messina	Limitatamente ai pazienti dopo fallimento della terapia con romiplostim e con dispensazione diretta da parte dei centri individuati.
A	SI *	1) Interferone alfa-2a ricombinante		Per le epatiti B, C, D: Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria Per le altre indicazioni: Oncologia, Nefrologia, Urologia, Dermatologia, Malattie Infettive, Immunologia, Pediatria ed Ematologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	2) Interferone alfa-2b ricombinante		Per le epatiti B, C, D: Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria Per le altre indicazioni: Oncologia, Ematologia, Dermatologia, Immunologia, Gastroenterologia, Medicina Interna, Malattie Infettive e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Arete terapeutiche	Note aggiuntive
A	SI *	3) Peg-interferone alfa-2a Peg-interferone alfa-2b		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	4) Interferone alfa naturale alfa-1b-3 (leucocitaino)		Per le epatiti B, C, D: Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria Per le altre indicazioni: Ematologia, Oncologia, Nefrologia, Urologia, Pediatria, Dermatologia e Malattie Infettive	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Lamivudina		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna, Oncologia ed Ematologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
H		Adalimumab Infliximab		Limitatamente alle indicazioni riferite alla Malattia di Crohn e colite ulcerosa di cui alle relative schede tecniche: Gastroenterologia e Medicina Interna	
A	SI *	Testosterone Metil-testosterone		Endocrinologia, Urologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Somatropina Mecasermina		CENTRI PRESCRITTORI. Vedi Allegato	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a 6 mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up.
H		Pegvisomant	SI	Esclusivamente i Centri di cui all'allegato 12 del decreto n. 3176/08 modificato secondo il nuovo assetto della rete ospedaliera	
A	SI *	Lanreotide Octreotide		Endocrinologia, Oncologia, Medicina Interna, Geriatria, Gastroenterologia e Immunologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Busserelina Goserelina Leuprorelina Triptorelina		Urologia, Oncologia, Oncologia Chirurgica, Ostetricia, Ginecologia ed Endocrinologia Leuprorelina e Triptorelina: pubertà precoce nei limiti di età previsti in scheda tecnica	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Gonadorelina		Endocrinologia, Urologia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia Centri di cui all'allegato 3 del decreto n. 3176 nelle more della ridefinizione.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Follitropina alfa da DNA ricombinante Follitropina beta da DNA ricombinante Menotropina Urofollitropina Lutropina alfa		Endocrinologia, Urologia, Ostetricia e Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana Centri di cui all'allegato 3 del decreto n. 3176 nelle more della ridefinizione	* Limitare ad un mese la durata del piano terapeutico. Riportare il valore di FSH determinato in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico.
H	SI *	Imipenem + cilastatina		Tutte le unità operative formalmente riconosciute	La prescrizione a carico del SSN è limitata: 1. Al trattamento iniziato in ambito ospedaliero: La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi ed in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della comunità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio. 2. Al trattamento iniziato dal MMG solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica: Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco ed all'assenza di alternative terapeutiche. La limitazione della prescrivibilità all'ambito ospedaliero o da parte del MMG con il supporto di indagini microbiologiche è finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi.
A	Nota 74	Aztreonam Rifabutina Teicoplanina			

