



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 36 del 18/01/2023

OGGETTO: P.O. 2022-2025 – Punto 8.3.3 - Aggiornamento Centri Prescrittori - Revisione DCA n. 164/2018

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

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

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del 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 ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

PREMESSO CHE

- Con DCA n. 164/2018, 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, come indicati negli Allegati A, B e C dello stesso DCA;
- Il Programma Operativo 2022-2025 del Piano di rientro ha previsto al punto 8.3.3, l'Aggiornamento dei Centri Prescrittori di cui al DCA n. 164/2018;
- con DCA n. 70 del 08/07/2022 sono state aggiornate le Linee Guida e le modalità operative della "Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici" e della "Commissione Aziendale del Farmaco e dei Dispositivi Medici" definendo le nuove procedure di inserimento di un nuovo prodotto farmaceutico o di una nuova indicazione terapeutica nel Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), prevedendo che le richieste di valutazione per l'inserimento dei farmaci/estensioni di indicazione nel PTR possano essere inoltrate, oltre che dalle Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici (CAFDM), anche dalle Aziende Farmaceutiche, mediante apposita modulistica;

- con la nuova procedura viene garantito l'inserimento in PTR di farmaci ad accesso diretto, quali farmaci con requisito di innovatività, farmaci A-PHT, farmaci per malattie rare, farmaci per HIV, farmaci sottoposti a registro AIFA (web-monitoraggio-appropriatezza prescrittiva), per i quali le Aziende Farmaceutiche trasmettono richiesta di inserimento tramite apposita modulistica con tutta la documentazione necessaria nonché con la definizione del *Budget Impact* regionale e per Azienda del SSR;
- Il Prontuario Terapeutico Regionale ha carattere vincolante, così come le raccomandazioni in esso contenute;
- 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;
- L'elenco dei Centri Prescrittori è un elenco dinamico e in continua evoluzione nel rispetto dei provvedimenti adottati da AIFA, della riorganizzazione e delle modifiche del SSR, nonché dell'aggiornamento periodico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR);

CONSIDERATO che:

- l'AIFA, con proprie determinazioni, stabilisce che alcuni medicinali, per essere erogati a carico del SSN, siano soggetti a specifiche modalità prescrittive previste da Note con o senza scheda di diagnosi e terapia (PT), redatti da centri specializzati individuati dalle Regioni, rendendo necessario, al fine di assicurare uniformità di accesso alle terapie su tutto il territorio regionale, l'aggiornamento dell'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione come specificato nell'Allegato 1 che è parte integrante e sostanziale del presente atto;
- I Centri abilitati alla Prescrizione 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, nonché di erogazione diretta del primo ciclo di terapia tramite la Farmacia di riferimento dei Centri medesimi.
- I Centri abilitati alla Prescrizione, nel rispetto della continuità tra *Setting* ospedaliero e territoriale, al fine di assicurare al paziente la disponibilità del farmaco ad uso domiciliare, devono tempestivamente mettere in atto ogni procedura volta a coordinare la dimissione ospedaliera con la presa in carico del paziente da parte della Struttura Farmaceutica Territoriale dell'ASP di residenza dell'assistito. Tanto risulta rilevante soprattutto in caso di farmaci di nuovo inserimento in PTR il cui approvvigionamento richiede necessariamente tempi tecnici da parte della Struttura amministrativa dell'ASP interessata per assolvere alle procedure di competenza.

PRECISATO che:

- L'Allegato 1, contenente l'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione, potrà essere modificato e/o integrato periodicamente e parallelamente all'aggiornamento del PTR;
- Viene ribadito l'uso delle schede di diagnosi e terapia (PT) regionali per la prescrizione di:
 - Farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica (**Allegato 2**)
 - Eparine a basso peso molecolare erogate ai sensi della Legge 648/96 (**Allegato 3**)
 - Albumina umana (**Allegato 4**)
 - Farmaci soggetti a Nota AIFA 95 (**Allegato 5**)
 - Farmaci soggetti a Note AIFA 1-48 (**Allegato 6**)
 - Farmaci soggetti a Note AIFA 13 (**Allegato 7**)
- Qualora, per farmaci sottoposti a Piano Terapeutico, non sia stato definito da AIFA uno specifico modello (*Template*) e non sia presente una scheda di diagnosi e terapia (PT) regionale, dovrà essere compilata apposita scheda generica regionale predisposta (**Allegato 8**). Tale scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e riportare tutti i dati richiesti in quanto indispensabili non solo per la verifica di appropriatezza d'uso ma anche per la verifica dell'appartenenza del medico prescrittore al centro regionale autorizzato alla compilazione;
- L'assenza di uno degli elementi riportati nella scheda regionale di prescrizione e/o la compilazione da parte dei Centri individuati di un modello diverso dalla scheda di diagnosi e terapia (PT) regionale (Allegati 2, 3, 4 e 5) o da specifici *Template* definiti da AIFA, o dall'Allegato 6, 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 compilate in almeno 4 copie, di cui:
 - una rimane al 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, eventualmente anche attraverso l'invio *online*;
- Viene adottata la Scheda regionale per la Prescrizione di Farmaci ai sensi della L. 648/96 (**Allegato 9**)
- Le Direzioni Aziendali, tramite le Direzioni Sanitarie, possono inoltrare al Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco" - Dipartimento Tutela della Salute, tramite posta elettronica certificata farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, richieste motivate di modifica e/ o integrazione dei Centri identificati nel presente provvedimento, mediante compilazione di apposita modulistica (**Allegato 10**) supportate dai dati di attività per come previsto nel D.D.G. n. 2844/2017, D.D.G. n. 3692/2017 e nel D.D.G. n. 4488/2018, che saranno eventualmente formalmente autorizzati con specifico provvedimento;
- Le Strutture private accreditate di ricovero e cura (Ospedalità privata accreditata) potranno essere autorizzate alla stesura di Piani Terapeutici per l'area clinica cui afferisce la/le specialità medicinale/i interessata/e e per la quale sono accreditate, previa contrattazione degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva con le Direzioni delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza, al fine del monitoraggio della spesa farmaceutica indotta;
- Le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza delle Strutture private accreditate di ricovero e cura, devono inviare istanza di candidatura delle stesse mediante compilazione del modulo predisposto (**Allegato 11**) al Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco" - Dipartimento Tutela della Salute, tramite posta elettronica certificata farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, al fine di ottenere l'autorizzazione, monitorandone le prescrizioni;

PRECISATO, altresì, che:

- Laddove siano indicati quali Centri per le prescrizioni gli "Ambulatori specialistici territoriali", si precisa che sono da intendere quelli afferenti alle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza autorizzate alla prescrizione, i cui specialisti sono dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (SSR);
- Laddove siano indicati quali Centri per le prescrizioni gli "Ospedali Generali", si precisa che sono da intendere i Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Provinciali;
- 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 abilitati alla Prescrizione potrà essere inferiore ad uno per Provincia;
- 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 n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco", 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;
- 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 del 14/05/2018;
- I farmaci H-OSP, H/RNRL e H/RRL per somministrazione endovenosa in ambiente ospedaliero, dovranno essere erogati e somministrati esclusivamente a carico del Centro Prescrittore che dovrà

coordinarsi anticipatamente con la Farmacia Ospedaliera comunicando il numero di pazienti da trattare. Tali farmaci dovranno essere rendicontati tramite file F.

- La Regione adotterà ogni strumento utile, ricorrendo anche a sistemi informatizzati, al fine di prevenire gli errori di terapia e monitorare l'appropriatezza prescrittiva, secondo quanto previsto altresì dalle Raccomandazioni Ministeriali. I medici abilitati alla prescrizione dovranno attenersi alla prescrizione su Piano Terapeutico *online* qualora già previsto.

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), costituiscono elementi di verifica e conferma dell'autorizzazione alla prescrizione del singolo Specialista e del Centro Prescrittore e concorreranno al raggiungimento degli obiettivi da parte dei Commissari Straordinari/Direttori Generali delle Aziende a cui afferiscono i singoli Centri abilitati alla Prescrizione, in base a quanto previsto dal Programma Operativo 2022-2025 del Piano di rientro;

EVIDENZIATO che:

- I farmaci per i quali AIFA prevede l'individuazione di Centri abilitati alla Prescrizione, possono essere prescritti solo dopo individuazione degli stessi e degli Specialisti abilitati alla prescrizione e solo successivamente all'inserimento in PTR, ad eccezione dei farmaci ad accesso diretto (DCA 70/2022);
- Nei casi in cui lo Specialista ritenga indispensabile per il paziente un farmaco non presente in PTR, la prescrizione deve essere motivata utilizzando lo specifico modello "*Richiesta motivata personalizzata per Farmaci non presenti in PTR*" (Allegato 9 del DCA 70/2022);
- 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 sulla piattaforma *online*;
- La prescrizione dei farmaci soggetti a Piano Terapeutico è riservata agli Specialisti individuati e autorizzati dalla Regione Calabria in possesso dei requisiti di cui al D.D.G. n. 2844/2017, D.D.G. n. 3692/2017 e nel D.D.G. n. 4488/2018;

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 originator di riferimento. Per tale motivo, l'AIFA considera i biosimilari come prodotti intercambiabili con i corrispondenti originator di riferimento. Tale considerazione vale tanto per i pazienti naive 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/biologico a minor costo terapia come da aggiudicazioni aggiornate. 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)
- 3) In caso di manifestata reazione avversa, tra cui rientra anche l'inefficacia terapeutica, lo Specialista dovrà necessariamente allegare alla prescrizione la scheda di avvenuta segnalazione di reazione avversa sulla Rete Nazionale di Farmacovigilanza