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Arete terapeutiche	Note aggiuntive
A Nota 79	SI *	Teriparatide* Ormone paratiroideo*		Esclusivamente Ortopedia e Geriatria delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie (teriparatide ed ormone paratiroideo)	* Il piano terapeutico, della durata di 6 mesi, è prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre tre volte per un totale complessivo di 24 mesi pertanto per i pazienti che sono in corso di trattamento, il termine per la terapia può eventualmente essere esteso a 24 mesi purchè esista continuità terapeutica.
H		Acido Zoledronico		Ortopedia e geriatria (acido zoledronico)	
A		Dabigatran	SI	Ortopedia	
A		Rivaroxaban	SI	Ortopedia	
A Nota 88	NO *	Corticosteroidi per uso topico		Dermatologia, Allergologia, Malattie Infettive, Immunologia, Geriatria, Medicina Interna, Reumatologia e Pediatria	* Esclusivamente diagnosi.
A	SI	Imiquimod		Dermatologia, Oncologia	
H		Alitretinoina		Dermatologia Ospedaliere ed Universitaria	Raccomandazioni: sospendere il trattamento in caso di: • Risposta adeguata • Persistenza della forma grave (dopo 12 settimane) • Risposta inadeguata dopo 24 settimane
A	SI *	Tretinoina		Oncologia, Ematologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Sevelamer		Nefrologia e Dialisi e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Mesna		Medicina Interna, Oncologia e Urologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI	Valganciclovir		Malattie Infettive e Centri Trapianto	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A		Adefovir/Dipiroxil		Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A	SI	Pentammina		U.O. formalmente riconosciute di Malattie Infettive, Medicina Interna, Pediatria ed Ematologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
H		Fosamprenavir		Malattie Infettive	
H		Nelfinavir		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina Tenofovir disoproxil	/	Malattie Infettive	
H		Abacavir / Lumivudina		Malattie Infettive	
H		Tipranavir		Malattie Infettive	
A		Voriconazolo *		Malattie Infettive e Oncoematologia	* Il farmaco deve essere somministrato principalmente a pazienti con infezioni a carattere progressivo che possono mettere in pericolo la vita del paziente stesso.
A		Ribavirina	SI	Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive e Medicina Interna	
H		Lopinavir/ Ritonavir		Limitatamente alla confezione "1 flacone 100 ml" 40mg/ml e utilizzabile esclusivamente: "in regimie di combinazione con interferone alla-2b, per il trattamento di bambini e adolescenti dai tre anni in su, affetti da epatite cronica C, mai trattati in precedenza, senza scompenso epatico, e con presenza di HCV-RNA sierico"; Pediatria	
				Malattie Infettive	

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Arete terapeutiche	Note aggiuntive
H		Atazanavir	SI	Malattie Infettive	
A		Entecavir	SI	Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A		Linezolid		Pneumologia Malattie infettive Medicina Interna laddove non presente l'U.O. Malattie Infettive	
H		Entavirtide		Malattie Infettive	* Per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 3/11/04 e provvedimento specifico.
H		Darunavir	SI	Malattie Infettive	
H		Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Maraviroc	SI	Malattie Infettive	
H		Raltegravir	SI	Malattie Infettive	
H		Efavirenz/emtricitabina/tenofovir disoproxil	SI	Malattie Infettive	
H		Tenofovir/ disoproxil		Malattie Infettive Limitatamente all'indicazione per il trattamento dell'epatite cronica B anche Epatologia, Gastroenterologia, Medicina Interna	
H		Etravirina	SI	Malattie Infettive	
A	SI *	Tacrolimus Sirolimus Everolimus	SI	Nefrologia, Chirurgia, Gastroenterologia ed Epatologia e Medicina Interna. Limitatamente alla forma topica di Tacrolimus: dermatologia Limitatamente all'Everolimus: Nefrologia, Chirurgia, Cardiologia e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI * **	Complesso prot. umano Complesso prot. antiemofil. umano Desmopressina Fattore VII di coagul. naturale, Nonacog Alfa, Fattore VIII di coagul. nat. Morotocog Alfa Octocog Alfa Fattore IX di coagul. Naturale Fattore di Von Willebrand-Fattore VIII Eptacog alfa attiv.		Limitatamente al Fattore VIII: Esclusivamente i Centri di cui al decreto n. 87 del 30 gennaio 2008 su modello di piano terapeutico e secondo le modalità di cui all'allegato A e B al sopra citato decreto n. 87/08. Per tutti gli altri: Ematologia, Medicina Interna, Cliniche Pediatriche, Ostetrica e Ginecologia e Servizi di Medicina Traslazionale	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato. ** Per i pazienti emofiliaci in trattamento sostitutivo con i Fattori VIII e IX plasmatici o ricombinanti, i relativi piani terapeutici possono riportare il nome della specialità medicinale ove tale scelta è sostenuta da motivazioni clinicamente documentate.
H					
A	SI *	Immunoglobulina anti-D (rh)		Ematologia, Medicina Interna, Cliniche Pediatriche, Ostetrica e Ginecologia e Servizi di Medicina Traslazionale	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Deferoxamina		Esclusivamente i Centri facenti parte della Rete Regionale di Talassemia di cui al decreto n. 2014 del 4 novembre 2003 e successive modifiche e integrazioni (D.L.G. n. 88/04, decreti n. 2727/04 e n. 3264/04). Limitatamente al trattamento dei pazienti con insufficienza renale terminale (in dialisi di mantenimento): Nefrologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A		Deferasirox	SI	Limitatamente ai pazienti affetti da talassemia: Prescrizione e distribuzione da parte dei Centri di Talassemia facenti parte della rete regionale. Limitatamente ai pazienti con altre anemie: Ematologia	