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 e modificare gli Allegati A, B e C del DCA n. 164/2018 con un unico allegato (**Allegato 1**), ribadendo l'uso dei piani terapeutici regionali per la prescrizione di:
 - Farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia (**Allegato 2**)
 - Eparine a basso peso molecolare erogate ai sensi della Legge 648/96 (**Allegato 3**)
 - Albumina umana (**Allegato 4**)
 - Farmaci soggetti a Nota AIFA 95 (**Allegato 5**)
 - Farmaci soggetti a Note AIFA 1-48 (**Allegato 6**)
 - Farmaci soggetti a Note AIFA 13 (**Allegato 7**)
- Prevedere, qualora non sia stato definito da AIFA uno specifico modello (*Template*), e non sia presente una scheda di diagnosi e terapia (PT) regionale, la compilazione di apposita scheda generica regionale predisposta (**Allegato 8**). Tale scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e riportare tutti i dati richiesti in quanto indispensabili non solo per la verifica di appropriatezza d'uso ma anche per la verifica dell'appartenenza del medico prescrittore al centro regionale autorizzato alla compilazione;
- Adottare la Scheda regionale per la Prescrizione di Farmaci ai sensi della L. 648/96 (**Allegato 9**)
- Rendere la scheda di diagnosi e terapia (PT) non valida ai fini dell'erogazione dei medicinali a carico del SSR nel caso di incompleta compilazione e/o compilazione da parte dei centri individuati di un modello diverso dalla scheda di diagnosi e terapia (PT) regionale (Allegati 2, 3, 4 e 5) o da specifici *Template* definiti da AIFA, o dall'Allegato 6;
- Stabilire che 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, che si fa carico della prima prescrizione;
 - 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;
- Prevedere che le Direzioni Aziendali, tramite le Direzioni Sanitarie, possano inoltrare al Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco" - Dipartimento Tutela della Salute, tramite posta elettronica certificata farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, richieste motivate di modifica e/ o integrazione dei centri identificati nel presente provvedimento, mediante compilazione di apposita modulistica (**Allegato 10**) supportate dai dati di attività per come previsto nel D.D.G. n. 2844/2017, D.D.G. n. 3692/2017 e nel D.D.G. n. 4488/2018, che saranno eventualmente formalmente autorizzati con specifico provvedimento;
- Prevedere che le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza delle strutture private accreditate, possano inviare istanza di candidatura delle stesse mediante compilazione del modulo predisposto (**Allegato 11**) al Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco" - Dipartimento Tutela della Salute, tramite posta elettronica certificata farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, al fine di ottenere l'autorizzazione, monitorandone le prescrizioni;
- Adottare ogni strumento utile, ricorrendo anche a sistemi informatizzati, al fine di prevenire gli errori di terapia e monitorare l'appropriatezza prescrittiva, secondo quanto previsto altresì dalle Raccomandazioni Ministeriali, prevedendo che i medici abilitati alla prescrizione debbano attenersi alla prescrizione su Piano Terapeutico *online* qualora già previsto.

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 11352 del 11/01/2023.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE l'aggiornamento, le modifiche e le integrazioni degli allegati A, B, e C di cui al DCA n.

164/2018, con un unico allegato (**Allegato 1**) costituente parte integrante e sostanziale del presente atto, ribadendo l'uso dei piani terapeutici regionali per la prescrizione di:

- Farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia (**Allegato 2**)
- Eparine a basso peso molecolare erogate ai sensi della Legge 648/96 (**Allegato 3**)
- Albumina umana (**Allegato 4**)
- Farmaci soggetti a Nota AIFA 95 (**Allegato 5**)
- Farmaci soggetti a Note AIFA 1-48 (**Allegato 6**)
- Farmaci soggetti a Note AIFA 13 (**Allegato 7**)

DI STABILIRE CHE:

- Qualora non sia stato definito da AIFA uno specifico modello (*Template*), e non sia presente una scheda di diagnosi e terapia (PT) regionale, venga compilata apposita scheda generica regionale predisposta (**Allegato 8**). Tale scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e riportare tutti i dati richiesti in quanto indispensabili non solo per la verifica di appropriatezza d'uso ma anche per la verifica dell'appartenenza del medico prescrittore al centro regionale autorizzato alla compilazione
- Per la prescrizione dei farmaci ai sensi della L. 648/96 venga adottata apposita Scheda regionale (**Allegato 9**);
- Le Direzioni Aziendali tramite le Direzioni Sanitarie, possano inoltrare al Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco” - Dipartimento Tutela della Salute, tramite posta elettronica certificata farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, richieste motivate di modifica e/ o integrazione dei centri identificati nel presente provvedimento, mediante compilazione di apposita modulistica (**Allegato 10**) supportate dai dati di attività per come previsto nel D.D.G. n. 2844/2017, D.D.G. n. 3692/2017 e nel D.D.G. n. 4488/2018, che saranno eventualmente formalmente autorizzati con specifico provvedimento;
- Le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza delle Strutture private accreditate di ricovero e cura, possano inviare istanza di candidatura delle stesse mediante compilazione del modulo predisposto (**Allegato 11**) al Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate- Educazione all'uso consapevole del farmaco” - Dipartimento Tutela della Salute, tramite posta elettronica certificata farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, al fine di ottenere l'autorizzazione, monitorandone le prescrizioni;
- La Regione adotterà ogni strumento utile, ricorrendo anche a sistemi informatizzati, al fine di prevenire gli errori di terapia e monitorare l'appropriatezza prescrittiva, secondo quanto previsto altresì dalle Raccomandazioni Ministeriali. I medici prescrittori dovranno attenersi alla prescrizione su Piano Terapeutico *online* qualora già previsto.