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Arece terapeutiche	Note aggiuntive
A		Deferiprone	SI	Centri facenti parte della Rete Regionale di Talassemia di cui ai decreti n. 2014 del 4 novembre 2003 e successive modifiche e integrazioni (D.I.G. n. 88/04, decreti n. 2727/04 e n. 3264/04)	
H		Didanosina Zidovudina		Prescrizione riservata ai soli centri ospedalieri autorizzati con D.M. 17 maggio 1996.	* Per la didanosina polvere non tamponata 2g prescrizione e distribuzione riservata ai centri autorizzati con D.M. 17 maggio 1996.
H		Didanosina polv. 2g*			
A	SI	Paracetolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	Distribuzione diretta.
A		Bicalutamide		Urologia, Oncologia	
H		Metilaminolevulinato		Dermatologia, Ematologia, Oncologia	
A	SI *	Buprenorfina/Naloxone	SI	Strutture del Dipartimento di Salute Mentale dei SERT	* L'uso del farmaco è indicato in adulti e adolescenti di età superiore ai 15 anni che abbiano dato il proprio consenso al trattamento della loro situazione di tossicodipendenza.
A	SI **	Metadone Cloridrato		Limitatamente alle sindromi dolorose di entità severa in pazienti che non rispondono più a un trattamento sequenziale con farmaci analgesici antinfiammatori non steroidei, steroidei, oppioidi deboli: Limitatamente al trattamento di disassuefazione da narcotico-stupefacenti: Prescrizione e dispensazione da parte dei SERT	* All'attivazione del piano terapeutico riportare un riferimento specifico alla progressiva terapia con farmaci analgesici antinfiammatori non steroidei, steroidei, oppioidi deboli. ** L'attivazione del piano terapeutico è limitata alle confezioni di cui al Comunicato AIFA pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 163 del 15 luglio 2006.
A		Acido Carglumico	SI	Eclusivamente i Centri di cui all'allegato 7 del decreto n. 3176/08	
A		Domase alla	SI	Prescrizione e distribuzione riservata ai Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della legge n. 548/93 e decreto n. 14633/95	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI	Gnacalset		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia Limitatamente all'indicazione di ipoparatiroidismo primario, nei quali la paratiroidectomia sarebbe indicata sulla base dei valori sierici di calcio, ma nei quali l'intervento chirurgico non è clinicamente appropriato o è controindicato: Endocrinologia	
A		Zinco acetato diidrato	SI	Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al decreto n. 781/11, specializzati nel trattamento del Morbo di Wilson.	
A		Sapropterina cloridrato		Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al decreto n. 781/11	Limitatamente ai casi di carenza di tetraidropterina. Ai fini della rimborsabilità SSN è indispensabile che la richiesta sia corredata dalla copia dell'avvenuta registrazione nel Registro ISS.
A		Pilocarpina cloridrato		Per la Sindrome di Sjogren: Oculistica e Reumatologia	
A		Acido Micofenolico (Micofenolato Mofetil e Micofenolato Sodico)		Nefrologia e Centri Trapianti	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a un anno è stabilita dal centro specializzato.
H		Calcitriolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	
A		Tobramicina		Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della legge n. 548/93 e decreto n. 14633/95	
A		Anagrelide	SI	Ematologia	* Per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 09/05/06 e provvedimento specifico.
H		Glutazione (solo "2500 mg/ml polv. e solv. per soluzione per infusione)		Oncologia	