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI NOTIFICARE

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

f.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

**Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie
Convenzionate, Educazione all’uso consapevole del Farmaco”**

Il Responsabile del Procedimento

f.to Dott.ssa Marianna Veraldi

Il Dirigente di Settore

f.to Dott.ssa Rita Francesca Scarpelli

Il Dirigente Generale

f.to Ing. Iole Fantozzi

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A | APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO | | | | | | | |
| A02BA01 | Cimetidina | os,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 48 |
| A02BA02 | Ranitidina | os,ev | RR | | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 48 |
| A02BA03 | Famotidina | os,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 48 |
| A02BA04 | Nizatidina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 48 |
| A02BB01 | Misoprostolo | os | RNR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 1 |
| A02BC01 | Omeprazolo | os,ev | RR/OSP | A/H | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 1, 48 |
| A02BC02 | Pantoprazolo | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 1, 48 |
| A02BC03 | Lansoprazolo | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 1, 48 |
| A02BC04 | Rabeprazolo | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 48 |
| A02BC05 | Esomeprazolo | os, ev | RR/OSP | A/H | Scheda Regionale DCA Nota 1-48 | | | 1, 48 |
| A04AA05 | Palonosetron | ev | OSP | H | | | Hub, Spoke e Ospedali Generali: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A04AA55 | Palonosetron/netupitant | os | RRL | H | | | Hub, Spoke e Ospedali Generali: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| A05AA03 | Acido colico | os | RNRL | H | | Trattamento dei difetti congeniti della sintesi degli acidi biliari primari causati dal deficit di 3β-idrossi-Δ5-C27-steroido ossidoreduttasi o deficit di Δ4-3- ossosteroido-5β-reduktasi in lattanti, bambini e adolescenti da 1 mese a 18 anni di età e negli adulti. | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A05AA04 | Acido obeticolico | os | RRL | H | PT cartaceo AIFA | Trattamento della colangite biliare primitiva (PBC, primary biliary cholangitis) (nota anche come cirrosi biliare primitiva) in combinazione con acido ursodesossicolico (UDCA) negli adulti con risposta inadeguata all'UDCA o come monoterapia negli adulti che non tollerano l'UDCA | Hub: - Medicina Generale - Gastroenterologia | |
| A05AA04 | Acido obeticolico | os | RRL | H | PT cartaceo AIFA | Trattamento della colangite biliare primitiva (PBC, primary biliary cholangitis) (nota anche come cirrosi biliare primitiva) in combinazione con acido ursodesossicolico (UDCA) negli adulti con risposta inadeguata all'UDCA o come monoterapia negli adulti che non tollerano l'UDCA | Hub: - Medicina Generale - Gastroenterologia | |
| A06AH01 | Metilnaltrexone bromuro | sc | RR | A | | La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA-IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: terapia cronica e continuativa con oppiacei resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Neurologia - Terapia del dolore - Cure palliative Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | 90 |
| A06AH03 | Naloxegol | os | RR | A | | La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA-IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: terapia cronica e continuativa con oppiacei resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Neurologia - Terapia del dolore - Cure palliative Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | 90 |
| A06AH05 | Naldemedina | os | RR | A | | La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA-IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: terapia cronica e continuativa con oppiacei resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Neurologia - Terapia del dolore - Cure palliative Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche (DCA 70/2022) | 90 |
| A07AA11 | Rifaximina | os | RR/RRL* | A-PHT | | Riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età superiore 0 uguale a 18 anni | Hub, Spoke e Ospedali Generali: - Malattie infettive - Medicina Interna - Gastroenterologia | |
| A10AE04 | Insulina Glargine | sc | RR | A-PHT | | | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A10AE04 | Insulina Glargine Biosimilare | sc | RR | A-PHT | | | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello | |
| A10AE06 | Insulina degludec | sc | RRL | A-PHT | PT cartaceo AIFA | | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | |
| A10AE54 | Insulina glargine/lixisenatide | sc | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10AE56 | Insulina degludec/liraglutide | sc | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD07 | Sitagliptin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD08 | Vildagliptin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD09 | Alogliptin + pioglitazone | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD10 | Saxagliptin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------|-----------|--------------|------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A10BD11 | Linagliptin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD13 | Alogliptin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD15 | Dapaglifozin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD16 | Canaglifozin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD19 | Empaglifozin + linagliptin | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello | 100 |
| A10BD20 | Empaglifozin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BD21 | Saxagliptin + dapaglifozin | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello | 100 |
| A10BD23 | Ertuglifozin + metformina | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello | 100 |
| A10BD24 | Ertuglifozin + sitagliptin | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello | 100 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A10BH01 | Sitagliptin | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |
| A10BH02 | Vildagliptin | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Indicato, in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico, per migliorare il controllo glicemico nei pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2: come monoterapia, in pazienti per i quali la terapia con metformina è inappropriata a causa di controindicazioni o intolleranza; in associazione con altri medicinali per il trattamento del diabete, compresa l'insulina, quando questi medicinali non forniscono un adeguato controllo glicemico | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |
| A10BH03 | Saxagliptin | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Indicato in pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico per migliorare il controllo glicemico: in monoterapia quando la metformina non è appropriata a causa di intolleranza o controindicazioni. in associazione con altri medicinali per il trattamento del diabete, inclusa l'insulina, quando questi non forniscono un controllo adeguato della glicemia | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |
| A10BH04 | Alogliptin | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Indicato negli adulti di età pari o superiore a 18 anni affetti da diabete mellito di tipo 2 per migliorare il controllo glicemico in combinazione ad altri medicinali ipoglicemizzanti inclusa insulina basale, quando questi, unitamente a dieta ed esercizio fisico, non forniscono un adeguato controllo glicemico | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Nota prot. 427568 del 29/12/2020</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |
| A10BH05 | Linagliptin | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | In aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico è indicato per migliorare il controllo della glicemia negli adulti con diabete mellito di tipo 2: come monoterapia quando la metformina non è appropriata a causa di intolleranza o è controindicata a causa della compromissione renale. come terapia di associazione in associazione con altri medicinali per il trattamento del diabete, compresa l'insulina, quando questi non forniscono un adeguato controllo della glicemia | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |
| A10BJ01 | Exenatide | sc | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Indicato in pazienti adulti, a partire dai diciotto anni di età con diabete mellito di tipo 2 per migliorare il controllo glicemico in associazione con altri medicinali ipoglicemizzanti inclusa insulina basale, quando la terapia in uso, insieme alla dieta all'esercizio fisico, non fornisce un adeguato controllo glicemico. Per i risultati degli studi relativi alle associazioni, effetti sul controllo glicemico ed eventi cardiovascolari, e sulle popolazioni esaminate | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |
| A10BJ02 | Liraglutide | sc | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito tipo 2 non adeguatamente controllato in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete. | <p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria</p> | 100 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A10BJ03 | Lixisenatide | sc | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Trattamento di adulti con diabete mellito di tipo 2 per ottenere il controllo glicemico in associazione con antidiabetici orali e/o insulina basale quando questi, insieme con la dieta e l'esercizio fisico, non forniscono un adeguato controllo glicemico | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BJ05 | Dulaglutide | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BJ06 | Semaglutide | sc,os | RRL/RR | A | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BK01 | Dapaglifozin | os | RR/RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BK01 | Dapaglifozin | os | RR/RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia | |
| A10BK02 | Canaglifozin | os | RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello | 100 |
| A10BK03 | Empaglifozin | os | RR/RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A10BK03 | Empaglifozin | os | RR/RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A10BK04 | Ertuglifozin | os | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 | Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Endocrinologia - Geriatria | 100 |
| A12AA12 | Calcio acetato anidro | os | RR | A | | | Hub e Spoke: - Nefrologia - Emodialisi | |
| A16AA01 | Levocarnitina | ev | RR | A-PHT | | carezza primaria di carnitina | Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Generale | 8 |
| A16AA01 | Levocarnitina | ev | RR | A-PHT | | carezza di carnitina secondaria a trattamento dialitico | Hub e Spoke: - Nefrologia - Emodialisi | 8 |
| A16AA04 | Mercaptamina bitartrato | os | RNRL | A-PHT | | | Hub: - Pediatria - Nefrologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AA04 | Mercaptamina bitartrato | os | RNRL | A-PHT | | Trattamento della cistinosi nefropatica manifesta. La cisteamina riduce l'accumulo della cistina in alcune cellule (ad esempio leucociti e cellule muscolari ed epatiche) di pazienti con cistinosi nefropatica e, se il trattamento è iniziato precocemente, ritarda la comparsa dell'insufficienza renale | Hub: - Nefrologia - Pediatria (Rete Regionale Malattie Rare) | |
| A16AA05 | Acido carginico | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Pediatria - Medicina Generale | |
| A16AA06 | Betaina anidra | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pediatria - Medicina Generale - Epatologia - Nefrologia | |
| A16AA07 | Metreleptina | ev | RRL | H | | Indicato in aggiunta alla dieta come terapia sostitutiva per il trattamento delle complicanze da deficit di leptina in pazienti affetti da lipodistrofia (LD): • con diagnosi confermata di LD generalizzata congenita (sindrome di Berardinelli-Seip) o di LD generalizzata acquisita (sindrome di Lawrence) negli adulti e nei bambini di età pari o superiore a 2 anni; • con diagnosi confermata di LD parziale familiare o di LD parziale acquisita (sindrome di Barraquer-Simons) negli adulti e nei bambini di età pari o superiore a 12 anni, per i quali le terapie standard non sono riuscite a raggiungere un controllo metabolico adeguato | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Pediatria | |
| A16AB02 | Imiglucerasi | ev | OSP | H | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A16AB04 | Agalsidasi beta | ev | OSP | H | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB05 | Laronidasi | ev | RR | H | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB07 | A-glicosidasi alfa | ev | OSP | H | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB09 | Idursulfase | ev | RR | H | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB14 | Sebelipasi alfa | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato per la terapia enzimatica sostitutiva (TES) a lungo termine in pazienti affetti da deficit di lipasi acida lisosomiale (LAL) ad esordio precoce (entro il primo anno di vita) e a rapida progressione | Hub: - Endocrinologia - Pediatria - Neonatologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB15 | Velmanase alfa | ev | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Terapia enzimatica sostitutiva per il trattamento di manifestazioni non neurologiche in pazienti affetti da alfa-mannosidosi da lieve a moderata | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB17 | Cerliponase alfa | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento della patologia ceroidolipofuscinosi neuronale di tipo 2 (CLN2), nota anche come carenza di tripeptidil-peptidasi 1 (TPP-1) | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB18 | Vestronidasi alfa | ev | OSP | H | | Indicato per la cura di manifestazioni non neurologiche di mucopolisaccaridosi VII (MPS VII; sindrome di Sly). | Hub: - Pediatria - Medicina interna Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB19 | Pegvaliase | sc | RRL | H | | Indicato per il trattamento di pazienti affetti da fenilchetonuria (PKU), di eta' pari e superiore ai sedici anni, che hanno un controllo inadeguato della fenilalanina ematica (livelli ematici di fenilalanina maggiori di 600 micromol/L) nonostante il trattamento precedente con le opzioni terapeutiche disponibili | Hub: - Pediatria - Medicina interna Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AB21 | Atidarsagene autotemcel | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento della leucodistrofia metacromatica (MLD) caratterizzata da mutazioni bialleliche del gene arilsulfatasi A (ARSA) che comportano una riduzione dell'attività enzimatica di ARSA: - nei bambini con forme infantili tardive o giovanili precoci, senza manifestazioni cliniche della malattia, - nei bambini con la forma giovanile precoce, con manifestazioni cliniche precoci della malattia, che conservano la capacità di camminare autonomamente e prima dell'inizio del declino cognitivo | IRCCS San Raffaele di Milano Pediatria Immunoematologica | |
| A16AX03 | Sodio fenilbutirrato | os | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Pediatria - Neurologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| A16AX04 | Nittsinone | os | RR | A-PHT | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AX05 | Zinco acetato | os | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Pediatria - Epatologia - Neurologia - Neuropsichiatria | |
| A16AX06 | Miglustat | os | RRL | A-PHT | | Trattamento delle manifestazioni neurologiche progressive in pazienti adulti ed in pazienti in età pediatrica affetti dalla malattia di Niemann-Pick di tipo C. | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AX07 | Sapropterin | os | RRL | A-PHT | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AX08 | Teduglutide | sc | RRL | H | | Trattamento di pazienti di 1 anno di età e oltre affetti da sindrome dell'intestino corto (SBS). I pazienti devono essere in condizioni stabili dopo un periodo di adattamento dell'intestino a seguito dell'intervento | Hub e Spoke: - Gastroenterologia | |
| A16AX10 | Eliglustat | os | RRL | A-PHT | | Trattamento a lungo termine di pazienti adulti con malattia di Gaucher di tipo 1 (GD1) che sono metabolizzatori lenti (poor metabolisers, PMs), metabolizzatori intermedi (intermediate metabolisers, IMs) o metabolizzatori estensivi (extensive metabolisers, EMs) per CYP2D6. | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AX12 | Trientina tetraidrocloridrato | os | RNRL | A-PHT | | Indicato per il trattamento del morbo di Wilson in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 5 anni intolleranti alla terapia con D-penicillamina | Hub: - Medicina Interna - Pediatria - Epatologia - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AX14 | Migalastat | os | RRL | A-PHT | | 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 -galattosidasiA) e caratterizzati da una mutazione suscettibile | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| A16AX16 | Givosiran | sc | RRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento della porfiria epatica acuta (AHP) in adulti e adolescenti di età pari e superiore ai dodici anni. | Hub: - Medicina - Epatologia - Ematologia | |
| A16AX18 | Lumasiran | sc | RRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento dell'iperossaluria primitiva di tipo 1 (PH1) in tutte le fasce d'età | Hub: - Pediatria - Nefrologia - Endocrinologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| B | SISTEMA SANGUE ED EMOPOIESI | | | | | | | |
| B01AA03 | Warfarin | os | RR | A | | La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97 | | 97 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B01AA07 | Acenocumarolo | os | RR | A | | La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97 | | 97 |
| B01AB04 | Dalteparina Sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO per le pazienti a rischio | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 295 del 19.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB04 | Dalteparina Sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB04 | Dalteparina Sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015 | Legge 648/96 |
| B01AB05 | Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare | sc,ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO per le pazienti a rischio | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 295 del 19.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB05 | Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare | sc,ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB05 | Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare | sc,ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) (Legge 648/96) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015 | Legge 648/96 |
| B01AB06 | Nadroparina Calcica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO per le pazienti a rischio | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 295 del 19.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB06 | Nadroparina Calcica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB06 | Nadroparina Calcica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015 | Legge 648/96 |
| B01AB07 | Parnaparina | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016 | Legge 648/96 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------|-----------|--------------|------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B01AB07 | Parnaparina | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015 | Legge 648/96 |
| B01AB08 | Reviparina Sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB08 | Reviparina Sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) (Legge 648/96) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015 | Legge 648/96 |
| B01AB09 | Danaparoid | ev | RR | H | | Trattamento di disturbi tromboembolici in pazienti che necessitano di anticoagulazione parenterale urgente a causa dello sviluppo o di anamnesi di HIT | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| B01AB09 | Danaparoid | ev | RR | H | | Prevenzione della trombosi venosa profonda (TVP) in situazioni in cui non deve essere usata l'eparina, compresi pazienti con trombocitopenia indotta da eparina (HIT) | Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Interna - Chirurgia - Ematologia | |
| B01AB12 | Bemiparina sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY | GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016 | Legge 648/96 |
| B01AB12 | Bemiparina sodica | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA EBPM | Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015 | Legge 648/96 |
| B01AC09 | Epoprostenolo | ev | RRL | H | | | Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) | |
| B01AC11 | Iloprost Sale Di Trometamolo | ev | RRL | A-PHT | | Ipertensione polmonare | Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) - Cardiologia Riabilitativa (AOU CZ) - Pneumologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | |
| B01AC22 | Prasugrel | os | RR | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Sindrome coronarica acuta | Hub e Spoke: - Cardiologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B01AC24 | Ticagrelor | os | RR | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | In associazione con acido acetilsalicilico (ASA), è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti con sindrome coronarica acuta (SCA) o storia di infarto miocardico (IM) ed un alto rischio di sviluppare un evento aterotrombotico | Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Interna - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | |
| B01AC25 | Cangrelor | ev | OSP | H | | In co-somministrazione con acido acetilsalicilico (ASA), è indicato per la riduzione degli eventi cardiovascolari trombotici nei pazienti adulti con cardiopatia coronarica sottoposti a intervento coronarico percutaneo (PCI, percutaneous coronary intervention) che non hanno ricevuto un inibitore orale del recettore P2Y12 prima della procedura di PCI e nei quali la terapia con gli inibitori del recettore P2Y12 per via orale non è fattibile o auspicabile | Hub: - Cardiologia | |
| B01AC27 | Selexipag | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento a lungo termine dell'ipertensione arteriosa polmonare (IAP) in pazienti adulti in Classe Funzionale (FC) WHO II e III, sia come terapia di combinazione nei pazienti controllati in maniera insufficiente con un antagonista recettoriale dell'endotelina (ERA) e/o un inibitore della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5), che in monoterapia nei pazienti che non sono candidabili a tali terapie. L'efficacia è stata dimostrata in una popolazione di pazienti con IAP comprendente l'IAP idiopatica ed ereditaria, l'IAP associata a malattie del tessuto connettivo e l'IAP associata a cardiopatie congenite semplici corrette. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Pneumologia - Reumatologia | |
| B01AD02 | Alteplase | ev | OSP | H | | | Hub e Spoke: - Neurologia - Cardiologia - Emodinamica | |
| B01AE07 | Dabigatran etexilato | os | RRL | A | Sistema TS | Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV) | Indicazioni cardiologiche Hub e Spoke e Ospedale di Zona Montana: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | 97 |
| B01AE07 | Dabigatran etexilato | os | RRL | A | PT web-based AIFA | Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) | <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | 97 |
| B01AE07 | Dabigatran etexilato | os | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Trattamento Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) | <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | 97 |
| B01AF01 | Rivaroxaban | os | RRL | A | Sistema TS | Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV) | Indicazioni cardiologiche Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | 97 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B01AF02 | Rivaroxaban | os | RRL | A | | Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) | <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | 97 |
| B01AF03 | Rivaroxaban | os | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Trattamento Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) | <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | 97 |
| B01AF02 | Rivaroxaban | os | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei neonati a termine, nei lattanti e bambini piccoli, nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a 18 anni dopo almeno 5 giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale | | |
| B01AF02 | Rivaroxaban | os | RRL | A-PHT | | <ul style="list-style-type: none"> • 1 mg/ml - granuli per sospensione orale - "trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei neonati a termine, nei lattanti e bambini piccoli, nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a diciotto anni dopo almeno cinque giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale" • 15 mg - compressa rivestita con film - "trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a diciotto anni e peso compreso tra 30 kg e 50 kg dopo almeno cinque giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale" • 20 mg - compressa rivestita con film - "trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a diciotto anni e peso superiore a 50 kg dopo almeno cinque giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale" | Hub e Spoke: - Pediatria - Cardiologia - Medicina Interna - Ematologia | |
| B01AF02 | Apixaban | os | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97 Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV) | Indicazioni cardiologiche Hub e Spoke e Ospedale di Zona Montana: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | 97 |
| B01AF02 | Apixaban | os | RRL | A-PHT | | La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97 Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) | <u>Indicazioni cardiologiche</u> Hub e Spoke e Ospedale di Zona Montana: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | |
| B01AF02 | Apixaban | os | RRL | A-PHT | | La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97 Trattamento Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) | | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B01AF03 | Edoxaban | os | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | 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). | <u>Indicazioni cardiologiche</u> Hub e Spoke e Ospedale di Zona Montana: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | 97 |
| B01AF04 | Edoxaban | os | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP ed EP negli adulti. | <u>Indicazioni cardiologiche</u> Hub e Spoke e Ospedale di Zona Montana: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) <u>Indicazioni non cardiologiche</u> Hub e Spoke: - Ortopedia <u>Per tutte le indicazioni</u> - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona) | |
| B01AX07 | Caplacizumab | ev | RRL | H | | Trattamento negli adulti degli episodi di porpora trombotico-trombocitopenica (PTT) acquisita, in associazione a plasmateresi (plasma exchange, PE) e immunosoppressione. | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| B02AB02 | Alfa1-antitripsina | ev | RNRL | H | | Terapia cronica sostitutiva in soggetti con carenza congenita di inibitore dell'alfa1-proteinasi | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| B02BD | Complesso Protrombinico Umano | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD01 | Fattore IX, II, VII, X della coagulazione, prot. c, prot. s. | ev | OSP | H | | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD02 | Efmoroctocog | ev | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti con emofilia A (deficit congenito di fattore VIII). Può essere utilizzato in tutte le fasce d'età. | Servizio trasfusionale di Emofilia/Ematologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B02BD02 | Moroctocog Alfa - (Fattore VIII di Coagulazione, Ricombinante) | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD02 | Octocog alfa | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD02 | Fattore VIII Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD02 | Turoctocog alfa | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD02 | Turoctocog alfa pegol | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti a partire da 12 anni affetti da emofilia A (deficit congenito di fattore VIII). | Centri Emostasi e Trombosi (AO CS,AO CZ,GOM RC) | |
| B02BD02 | Lonoctocog | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti affetti da emofilia A (deficit congenito del fattore VIII). Può essere utilizzato in pazienti di tutti i gruppi di età. | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD02 | Rurioctocog Alfa Pegol | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti dai 12 anni in poi affetti da emofilia A | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| B02BD02 | Damoctocog Alfa Pegol | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti dai 12 anni in poi affetti da emofilia A | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| B02BD03 | Complesso protrombinico attivato- fattore VIII | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD04 | Fattore IX Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD04 | nonacog beta pegilato - fattore IX di coagulazione ricombinante | ev | RR | A-PHT | | Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti da 12 anni in su affetti da emofilia B (deficit congenito di fattore IX) | Hub: - Centri di Emofilia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B02BD04 | Eftrenonacog | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti con emofilia B (deficit congenito di fattore IX) | Servizio trasfusionale di Emofilia/Ematologia | |
| B02BD04 | Albutrepenonacog alfa | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e la profilassi dell'emorragia nei pazienti con emofilia B (carenza congenita di fattore IX); può essere usato per tutti i gruppi d'età. | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD04 | Albutrepenonacog alfa | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e la profilassi dell'emorragia nei pazienti con emofilia B (carenza congenita di fattore IX); può essere usato per tutti i gruppi d'età. | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD04 | Nonacog gamma | ev | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti affetti da emofilia B (deficit congenito di fattore IX), adatto a pazienti di tutte le fasce di età. | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD05 | Fattore VII della coagulazione sangue umano liofilizzato | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD06 | Fattore Von Willebrand umano | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD09 | Nonacog alfa (Fattore IX di Coagulazione, Ricombinante) | ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B01BD11 | Catridecacog | ev | OSP | H | | | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BD14 | Susoctocog alfa | ev | OSP | H | | Negli adulti per il trattamento degli episodi emorragici in pazienti con emofilia acquisita causata da anticorpi nei confronti del fattore VIII. | Hub: - Centri di Emofilia | |