Classe	PT.	Principio attivo	M. intensivo	Arete terapeutiche	Note aggiuntive
A	SI	Miglustat	SI	U.O. di Ematologia A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello" Centro di Riferimento Regionale per la cura ed il controllo delle malattie metaboliche congenite dell'Infanzia A.O.U. Policlinico di Catania Centri di riferimento regionali previsti dal decreto n. 781/11	
A	SI	Telivudina	SI	Medicina interna, Gastroenterologia, Epatologia e Malattie infettive	
A	SI	Clozapina *		Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri del SERT	* Le prescrizioni di clozapina devono contenere l'esecuzione (settimanale per le prime 18 settimane e mensile successivamente) della conta e della formula leucocitaria e la compatibilità dei valori riscontrati con l'inizio, la prosecuzione o la ripresa del trattamento.
A	SI *	Olanzapina* Quetiapina* Risperidone*		Psichiatria e Neurologia Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri e neurologi del SERT. Compatibilmente con le indicazioni autorizzate e i limiti d'uso in relazione all'età di cui alla scheda tecnica di ogni singola molecola anche Neuropsichiatria Infantile.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato. ** Per il trattamento della psicosi e/o dei disturbi comportamentali correlati alla demenza nei pazienti anziani (PBSD) si rinvia al comunicato AIFA del 21 luglio 2005 e al percorso clinico allo stesso allegato (note mn. DIRS/5/3166 del 16 novembre 2005 e DIRS/5/3758 del 16 dicembre 2005) recante disposizioni nell'ambito di un programma di farmacovigilanza attiva mirato su tale trattamento.
H	SI	Olanzapina fiale Risperidone (rp. fiale)	SI	Utilizzo esclusivamente presso strutture specialistiche in regime ambulatoriale, secondo le modalità previste nella scheda tecnica	
A	SI *	Aripiprazolo *		Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri e neurologi del SERT.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI	Levodopa/Carbidopa/Entacepone	SI	Neurologia e Geriatria IRCCS "Bonino Pulejo", di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Entacepone		Neurologia, Geriatria IRCCS Bonino Pulejo, Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. La prima confezione di avvio della terapia deve essere richiesta gratuitamente alla ditta secondo il modello allegato al DIG n. 5552/05.
A	SI *	Tolcapone	SI	Neurologia e Geriatria. IRCCS "Bonino Pulejo", di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
H		Levodopa/Carbidopa		Neurologia e Geriatria	
H		Apomorfina cloridrato		Neurologia	
A	SI	Ziprasidone cloridrato		Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri e neurologi del SERT	
A	SI	Paliperidone	SI	Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri e neurologi del SERT	
A	SI *	Modafinil		Neurologia e pneumologia IRCCS Bonino Pulejo, Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	SI *	Rasagilina	SI	Neurologia e Geriatria IRCCS "Bonino Pulejo", di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. Le prime due confezioni di avvio della terapia devono essere richieste gratuitamente alla ditta secondo il modello allegato al presente decreto.
A	SI	Cabergolina		Neurologia, Neuropsichiatria, Geriatria e Psichiatria IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	
A	PT * BB e adolescenti	Fluoxetina		Limitatamente all'indicazione: episodio di depressione maggiore da moderato a grave, se la depressione non risponde alla psicoterapia dopo 4-6 sedute: Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La terapia con antidepressivo deve essere proposta ad un bambino o ad una persona giovane con depressione da moderata a grave solo in associazione con una contemporanea psicoterapia.
A	SI	Pergolide	SI	Psichiatria, Neuropsichiatria, Geriatria e Neurologia	