| B02BX04 | Romiplostim | sc | RR | H | | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) Spoke: - Ematologia (KR) - Microcitemia (KR) | |
| B02BX05 | Eltrombopag | ev,os | RR | H | | Indicato in pazienti di età superiore ad 1 anno per il trattamento della trombocitopenia immune primaria (ITP) che sono refrattari ad altri trattamenti (ad esempio corticosteroidi, immunoglobuline) | <u>Per indicazione adulti</u> Hub: - Ematologia (Rete Regionale Malattie Rrare) <u>Per indicazione pediatrica</u> Hub: - Oncoematologia Pediatrica (AO CS); - Ematologia Pediatrica (AO CZ, GOM RC) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B02BX05 | Eltrombopag | | | | | 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>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia - Oncoematologia - Centro Trapianti Midollo Osseo (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia (Rossano-Corigliano) - Oncologia (Rossano-Corigliano) - Ematologia-Microcitemia (PO KR) <p>(DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| B02BX06 | Emicizumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Profilassi di routine degli episodi emorragici in pazienti affetti da emofilia A severa (deficit congenito di fattore VIII, FVIII < 1%) senza inibitori del fattore VIII. Il farmaco può essere usato in tutte le fasce d'età | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centri Emostasi e Trombosi AO CS, AO CZ, GOM RC | |
| B02BX07 | Lusutrombopag | os | RNRL | H | | Trattamento della trombocitopenia severa in pazienti adulti affetti da malattia epatica cronica sottoposti a procedure invasive | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia - Medicina Interna - Gastroenterologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> | |
| B02BX08 | Avatrombopag | os | RR | H | | Trattamento della trombocitopenia immune (immune thrombocytopenia, ITP) primaria cronica nei pazienti adulti refrattari ad altri trattamenti (ad es. corticosteroidi, immunoglobuline) | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> | |
| B02BX08 | Avatrombopag | os | RR | H | | Trattamento della trombocitopenia grave, nei pazienti adulti con malattia epatica cronica (CLD) e programmati per essere sottoposti a una procedura invasiva | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia - Medicina Interna - Gastroenterologia | |
| B02BX09 | Fostamatinib | os | RRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento della trombocitopenia immune (immune thrombocytopenia, ITP) cronica in pazienti adulti refrattari a trattamenti di prima linea quali corticosteroidi e immunoglobuline in vena e refrattari o che presentino controindicazioni ad almeno uno tra tpora e rituximab | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> | |
| B03AC | Derisomaltosio ferrico | ev | OSP | H | | Indicato negli adulti per il trattamento della carenza di ferro nelle seguenti condizioni: - quando le preparazioni di ferro per via orale sono inefficaci o non possono essere utilizzate; - quando vi è l'esigenza clinica di somministrare ferro rapidamente. | Uso esclusivo in ambiente ospedaliero | |
| B03XA01 | Eritropoietina alfa originator e biosimilare | ev,sc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B03XA01 | Eritropoietina beta | ev,sc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi | |
| B03XA01 | Eritropoietina zeta | ev,sc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi | |
| B03XA01 | Eritropoietina teta | ev,sc | RNRL | A | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B03XA02 | Darbepoietina Alfa | ev,sc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi | |
| B03XA03 | Metossipolietylenglicole-epoetina beta | ev,sc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi | |
| B03XA06 | Luspatercept | sc | RNRL | A | PT web-based AIFA | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione dipendente dovuta a sindrome mielodisplastica (SMD) a rischio molto basso, basso e intermedio, che presentano sideroblasti ad anello con risposta insoddisfacente o non idonei a terapia basata su eritropoietina. | Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) - Microcitemia (GOM RC) - Ematocologia pediatrica (AO CZ) - SOC Medicina Generale - Unità Funzionale Multidisciplinare per la Talassemia (PO Locri-ASP RC) - Centro Emostasi e Trombosi (AO CS) | |
| B03XA06 | Luspatercept | sc | RNRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione dipendente, associata a beta-talassemia. | Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) - Microcitemia (GOM RC) - Ematocologia pediatrica (AO CZ) - SOC Medicina Generale - Unità Funzionale Multidisciplinare per la Talassemia (PO Locri-ASP RC) - Centro Emostasi e Trombosi (AO CS) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B05AA01 | Albumina Umana Soluzione | ev | RR | A/C | Scheda Regionale DCA Nota 15 | In seguito a paracentesi evacuativa nella cirrosi epatica grave | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Intensiva - Rianimazione - Chirurgia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Ematologia - Oncologia - Ginecologia - Cardiologia - Malattie infettive - Pneumologia - Servizi trasfusionali - Geriatria - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi <p>- Medicina (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC - Nota prot. n. 427568 del 29/12/2020)</p> | 15 |
| B05AA01 | Albumina Umana Soluzione | ev | RR | A/C | Scheda Regionale DCA Nota 15 | Grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento, non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Intensiva - Rianimazione - Chirurgia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Ematologia - Oncologia - Ginecologia - Cardiologia - Malattie infettive - Pneumologia - Servizi trasfusionali - Geriatria - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi <p>- Medicina (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC - Nota prot. n. 427568 del 29/12/2020)</p> | 15 |
| B06AC01 | Inibitore umano della C1-esterasi | ev,sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| B06AC01 | Inibitore umano della C1-esterasi | ev,sc | RR | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Prevenzione degli attacchi di angioedema ereditario (HAE) ricorrenti negli adolescenti e negli adulti con deficit di inibitore della C1-esterasi | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| B06AC02 | Icatibant acetato | sc | RR | 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 | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| B06AC05 | Lanadelumab | sc | RR | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | | | |
| B06AX01 | Crizanlizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Prevenzione delle crisi vasoocclusive (vaso occlusive crises - VOC) ricorrenti nei pazienti con malattia a cellule falciformi di età uguale e superiore a 16 anni. Può essere somministrato come terapia aggiuntiva a idrossiurea/idrossicarbamide (HU/HC) o come monoterapia in pazienti per i quali il trattamento con HU/HC è inappropriato o inadeguato | Hub: - Ematologia - Pediatria - Centri Emostasi e Trombosi Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| C | SISTEMA CARDIOVASCOLARE | | | | | | | |
| C01BD07 | Dronedarone | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | 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 | Hub e Spoke: - Cardiologia - Cardiocirurgia - Medicina e Chirurgia d'accettazione urgenza (MCAE) | |
| C01EB18 | Ranolazina | os | RR | A-PHT | | 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, come i betabloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano | Hub e Spoke: - Cardiologia - Geriatria - Medicina Generale Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Geriatria - Medicina Interna | |
| C01EB21 | Regadenoson | ev | OSP | C | | Medicinale solo per uso diagnostico. Vasodilatatore coronarico selettivo da utilizzarsi negli adulti come agente per stress farmacologico per: • l'imaging di perfusione miocardica (myocardial perfusion imaging, MPI) con radionuclidi in pazienti incapaci di sottoporsi a un adeguato sforzo fisico. • la misurazione della riserva frazionale di flusso (FFR) di una singola stenosi dell'arteria coronaria durante l'angiografia coronarica invasiva, quando non sono previste misurazioni ripetute dell'FFR | Hub e Spoke: - Medicina Nucleare | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| C02KX01 | Bosentan | os | RRL | A-PHT | | Ipertensione Arteriosa | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ , GOM RC, AOU CZ) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) - Medicina Generale (AO CZ) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | |
| C02KX01 | Bosentan | os | RRL | A-PHT | | Sclerodermia | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale | |
| C02KX01 | Bosentan | os | RRL | A-PHT | | Ulcere digitali | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale | |
| C02KX02 | Ambrisentan | os | RRL | A-PHT | | Ipertensione Arteriosa | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ , GOM RC, AOU CZ) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | |
| C02KX02 | Ambrisentan | os | RRL | A-PHT | | Sclerodermia | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale | |
| C02KX04 | Macitentan | os | RRL | A-PHT | | Ipertensione Arteriosa | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ , GOM RC, AOU CZ) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) | |
| C02KX05 | Riociguat | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Pneumologia - Cardiocirurgia - Reumatologia (GOM RC) | |
| C03XA01 | Tolvaptan | os | RNRL | A-PHT/H | Scheda multifarmaco semplificata AIFA | Indicato per rallentare la progressione dello sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associata al rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con CKD di stadio da 2 a 4 precoce (GFR ₂₅ mL/min) all'inizio del trattamento, con evidenza di malattia in rapida progressione. | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nefrologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| C07AA05 | Propranololo Cloridrato | os | RR/RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub: - Pediatria - Neonatologia - Chirurgia Pediatrica - Chirurgia Vascolare - Dermatologia - Cardiologia Pediatrica - Chirurgia Plastica | |
| C07AB14 | Landiololo Cloridrato | ev | OSP | C | | Tachicardia sopraventricolare e per il rapido controllo della frequenza ventricolare in pazienti con fibrillazione atriale o flutter atriale in circostanze perioperatorie, postoperatorie o di altro genere, dove si giudichi necessario il controllo a breve termine della frequenza ventricolare con un farmaco di breve durata d'azione. | Hub e Spoke: -Cardiologia | |
| C07AB14 | Landiololo Cloridrato | ev | OSP | C | | Tachicardia sinusale non compensatoria laddove, secondo il giudizio del medico, la frequenza cardiaca accelerata richieda un intervento specifico | Hub e Spoke: -Cardiologia | |
| C08CA16 | Clevidipina | ev | OSP | H | | Indicato per la rapida riduzione della pressione arteriosa durante la fase perioperatoria | Hub e Spoke: - Cardiologia interventistica - Cardiocirurgia | |
| C09DX04 | Sacubitril/valsartan | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Cardiologia - Geriatria | |
| C10AA01 | Simvastatina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AA02 | Lovastatina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AA03 | Pravastatina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AA04 | Fluvastatina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AA05 | Atorvastatina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AA07 | Rosuvastatina | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| C10AB02 | Bezafibrato | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AB04 | Gemfibrozil | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AB05 | Fenofibrato | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AX06 | Omega 3 trigliceridi inclusi altri esteri ed acidi | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AX09 | Ezetimibe | os | RR | A | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | | | 13 |
| C10AX12 | Lomitapide | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Endocrinologia - Medicina Generale | |
| C10AX13 | Evolocumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | In adulti con ipercolesterolemia primaria (familiare eterozigote o non familiare) con dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: • in associazione con una statina a una statica con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi per il colesterolo trasportato dalle lipoproteine a bassa densità (LDL-C) con la dose massima tollerata di statine • in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia | |
| C10AX14 | Alirocumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | In adulti con ipercolesterolemia primaria (familiare eterozigote o non familiare) con dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: • in associazione con una statina a una statica con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi per il colesterolo trasportato dalle lipoproteine a bassa densità (LDL-C) con la dose massima tollerata di statine • in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia | |
| C10AX16 | Inclisiran | sc | RRL | A | Registro web-based AIFA | Indicato in adulti con ipercolesterolemia primaria (eterozigote familiare e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: in associazione a una statina o una statina con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi per l'LDL-C con la dose massima tollerata di una statina, oppure: in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali una statina è controindicata | Hub, Spoke: - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------|-----------|--------------|------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| C10AX16 | Inclisiran | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in adulti con ipercolesterolemia primaria (eterozigote familiare e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: in associazione a una statina o una statina con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi per l'LDL-C con la dose massima tollerata di una statina, oppure: in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali una statina è controindicata | Hub, Spoke: - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia | |
| C10AX18 | Volanesorsen | sc | RRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato come coadiuvante della dieta in pazienti adulti affetti da sindrome da chilomicronemia familiare (FCS) confermata geneticamente e ad alto rischio di pancreatite, in cui la risposta alla dieta e alla terapia di riduzione dei trigliceridi è stata inadeguata | Hub: - Medicina Interna - Endocrinologia | |
| C10AB05 | Atorvastatina/Ezetimibe | os | RR | A/C | Scheda Regionale DCA Nota 13-94 | <u>Classe A:</u> In aggiunta alla dieta come terapia sostitutiva in pazienti adulti per il trattamento dell'ipercolesterolemia primaria, incluso l'ipercolesterolemia familiare (variante eterozigote) o iperlipidemia combinata (mista), già adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati insieme con lo stesso dosaggio dell'associazione a dose fissa, ma come medicinali diversi | | 13 |
| D | DERMATOLOGICI | | | | | | | |