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Arece terapeutiche	Note aggiuntive
A	SI *	Atomoxetina	SI	Esclusivamente i Centri individuati con D.I.G. n. 83/04 e D.I.G. n. 112/04 di cui all'allegato 14 del decreto n. 3176/08	* I P.T. relativi al trattamento con Atomoxetina devono essere accompagnati da copia dell'avvenuta registrazione on-line sul Registro Nazionale di Monitoraggio per l'ADHD.
A	SI *	Metilfenidato	SI	Esclusivamente i Centri individuati con D.I.G. n. 083/04 e D.I.G. n.112/04 di cui all'allegato 14 del decreto n. 3176/08	* I P.T. relativi al trattamento con Metilfenidato devono essere accompagnati da copia dell'avvenuta registrazione on-line sul Registro Nazionale di Monitoraggio per l'ADHD.
A	SI *	Exenatide	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* Piano terapeutico on-line.
A	SI *	Sitagliptin	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* Piano terapeutico on-line.
A	SI *	Vildagliptin	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* Piano terapeutico on-line.
A	SI *	Sitagliptin/ metformina	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* Piano terapeutico on-line.
A	SI *	Vildagliptin/metformina	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* Piano terapeutico on-line.
A	SI *	Saxagliptin	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* I piani terapeutici relativi al trattamento con Saxagliptin devono essere accompagnati da copia della prescrizione avvenuta on-line sul Registro Monitoraggio Farmaci.
A	SI *	Liraglutide	SI	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria. Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al decreto 30 aprile 2002	* I piani terapeutici relativi al trattamento con Liraglutide devono essere accompagnati da copia della prescrizione avvenuta on-line sul Registro Monitoraggio Farmaci.
CENTRI PRESCRITTORI					
A		Bosentan	SI	Az. Osp. Vitt. Emanuele Ferrarotto CT Divisione di Cardiologia U.O. Cardiologia Pediatrica	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA.
A		Ambrisentan	SI	Casa di Cura G.B. Morgagni Az. Osp. Civile M.P. Arezzo RG U.O. di Cardiologia U.O. di Cardiologia U.O. Malattie Infettive (amb. di reumatologia e pneumologia)	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA.
H		Epoprostenolo		Policlinico Az. Osp. Umberto I Az. Osp. Villa Sofia - Cervello PA U.O.C. cardiologia U.O.C. di Cardiologia - UTIC U.O. di Cardiologia U.O. Pneumologia (amb. I.P.)	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA.
H		Iloprost sale di trometamolo	SI	A.R.N.A.S. Garibaldi A.R.N.A.S. Civico ISMETT Policlinico ME U.O. Malattie dell'Apparato Respiratorio Servizio di Pneumologia U.O. Pneumologia	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA.
A		Sildenafil	SI	Policlinico PA U.O. Reumatologia U.O. Reumatologia U.O. C. Cardiologia	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA.
H		Treprostinil	SI	Fondazione San Raffaele Giglio Casa di Cura Musumeci Cecas s.r.l. A.O. Papardo-Piemonte PA CT ME U.O. Medicina Interna U.O. Malattie Apparato Respiratorio U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA.

Allegato 2

Farmaci di area neurologica - UVA

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
A Nota 85	SI	Donepezil		
A Nota 85	SI	Galantamina bromidrato		
A Nota 85	SI	Rivastigmina		
A Nota 85	SI	Memantina		La Ditta titolare dell'AIC fornisce alle Aziende Sanitarie di riferimento per le UVA, individuate dalla Regione con decreto n. 3176/08 e successive modifiche ed integrazioni, a titolo gratuito 5 confezioni per ogni paziente arruolato secondo le condizioni riportate alla nota AIFA 85.
Centri prescrittori di farmaci di area neurologica - Centri UVA				
AGRIGENTO		P.O. AGRIGENTO ASP1 - AG ASP1 - CANICATTI		U.O. NEUROLOGIA DSM presso ex O.P. CSM
CALTANISSETTA		P.O. CALTANISSETTA ASP2		U.O. NEUROLOGIA CENTRO UVA
CATANIA		P.O. CALTAGIRONE P.O. ACIREALE ASP3 - Distretti Acireale/Giarre c/o Acireale A.R.N.A.S. GARIBALDI A.O. CANNIZZARO A.O.U.P. CATANIA		U.O. NEUROLOGIA U.O. GERIATRIA DSM U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA SERVIZIO GERIATRIA U.O. NEUROLOGIA
ENNA		P.O. ENNA ASP4 - Poliambulatorio Distretto NICOSIA IRCCS TROINA		U.O. NEUROLOGIA CENTRO UVA CENTRO UVA - Dip.to per l'evoluzione cerebrale senile
MESSINA		ASP5- Poliambulatorio Distretto MILAZZO ASP5- PATTI A.O. RIUNITI PAPPARDO-PIEMONTE A.O.U.P. MESSINA IRCCS BONINO PULEJO		CENTRO UVA CSM - CENTRO UVA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
PALERMO		ASP6 - Distretto CORLEONE ASP6 - Distretto SS42 Via La Loggia ASP6 - Distretto SS42 Via Papa Sergio ASP6 - via Perù OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO A.R.N.A.S. CIVICO A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO		CENTRO UVA CENTRO UVA - Centro di Rif.to Reg. per le demenze CENTRO UVA DSM U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. GERIATRIA U.O. NEUROLOGIA U.O. GERIATRIA LUNGODEGENZA