| D03BA | Enzimi proteolitici | loc | OSP | H | | Rimozione dell'escara in ustioni profonde a spessore parziale o completo | Centro Grandi Ustionati | |
| D06BB10 | Imiquimod 5% | loc | RRL | A-PHT | PT cartaceo AIFA | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Ginecologia - Oncologia - Dermatologia | |
| D06BB10 | Imiquimod 3,75% | loc | RRL | A | Scheda Regionale DCA Nota 95 | Cheratosi attinica limitat ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero >6 Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 95 |
| D06BX03 | Tirbanibulina | loc | RRL | A | Scheda Regionale DCA Nota 95 | Trattamento cutaneo della cheratosi attinica, non ipercheratosica, non ipertrofica (Olsen di grado 1) del viso o del cuoio capelluto, negli adulti | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 95 |
| D07AB19 | Desametasone | loc | RR | A | | Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 88 |
| D07AC01 | Betametasone Valerato | loc | RR | A | | Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 88 |
| D07AC06 | Diflucortolone Valerato | loc | RR | C/A | | Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 88 |
| D07AC14 | Metilprednisolone Aceponato | loc | RR | A | | Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 88 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| D07AD01 | Clobetasolo Propionato | loc | RR | A | | Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 88 |
| D07AD02 | Alcinonide | loc | RR | A | | Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 88 |
| D11AH01 | Tacrolimus | loc | RRL | H ? PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | |
| D11AH08 | Dupilumab | sc | RNRL/RRL | H/A-PHT | Registro web-based AIFA | Trattamento della dermatite atopica da moderata a grave, negli adulti eleggibili per la terapia sistemica | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia | |
| D11AH05 | Dupilumab | sc | RNRL/RRL | H/A-PHT | Registro web-based AIFA | Trattamento della dermatite atopica da moderata a grave negli adolescenti di età pari o superiore ai 12 anni eleggibili per la terapia sistemica | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia - Pediatria | |
| D11AH09 | Dupilumab | sc | RNRL/RRL | H/A-PHT | Registro web-based AIFA | Dermatite atopica bambini di età compresa tra 6 e 11 anni eleggibili per la terapia sistemica | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia - Pediatria | |
| D11AH06 | Dupilumab | sc | RNRL/RRL | H/A-PHT | PT cartaceo AIFA | Indicato negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore ai 12 anni come trattamento aggiuntivo di mantenimento per l'asma grave con infiammazione di tipo 2, caratterizzata da un aumento degli eosinofili ematici e/o del FeNO, non adeguatamente controllati con ICS (corticosteroidi per via inalatoria) a dosaggio alto e un altro prodotto medicinale per il trattamento di mantenimento | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria U.O. Medicina Interna, Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena -ASP Reggio Calabria | |
| D11AH07 | Dupilumab | sc | RNRL/RRL | H/A-PHT | PT cartaceo AIFA | Indicato come terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con CRSwNP grave per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non fornisce un controllo adeguato della malattia | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Allergologia - ORL | |
| D11AH07 | Tralokinumab | sc | RNRL | H | Scheda di Prescrizione cartacea AIFA | Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in adulti che sono candidati alla terapia sistemica | Hub, Spoke: - Dermatologia | |
| D11AX18 | Diclofenac in ialuronato | loc | RRL | A | Scheda Regionale DCA Nota 95 | Cheratosi attinica limitat ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero >6 Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto Per localizzazioni al tronco e/o al cuoio capelluto | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 95 |
| D11AX19 | Alitretionina | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Eczema cronico severo | Hub e Spoke: - Dermatologia | |
| G | SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI | | | | | | | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G02AD06 | Misoprostolo | vag/os | OSP | C | | Indicato per l'induzione del travaglio | Hub, Spoke: - Ostetricia - Ginecologia | |
| G02CB03 | Cabergolina | os | RNR | A | | | Ambulatori specialistici territoriali: - Geriatria - Neurologia - Neuropsichiatria - Psichiatria | |
| G03BA03 | Testosterone (enantato/undecanoato) | os,im,loc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | ipogonadismi maschili primitivi e secondari caratterizzati da ridotte concentrazioni di testosterone totale (< 12 nmoli/L o 350 ng/dL) in presenza di sintomi tipici (riduzione del desiderio e potenza sessuale, osteoporosi, riduzione forza muscolare, obesità viscerale, alterazioni del tono dell'umore) | <u>Testosterone os e im</u> Hub e Spoke: - Endocrinologia - Pediatria - Medicina generale - Urologia - Andrologia - Fisiopatologia della riproduzione (A.O. Cosenza) | 36 |
| G03BA03 | Testosterone (enantato/undecanoato) | os,im,loc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | <u>Testosterone loc</u> - Endocrinologia - Urologia - Andrologia | |
| G03BB01 | Mesterolone | os | RNRL | C | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Urologia | |
| G03GA02 | Menotropina | im | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o 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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u> - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari - Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Sri (CZ)</p> <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u> - LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme)</p> <p>Hub e Spoke: - Ginecologia - Andrologia - Urologia - Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ</p> | 74 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G03GA04 | Urofollitropina | im | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o 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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Andrologia Urologia Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ | 74 |
| G03GA05 | Follitropina alfa da DNA ricombinante | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o 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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Andrologia Urologia Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ | 74 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G03GA06 | Follitropina beta | im | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML • Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o 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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari - Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ginecologia - Andrologia - Urologia - Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ | 74 |
| G03GA07 | Lutropina alfa | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML • Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml. | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari - Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ginecologia - Andrologia - Urologia - Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ | 74 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G03GA08 | Coriogonadotropin alfa | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o 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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Andrologia Urologia <p>- Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ</p> | 74 |
| G03GA09 | Corifollitropina alfa | sc | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o 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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Andrologia Urologia <p>- Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ</p> | 74 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G03GA10 | Follitropina delta | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 MUI/ML Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o comunque con FSH non superiore a 8 mIU/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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione <ul style="list-style-type: none"> A.O. CS C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari Centro di procreazione medicalmente assistita di Tirolo (CZ) <ul style="list-style-type: none"> Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia <ul style="list-style-type: none"> Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) <ul style="list-style-type: none"> C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Andrologia Urologia Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ | 74 |
| G03GA10 | Follitropina delta | sc | RRL | A-PHT | | <p>Stimolazione ovarica controllata per lo sviluppo di follicoli multipli nelle donne sottoposte a tecniche di riproduzione assistita (assisted reproductive technologies,ART), come la fecondazione in vitro (in vitro fertilisation, IVF) o un ciclo di iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (intracytoplasmic sperm injection, ICSI).</p> | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G03GA30 | Follitropina alfa/Lutropina alfa | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | <ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al terzo giorno del ciclo, non superiori a 30 mU/ml Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o comunque con FSH non superiore a 8 mU/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 | <p>Centri di I e II livello, pubblici, censiti sul Registro Nazionale di Procreazione Medicalmente Assistita come da DCA 164/2018 e nota regionale prot. n. 427568 del 29.12.2020</p> <p><u>CENTRI I LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - A.O. CS C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione di Castrovillari Centro di procreazione medicalmente assistita di Tiriolo (CZ) - Urogyn Biotec Srl (CZ) <p><u>CENTRI II LIVELLO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> LIFELAB Studio medico specialistico di produzione medicalmente assistita e andrologia - Gatj Sas – Gioia Tauro (RC) Centro di Medicina della Riproduzione NAUSICAA Montauro (CZ) - C.I.S. Medicina della Riproduzione (Lamezia Terme) <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Andrologia Urologia Ambulatorio di Andrologia dell'UO di Endocrinologia di AOU CZ | 74 |
| G03GA30 | Follitropina alfa/Lutropina alfa | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento dell'infertilità maschile maschile: in maschi con ipogonadismo- ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali o comunque con FSH non superiore a 8 mU/ml. | | |
| G03GA30 | Follitropina alfa/Lutropina alfa | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | 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 | | |
| G03XB02 | Ulipristal | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento intermittente (fino a un max di 4 cicli) dei sintomi da moderati a gravi di fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva. Durata di 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e resezione di setti endouterini per via isteroscopica | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologia Oncologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ginecologo | 51 |
| G03XB02 | Ulipristal | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento pre-operatorio di sintomi, da moderati a gravi, di fibromi uterini | | |
| G03XC01 | Raloxifene | os | RR | A | | <p>Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche</p> <p>Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura</p> | <p>Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina Generale Geriatra Ortopedia Reumatologia Ginecologia Endocrinologia Recupero e Riabilitazione Funzionale Nefrologia | 79 |
| G03XC02 | Bazedoxifene | os | RR | A | | <p>Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche</p> <p>Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura</p> | <p>Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina Generale Geriatra Ortopedia Reumatologia Ginecologia Endocrinologia Recupero e Riabilitazione Funzionale Nefrologia | 79 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------|------------|--------------|------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G04BD04 | Oxibutinina Cloridrato | os | RR | A | | Incontinenza urinaria da urgenza | Hub, Spoke: - Urologia - Pediatría - Neurologia - Oncologia | 87 |
| G04BE01 | Alprostadil | intracaver | RNR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | 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 contro-indicazione agli inibitori della PDE5, secondo un piano terapeutico redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) Nota Regionale Prot. 33487 del 31.01.2018 | 75 |
| G04BE03 | Sildenafil citrato | os | RR/RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | La prescrizione di inibitori della PDE5 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 chirurgia o radioterapia della regione pelvica, secondo un piano terapeutico, redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) Nota Regionale Prot. 33487 del 31.01.2018 | 75 |
| G04BE03 | Sildenafil citrato | os | RR/RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare | Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) | |
| G04BE03 | Sildenafil citrato | os | RR/RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento di pazienti pediatrici di età compresa tra 1 e 17 anni con ipertensione arteriosa polmonare | Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| G04BE08 | Tadalafil | os | RRL/RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | La prescrizione di inibitori della PDES 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 chirurgia o radioterapia della regione pelvica, secondo un piano terapeutico, redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) Nota Regionale Prot. 33487 del 31.01.2018 | 75 |
| G04BE08 | Tadalafil | os | RRL/RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare | Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) | |
| G04BE08 | Tadalafil | os | RRL/RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento di pazienti pediatrici di età compresa tra 1 e 17 anni con ipertensione arteriosa polmonare | Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) | |
| G04BE09 | Vardenafil cloridrato triidrato | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | La prescrizione di inibitori della PDES 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 chirurgia o radioterapia della regione pelvica, secondo un piano terapeutico, redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) Nota Regionale Prot. 33487 del 31.01.2018 | 75 |
| G04BE10 | Avanafil | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | La prescrizione di inibitori della PDES 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 chirurgia o radioterapia della regione pelvica) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia | 75 |
| H | PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI | | | | | | | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| H01AC01 | Somatropina | im,sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | https://www.aifa.gov.it/nota-39 | Hub: - Diabetologia (AO CZ, AO RC) - Endocrinologia (AO CZ, AOU CZ, AO RC) - Pediatria (AO CS, AOU CZ, AO RC) Spoke: - Pediatria (PO KR) - PO Locri - PO Castrovillari - PO Lamezia Terme - PO Paola/Cetraro - PO Corigliano/Rossano | 39 |