RAGUSA	P.O. RAGUSA ASP7-RG ASP7 - Modica	U.O. NEUROLOGIA DSM1 DSM2
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA ASP 8 SR	U.O. MEDICINA UNITÀ DEMENZE ex O.N.P.
TRAPANI	DIP. ALCAMO-CASTELVETRANO DIP. TRAPANI-PANTELLERIA DIP. MARSALA-MAZARA	DSM - CENTRO UVA DSM - UVA DSM - UVA

Farmaci di area neurologica - SCLEROSI MULTIPLA (1)

Classe	PT.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
A Nota 65		Interferone beta 1 - A		
A Nota 65		Interferone beta 1 - B		
A Nota		Glatiramer acetato		

Centri prescrittori di farmaci soggetti a nota 65 per la sclerosi multipla

AGRIGENTO	P.O. AGRIGENTO	U.O. NEUROLOGIA
CALTANISSETTA	P.O. CALTANISSETTA	U.O. NEUROLOGIA
CATANIA	A.R.N.A.S. GARIBALDI A.O. CANNIZZARO A.O.U.P. CATANIA	U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
ENNA	P.O. ENNA	U.O. NEUROLOGIA
MESSINA	A.O.U.P. MESSINA A.O. OSPEDALI RIUNITI PAPARDO-PIEMONTE IRCCS BONINO PULEJO	U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
PALERMO	OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO A.R.N.A.S. CIVICO A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO A.O.U.P. PALERMO	U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
RAGUSA	P.O. VITTORIA P.O. RAGUSA	U.O. NEUROLOGIA U.O. MALATTIE INFETTIVE (Spoke di Vittoria)
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA	U.O. NEUROLOGIA
TRAPANI	P.O. TRAPANI	U.O. NEUROLOGIA

Farmaci di area neurologica - SCLEROSI MULTIPLA (2)

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
H-OSP		Natalizumab	SI	
Centri prescrittori Natalizumab				
CATANIA		A.R.N.A.S. GARIBALDI A.O.U.P. CATANIA		U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
MESSINA		A.O.U.P. MESSINA IRCCS BONINO PULEJO		U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA
PALERMO		OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO A.O.U.P. PALERMO		U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA

Allegato 3

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
H	SI	Everolimus	SI	Registro di monitoraggio AIFA
A	SI	Anastrozolo		
A	SI	Exemestane	SI	
H		Aprepitant	SI	
A		Bicalutamide		
H		Fulvestrant		
A	SI	Letrozolo	SI	
A		Imatinib	SI	
H		Trastuzumab *	SI	
A		Topotecan	SI	
H		Gefitinib *	SI	Registro di monitoraggio AIFA Impiego nel trattamento di pazienti adulti con carcinoma non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico previa acquisizione della copia del referto che attesti la mutazione positiva dell'EGFR
A		Miotano	SI	
H		Metilaminolevulinato	SI	Su richiesta motivata per singolo paziente, limitatamente alle cheratosi attiniche di lieve spessore e non pigmentate, al carcinoma basocellulare superficiale e/o nodulare nel caso in cui non siano indicate altre terapie disponibili, alla Malattia di Bowen nei casi in cui l'asportazione chirurgica si considera meno appropriata