| H01AX01 | Pegvisomant | sc | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Endocrinologia | |
| H01BA01 | Argipressina | ev | OSP | C | | Indicato per il trattamento dell'ipotensione refrattaria alle catecolamine conseguente a shock settico in pazienti di età superiore ai 18 anni. È presente un'ipotensione refrattaria alle catecolamine se la pressione arteriosa media non può essere stabilizzata ai valori ottimali nonostante un adeguato reintegro del volume e la somministrazione di catecolamine | Hub e Spoke: - Cardiologia | |
| H01BA02 | Desmopressina Acetato | os,ev,im | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke: - Emodialisi - Ematologia - Servizi Trasfusionali | |
| H01CA01 | Gonadorelina | ev,sc | RR | C | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Pediatria - Urologia - Andrologia | |
| H01CA01 | Gonadorelina | nas | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Pediatria - Urologia - Andrologia | |
| H01CB02 | Octreotide Acetato | sc,im | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Oncologia - Ematologia - Pediatria | |
| H01CB03 | Lanreotide Acetato | im | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Oncologia - Ematologia - Pediatria | |
| H01CB05 | Pasireotide | sc | RNRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Malattia di Cushing | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Neurologia - Medicina Interna | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| H02AB09 | Idrocortisone Emisuccinato Sodico | os,im,ev | RRL/RR | A-PHT/C | | Indicato per l'insufficienza surrenalica nei bambini da 0 a 18 anni | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Pediatria | |
| H05AA02 | Teriparatide | sc | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche | Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia | 79 |
| H05BX01 | Cinacalcet | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Endocrinologia - Nefologia - Emodialisi | |
| H05BX02 | Paracalcitolo | ev,os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Prevenzione e trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in pazienti adulti e pediatrici di età compresa tra i dieci e i sedici anni associato a malattia renale cronica negli stadi 3 e 4 e per la prevenzione ed il trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in pazienti adulti associato a malattia renale cronica di stadio 5 in pazienti sottoposti ad emodialisi o a dialisi peritoneale | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Endocrinologia - Nefologia - Emodialisi | |
| H05BX04 | Etelcalcetide | ev | RRL | A-PHT | | Trattamento dell'iperparatiroidismo secondario (SHPT) in pazienti adulti con malattia renale cronica (CKD) in emodialisi. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Nefrologia - Dialisi | |
| J | ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO | | | | | | | |
| J01CA10 | Mezlocillina Sodica Monoidrata | im | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01CA12 | Piperacillina | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01CA12 | Piperacillina | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | |
| J01CE08 | Benzilpenicillina Benzatinica | im | RR | A-PHT | | Profilassi della malattia reumatica in soggetti con infezioni delle prime vie respiratorie sostenute da streptococchi del gruppo A. Profilassi delle recidive della malattia reumatica Sifilide | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia | 92 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J01CE08 | Benzilpenicillina Benzatinica | im | RR | A-PHT | | Profilassi delle recidive delle ammalie reumatiche | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia | 92 |
| J01CE09 | Benzilpenicillina Benzatinica | im | RR | A-PHT | | Sifilide | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia | 92 |
| J01CR01 | Ampicillina/Sulbactam | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01CR05 | Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico | ev,im | RR/OSP | A/H | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01DD02 | Ceftazidima | im,ev | RR/OSP | A/H | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01DD52 | Ceftazidima/avibactam | ev | OSP | H | | In adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi per il trattamento delle seguenti infezioni: • infezione intra-addominale complicata (cIA) • Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) | Hub e Spoke: - Malattie Infettive (specialista con competenze infettivologiche identificate dal CIO) | |
| J01DD52 | Ceftazidima/avibactam | ev | OSP | H | Scheda cartacea AIFA | Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate | Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO | |
| J01DD52 | Ceftazidima/avibactam | ev | OSP | H | Scheda cartacea AIFA | Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate | Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J01DD52 | Ceftazidima/avibactam | ev | OSP | H | Scheda cartacea AIFA | Trattamento di infezioni intraddominale complicata | Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO | |
| J01DD52 | Ceftazidima/avibactam | ev | OSP | H | Scheda cartacea AIFA | Polmonite acquisita in ospedale | Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO | |
| J01DD52 | Ceftazidima/avibactam | ev | OSP | H | Scheda cartacea AIFA | Trattamento di infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate | Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO | |
| J01DE01 | Cefepime Dicloridrato Monoidrato | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01DF01 | Aztreonam | inal | RNRL | C | | La prescrizione a carico del SSN è limitata: al trattamento iniziato in ambito ospedaliero 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 al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche | | 56 |
| J01DH51 | Imipenem + Cilastatina | ev,im | OSP | C/H | | La prescrizione a carico del SSN è limitata: al trattamento iniziato in ambito ospedaliero 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 al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche al trattamento iniziato in ambito ospedaliero | | 56 |
| J01DH52 | Meropenem/vaborbactam | ev | OSP | H | | Trattamento di pazienti adulti con accertate o sospette gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE): infezione accertata del tratto urinario complicata (cUTI), compresa pielonefrite; infezione accertata o sospetta intra-addominale complicata (cIAI); polmonite nosocomiale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione (VAP) accertata o sospetta; batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate; trattamento di infezioni accertate dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J01DH56 | Imipenem/cilastatina/relebactam | ev | OSP | H | | Indicato nel: - Trattamento della polmonite acquisita in ospedale (HAP), compresa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), negli adulti; - Trattamento della batteriemia che si manifesta in associazione o che si sospetta sia associata a HAP o VAP, negli adulti; - Trattamento delle infezioni causate da organismi aerobi Gram-negativi negli adulti con opzioni di trattamento limitate | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J01DH56 | Imipenem/cilastatina/relebactam | ev | OSP | H | | La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J01DI01 | Ceftobiprololo | ev | OSP | H | | Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J01DI01 | Ceftobiprololo | ev | OSP | H | | Polmonite acquisita in comunità | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J01DI04 | Cefiderocol | ev | OSP | H | | Indicato per il trattamento delle infezioni dovute a organismi aerobi gram-negativi negli adulti con opzioni terapeutiche limitate | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J01DI54 | Ceftolozano/tazobactam | ev | OSP | H | | Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) | Hub e Spoke: - Malattie Infettive (specialista con competenze infettivologiche identificato dal CIO) | |
| J01DI54 | Ceftolozano/tazobactam | ev | OSP | H | | Trattamento delle seguenti infezioni negli adulti: 1- Infezioni intra-addominali complicate con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram- negativi, resistenti ai trattamenti di prima linea | Hub e Spoke: - Malattie Infettive (specialista con competenze infettivologiche identificato dal CIO) | |
| J01DI54 | Ceftolozano/tazobactam | ev | OSP | H | | Pielonefrite acuta eziologia documentata/sospetta batteri Gram-negativi, resistenti trattamenti di prima linea. | Hub e Spoke: - Malattie Infettive (specialista con competenze infettivologiche identificato dal CIO) | |
| J01DI54 | Ceftolozano/tazobactam | ev | OSP | H | | Infezioni complicate del tratto urinario con eziologia documentata/sospetta da batteri gram-negativi, resistenti ai trattamenti di prima linea. | Hub e Spoke: - Malattie Infettive (specialista con competenze infettivologiche identificato dal CIO) | |
| J01GB01 | Tobramicina | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01GB01 | Tobramicina | im,ev | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Malattie infettive - Medicina generale - Pediatria - Pneumologia - Centri Fibrosi Cistica | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------|------------|--------------|------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| J01GB03 | Gentamicina | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01GB06 | Amikacina Solfato | im,ev | RR/OSP | A/H | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01GB07 | Netilmicina | im,ev | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi | | 55 |
| J01XA02 | Teicoplanina | im,ev | RR | A | | La prescrizione a carico del SSN è limitata: al trattamento iniziato in ambito ospedaliero 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 al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche | | 56 |
| J01XA04 | Dalbavancina | ev | OSP | H | | Negli adulti per il trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J01XA05 | Oritavancina | ev | OSP | H | Scheda di Prescrizione cartacea AIFA | Indicato per il trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J01XB01 | Colistimetato Sodico | im,ev,inal | RNR | C | | | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| J01XX01 | Fosfomicina Sale Di Trometamolo | os | RR | A/C | | Trattamento delle seguenti infezioni negli adulti e nei bambini, neonati inclusi: • osteomielite • infezioni complicate delle vie urinarie • infezioni nosocomiali delle vie respiratorie inferiori • meningite batterica • batteriemia che si manifesta in associazione o che si ritiene eventualmente associata a una qualsiasi delle infezioni sopracitate | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J01XX01 | Fosfomicina sodica | ev | OSP | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J01XX08 | Linezolid | os,ev | RNRL/OSP | A-PHT/H | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia | |
| J01XX11 | Tedizolid fosfato | os,ev | RNRL/OSP | A-PHT/H | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento di infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti. La rimborsabilità è limitata alle sole infezioni complicate della cute e dei tessuti molli quando si sospetta o si ha la certezza che l'infezione sia causata da batteri Gram positivi sensibili. | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J02AC03 | Voriconazolo | os,ev | RNRL | A-PHT/H | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia | |
| J02AC04 | Posaconazolo | os | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia | |
| J02AC05 | Isavuconazolo | os,ev | RNRL/OSP | A-PHT/H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Ematologia | |
| J04AB04 | Rifabutina | os | RR | A | | La prescrizione a carico del SSN è limitata: al trattamento iniziato in ambito ospedaliero 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 al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche | Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia | 56 |
| J04AK05 | Bedaquilina | os | RNRL | H | | Tubercolosi polmonare multiresistente quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per motivi di resistenza o tollerabilità | Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia | |
| J04AK06 | Delamanid | os | RNRL | H | | Opportuna terapia di associazione per la tubercolosi polmonare multiresistenti ai farmaci nei pazienti adulti quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per motivi di resistenza o tollerabilità | Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia | |
| J04AK08 | Pretomanid | os | RNRL | H | | Indicato in combinazione con bedaquilina e linezolid, negli adulti, per il trattamento della tubercolosi (TB) polmonare a estesa farmacoresistenza (extensively drug resistant, XDR) o intollerante al trattamento o multifarmacoresistente (multidrug-resistant, MDR) non responsiva. | Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia | |
| J05AB01 | Aciclovir | os,ev | RR/OSP | A/H | | Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi. | | 84 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AB09 | Famciclovir | os | RR | A | | Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi. | | 84 |
| J05AB11 | Valaciclovir (cloridrato) | os | RR | C/A-PHT | | Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi. | | 84 |
| J05AB14 | Valganciclovir (cloridrato) | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento di induzione e mantenimento della retinite da citomegalovirus (CMV) in pazienti adulti con sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia | |
| J05AB14 | Valganciclovir (cloridrato) | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | 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. | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia | |
| J05AB14 | Valganciclovir (cloridrato) | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Estensioni Legge 648/96: trattamento "pre-emptive" dell'infezione da CMV in pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia | |
| J05AB15 | Brivudina | os | RR | A | | Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi. | | 84 |
| J05AE01 | Saquinavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AE03 | Ritonavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV | |
| J05AE07 | Fosamprenavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AE08 | Atazanavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AE09 | Tipranavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AE10 | Darunavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AF01 | Zidovudina | os,ev | RNRL | A/H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AF05 | Lamivudina | os | RR/RNRL | A-PHT/H | Scheda Regionale DCA PT generico | HBV | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: AOU CZ - Malattie Infettive - Epatologia - Malattie Cardiovascolari Geriatriche - Ambulatorio di Medicina Generale AO CS - Gastroenterologia - Malattie Infettive AO CZ - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive GOM RC - Malattie Infettive ASP KR - Medicina Generale - Malattie Infettive ASP CZ - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato ASP VV - Malattie Infettive | |
| J05AF06 | Abacavir Solfato | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AF07 | Tenofovir Disoproxil | os | RNRL | H | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Medicina Generale - Gastroenterologia DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV | |