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
H		Cetuximab *	SI	Registro di monitoraggio AIFA - Limitatamente ai carcinomi del colon dopo dimostrazione del gene EGFR e dopo fallimento del trattamento con irinotecan
H		Panitumumab *		Registro di Monitoraggio AIFA
A		Vinorelbina		
H		Sorafenib	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Lenalidomide	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Dasatinib *	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Sumitinib	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Erlotinib	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Nilotinib *	SI	Registro di Monitoraggio AIFA Utilizzo secondo le limitazioni previste in scheda tecnica documentando, al momento della richiesta e/o prescrizione del farmaco la resistenza o intolleranza a precedente terapia con Imatinib
A		Temozolomide		
H		Talidomide	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Lapatinib *	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
H		Tegafur/Uracile		Registro di Monitoraggio AIFA
H		Bortezomib	SI	Registro di Monitoraggio AIFA
A	SI	Tretinoina		
A		Capecitabina	SI	
H		Acido zoledronico		
A		Pilocarpina cloridrato		

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

Centri prescrittori di farmaci di area oncologica - Strutture pubbliche

AGRIGENTO	P.O. AGRIGENTO P.O. SCIACCA P.O. CANTICATTI	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOLOGIA (Spoke di AG) U.O. ONCOLOGIA (Spoke di AG)
CALTANISSETTA	P.O. CALTANISSETTA P.O. GELA	U.O. ONCOLOGIA ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA U.O. ONCOLOGIA
CATANIA	P.O. CALTAGIRONE ARNAS GARIBALDI A.O. CANNIZZARO POLICLINICO CT. P.O. FERRAROTTO P.O. VITTORIO EMANUELE	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOEMATOLOGIA ONCOLOGIA c/o U.O. SENOLOGIA ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA U.O. ONCOLOGIA
ENNA	P.O. ENNA	U.O. ONCOLOGIA

MESSINA	P.O. TAORMINA POLICLINICO	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOLOGIA U.O. EPATOLOGIA CLINICA (Sorafenib) U.O. EMATOLOGIA
	A.O. PAPPARDO-PIEMONTE	
PALERMO	ARNAS CIVICO	ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA con U.O. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
	A.O. VILLA SOFIA - CERVELLO POLICLINICO PA	U.O. ONCOLOGIA ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA con UTMO U.O. ONCOLOGIA U.O. EMATOLOGIA
	P.O. BUCCHERILLA FERLA ISMETT (CENTRO TRAPIANTI) SAN RAFFAELE GIGLIO	U.O. ENDOCRINOLOGIA U.O. ONCOLOGIA U.O. EPATOLOGIA (Sorafenib) U.O. ONCOLOGIA
	P.O. RAGUSA:	U.O. ONCOLOGIA ONCOEMATOLOGIA c/o U.O. EMATOLOGIA-SIT
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA P.O. AUGUSTA	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOLOGIA
TRAPANI	TRAPANI P.O. CASTELVETRANO	U.O. ONCOLOGIA U.O. ONCOLOGIA

Centri prescrittori di farmaci di area oncologica - Strutture private

CATANIA	CASA DI CURA HUMANITAS IOM CENTRO CLINICO E DIAGNOSTICO G.B. MORGAGNI	U.O. ONCOLOGIA DIPARTIMENTO ONCOLOGICO U.O. ONCOLOGIA
MESSINA	CASA DI CURA VILLA SALUS	U.O. ONCOLOGIA
PALERMO	CASA DI CURA MADDALENA CASA DI CURA MACCHIARELLA	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO DI III LIVELLO U.O. ONCOLOGIA

Allegato 4

Farmaci biologici e non* - Area reumatologica e dermatologica

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
H	P.T. regionale prescrizione o follow-up	Abatacept	SI	
H	P.T. regionale prescrizione o follow-up	Adalimumab	SI	
H	P.T. regionale prescrizione o follow-up	Anakinra		
A *		Bosentan	SI	
H	P.T. regionale prescrizione o follow-up	Etanercept	SI	

Classe	P.T.	Principio attivo	M. intensivo	Note aggiuntive
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Infliximab	SI	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Tocilizumab	SI	Registro AIFA. Trattamento dell'artrite reumatoide nei soggetti non responders agli anti-TNF- α con richiesta motivata.
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Ustekinumab	SI	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Golimumab	SI	
H	P.T. regionale I prescrizione o follow-up	Certolizumab pegol	SI	Registro AIFA. Limitatamente al fallimento della terapia con metotrexate e/o altro DMARDs
A *	SI	Leflunomide		

Centri prescrittori di farmaci - Area reumatologia e dermatologica

			Pediatria	Dermatologie
AGRIGENTO	PO. AGRIGENTO P.O. SCIACCA	U.O. MEDICINA	U.O. PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	
CALTANISSETTA	PO. CALTANISSETTA			U.O. DERMATOLOGIA
CATANIA	A.R.N.A.S. GARIBALDI A.O. CANNIZZARO A.O.U.P. CATANIA A.O.U.P. PO.V. EMANUELE	U.O. MEDICINA U.O. MEDICINA U.O. REUMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA (Fino alla conclusione del Progetto PsoCare)
ENNA	PO. ENNA			U.O. DERMATOLOGIA
MESSINA	A.O. OSPEDALI RIUNITI PAPARDO-PIEMONTE A.O.U.P. MESSINA	U.O. MEDICINA U.O. REUMATOLOGIA	U.O. GENETICA ED IMMUNOLOGIA PEDIATRICA	U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA
PALERMO	A.R.N.A.S. CIVICO A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO A.O.U.P. PALERMO	U.O. MEDICINA II U.O. REUMATOLOGIA c/o GERIATRIA U.O. REUMATOLOGIA	U.O. CLINICA PEDIATRICA	U.O. DERMATOLOGIA U.O. DERMATOLOGIA
RAGUSA	P.O. SCICLI	U.O. MEDICINA		
SIRACUSA	P.O. SIRACUSA	U.O. REUMATOLOGIA c/o MALATTIE INFETTIVE		U.O. DERMATOLOGIA
TRAPANI	P.O. TRAPANI	U.O. REUMATOLOGIA		U.O. DERMATOLOGIA

Allegato 5

Centri autorizzati alla formulazione della diagnosi e la prescrizione dei medicinali a base di ormone somatotropo e che fanno parte del registro nazionale degli assuntori dell'ormone della crescita

Provincia	Denominazione centro
CATANIA	Divisione Clinicizzata di Endocrinologia ARNAS "Garibaldi-S.Luigi Currò-Ascoli Tomaselli" P.O. Garibaldi-Nesima via Palermo, 636 - Catania
CATANIA	Clinica Pediatrica II Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico" via Santa Sofia, 78 - Catania
CATANIA	Servizio di Diabetologia/Stati Disendocrini Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" via Messina, 829 - Catania
ENNA	U.O. di Endocrinologia e auxologia IRCCS Oasi Maria SS via Conte Ruggero, 73 - Troina (EN)
MESSINA	Unità Operativa Complessa di Clinica Pediatrica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Martino" via Consolare Valeria - Messina
MESSINA	Unità Operativa Complessa di Clinica Pediatrica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Martino" via Consolare Valeria - Messina
MESSINA	U.O.C. Endocrinologia A. O. Ospedali Riuniti "Papardo -Piemonte" contrada Papardo - Messina
PALERMO	U.O. di Endocrinologia A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello" Presso Ospedale Cervello - Palermo via Trabucco, 180 - Palermo
PALERMO	U.O. di Endocrinologia Ped. 4 Clinica Pediatrica Ospedale G. Di Cristina piazza Porta Montalto 2 - Palermo
PALERMO	U.O.C. di Endocrinologia e Malattie Metaboliche Azienda Policlinico "P. Giaccone" via del Vespro, 129 - Palermo