| J05AF08 | Adefovir Dipivoxil | os | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV | |
| J05AF09 | Emtricitabina | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------------|-----------|--------------|------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AF10 | Entecavir | os | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Malattie infettive - Medicina Generale - Gastroenterologia | |
| J05AF11 | Telbivudina | os | RNRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Malattie infettive - Medicina Generale - Gastroenterologia | |
| J05AF13 | Tenofovir alafenamide fumarato | os | RNRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | HBV in adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg). | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AJ01 | Raltegravir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AJ03 | Dolutegravir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AJ04 | Cabotegravir | os, ev | RNRL | H | | HIV | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AG01 | Nevirapina | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AG03 | Efavirenz | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AG04 | Etravirina | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AG05 | Rilpivirina | os/*ev | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| J05AG05 | Rilpivirina | os/*ev | RNRL | H | | HIV | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AG06 | Doravirina | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p> | |
| J05AP01 | Ribavirina | os,inal | RNRL | A | | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: AOU CZ - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche - Ambulatorio di Medicina Generale AO CS - Gastroenterologia - Malattie Infettive AO CZ - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive GOM RC - Malattie Infettive ASP KR - Medicina Generale - Malattie Infettive ASP CZ - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato ASP VV - Malattie Infettive</p> | |
| J05AP09 | Sofosbuvir | os | RNRL | C | Registro web-based AIFA | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: AOU CZ - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche - Ambulatorio di Medicina Generale AO CS - Gastroenterologia - Malattie Infettive AO CZ - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive GOM RC - Malattie Infettive ASP KR - Medicina Generale - Malattie Infettive ASP CZ - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato ASP VV - Malattie Infettive</p> | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AP09 | Dasabuvir | os | RNRL | A | | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AP54 | Elbasvir/Grazoprevir | os | RNRL | A | Registro web-based AIFA | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AP55 | Sosfosbuvir/Velpatasvir | os | RNRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AP56 | Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir | os | RNRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AP57 | Glecaprevir/Pibrentasvir | os | RNRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR01 | Lamivudina/Zidovudina | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR02 | Abacavir/Lamivudina | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR04 | Abacavir/Lamivudina/Zidovudina | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR06 | Emtricitabina/Efavirenz/Tenofovir disoproxil | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR08 | Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir disoproxil | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR09 | Cobicistat/Elvitegravir/Emtricitabina/tenofovir | os | RNRL | H | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |
| J05AR10 | Lopinavir/Ritonavir | os | RNRL | H | | HIV | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| J05AR13 | Abacavir/Dalutegravir/Lamivudina | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J05AR14 | Cobicistat/Darunavir | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J05AR15 | Atazanavir/Cobicistat | os | RNRL | H | | In associazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di soggetti adulti infetti da HIV-1 senza mutazioni note associate a resistenza ad atazanavir. | Hub e Spoke: - Malattie infettive | |
| J05AR17 | Emtricitabina/tenofovir alafenamide | os | RNRL | H | | In associazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 35 kg) con infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1). | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR18 | Cobicista/emtricitabina/Elvitegravir/tenofovir alafenamide | ev | RNRL | H | | Trattamento di adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 35 kg) infetti da virus dell'immunodeficienza umana 1 (HIV-1) senza alcuna mutazione nota associata a resistenza alla classe degli inibitori dell'Integrasi, a emtricitabina o a tenofovir. | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR19 | Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide | os | RNRL | H | | Trattamento di adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 35 kg) con infezione da virus dell'immunodeficienza umana 1 (HIV-1) senza alcuna mutazione nota associata a resistenza alla classe degli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI), a tenofovir o a emtricitabina e con una carica virale \leq 100.000 copie/mL di HIV-1 RNA. | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR20 | Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide | os | RNRL | H | | Trattamento degli adulti con infezione da virus dell'immunodeficienza umana 1 (HIV-1) senza evidenza presente o passata di resistenza virale alla classe degli inibitori dell'integrasi, a emtricitabina o a tenofovir | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR21 | Dolutegravir/Rilpivirina | os | RNRL | H | | Trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1) negli adulti in soppressione virologica (HIV-1 RNA $<$ 50 copie/ml), in un regime antiretrovirale stabile da almeno sei mesi, con nessuna storia di fallimento virologico e con nessuna resistenza nota o sospetta a qualsiasi inibitore non nucleosidico della trascrittasi inversa o inibitore dell'integrasi. | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR22 | Cobicistat/Darunavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide | os | RNRL | H | | Trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1) negli adulti e negli adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e con peso corporeo di almeno 40 kg). | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR24 | Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil | os | RNRL | H | | Trattamento di adulti con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI, lamivudina o tenofovir | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AR25 | Dolutegravir/Lamivudina | os | RNRL | H | | trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 HIV-1), negli adulti e negli adolescenti di età superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 40 kg, con nessuna resistenza nota o sospetta verso la classe degli inibitori dell'integrasi o verso lamivudina | Hub e Spoke: Malattie infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AX07 | Enfuvirtide | sc | RNRL | H | | | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AX09 | Maraviroc | os | RNRL | H | | | Hub e Spoke: Malattie infettive | |
| J05AX14 | Daclatasvir | os | RNRL | A | | HCV | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: AOU CZ - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche - Ambulatorio di Medicina Generale AO CS - Gastroenterologia - Malattie Infettive AO CZ - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive GOM RC - Malattie Infettive ASP KR - Medicina Generale - Malattie Infettive ASP CZ - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato ASP VV - Malattie Infettive | |
| J05AX18 | Letermovir | os,ev | RRL/OSP | A-PHT/H | Registro web-based AIFA | Profiliassi della riattivazione e della malattia da citomegalovirus (CMV) in pazienti adulti sieropositivi per CMV riceventi [R+] trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie infettive - Ematologia | |
| J05AX29 | Fostemsavir | os | RNRL | H | | Indicato in associazione con altri antiretrovirali, per il trattamento di adulti con infezione da HIV-1 resistente a molti farmaci, per i quali non è altrimenti possibile stabilire un regime antivirale soppressivo | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J05AX65 | Ledipasvir/Sofosbuvir | os | RNRL | C | | HCV | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> | |
| J06BA01 | Immunoglobulina Umana normale per somministr. Extravascolare | sc | RNRL | H | | Immunodeficienze secondarie (SID) in pazienti con infezioni severe o ricorrenti, trattamento antimicrobico inefficace e documentato difetto di anticorpi specifici (PSAF, proven specific antibody failure) o livello sierico di IgG < 4 g/l | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Malattie infettive - Ematologia | |
| J06BA02 | Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare | ev | OSP | H | | <p>Terapia sostitutiva in pazienti adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni di età) per il trattamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindromi da immunodeficienza primaria con compromissione della produzione di anticorpi. • Ipogammaglobulinemia e infezioni batteriche ricorrenti in pazienti con leucemia linfocitica cronica (LLC), ove gli antibiotici per uso profilattico abbiano fallito o siano controindicati. • Ipogammaglobulinemia e infezioni batteriche ricorrenti in pazienti con mieloma multiplo (MM) . • Ipogammaglobulinemia in pazienti prima e dopo allotrapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT, hematopoieticstemcelltransplantation). | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Malattie infettive - Ematologia | |
| J06BA02 | Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare | ev | OSP | H | | Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP) | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologia | |
| J06BA02 | Immunoglobulina Umana ad alto titolo | ev | OSP | H | | Poliradicoloneuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP) | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neurologia <p>Centro Regionale Malattie Rare</p> | |
| J06BB01 | Immunoglobulina Umana Rho | ev,im | OSP/RR | A-PHT/H | Scheda Regionale DCA PT generico | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servizi Trasfusionali - Ematologia - Ginecologia | |
| J06BC03 | Palivizumab | im | RRL | A | | | <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| J06BD01 | Bezlotoxumab | ev | OSP | H | Scheda di Prescrizione cartacea AIFA | Da solo o in associazione a metotrexato è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD) | Hub e Spoke: - Malattie Infettive | |
| L | FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI | | | | | | | |
| L01AA05 | Clormetina | cut, ev | RRL | H | | Trattamento topico del linfoma cutaneo a cellule T tipo micosi fungoide (CTCL tipo-MF) in pazienti adulti | Hub: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) - Dermatologia | |
| L01AX03 | Temozolomide | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BA04 | Pemetrexed | ev | OSP | H | | Mesotelioma pleurico | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BA04 | Pemetrexed | ev | OSP | H | | Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BB05 | Fludarabina Fosfato | ev,os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e Ospedali Generali: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01BB07 | Nelarabina | ev | OSP | H | | 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. | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01BC06 | Capecitabina | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BC07 | Azacitidina | ev,im | OSP | H | | Trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) con LMA con blasti midollari > 30% secondo la classificazione dell'OMS | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BC08 | Decitabina | ev | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti 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. | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01BC52 | Fluorouracile/Acido Salicilico | cut | RRL | A | Scheda Regionale DCA Nota 95 | Cheratosi attinica limitat ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero >6 Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia | 95 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01BC53 | Tegafur/gimeracil/oteracil | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BC59 | Trifluridina/tipiracil | os | RNRL | A-PHT | | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma metastatico coloretale (CRC), già precedentemente trattati o non considerati candidati per il trattamento con altre terapie disponibili, tra cui chemioterapia a base di fluoropirimidine, oxaliplatino e irinotecan, farmaci anti-VEGF ed anti-EGFR | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01BC59 | Trifluridina/tipiracil | os | RNRL | A-PHT | | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma gastrico metastatico incluso l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea, che sono stati precedentemente trattati con almeno due precedenti regimi di trattamento sistemico per malattia avanzata | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01CA04 | Vinorelbina Bitartrato | ev,os | OSP/RNRL | A-PHT/H | | | Formulazione <u>os</u> Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia | |
| L01CA05 | Vinflunina | ev | OSP | H | | 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01CD01 | Paclitaxel | ev | OSP | H | | Indicazioni oncologiche | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01CD04 | Cabazitaxel | ev | OSP | H | | in combinazione con prednisone o prednisolone è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma della prostata metastatico resistente alla castrazione, trattati in precedenza con un regime contenente docetaxel | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01CE01 | Topotecan Cloridrato | ev/os | OSP/RNRL | H/A | | indicato nel trattamento di pazienti affetti da carcinoma polmonare a piccole cellule recidivante (SCLC) per i quali non è considerato appropriato un ulteriore trattamento con il regime terapeutico di prima linea | Formulazione <u>os</u> Hub e Spoke: - Oncologia | |
| L01CE02 | Irinotecan Cloridrato Triidrato | ev | OSP | H | | Treatmento dell'adenocarcinoma metastatico del pancreas | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01CX01 | Trabectedina | ev | OSP | H | | 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01CX01 | Trabectedina | ev | OSP | H | | In associazione con doxorubicina liposomiale pegilata (PLD), è indicato per il trattamento di pazienti con recidiva di cancro ovarico platino-sensibile | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01DB11 | Pixantrone Dimaleato | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfomi non Hodgkin (LNH) a cellule B aggressive, recidivati più volte o refrattari. Il beneficio del trattamento con pixantrone non è stato dimostrato quando è usato come chemioterapia in quinta linea o successiva, in pazienti refrattari all'ultima terapia. | Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01EA01 | Imatinib | os | RNRL | A-PHT | | | Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EA02 | Dasatinib | os | RNRL | H | | Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica di nuova diagnosi Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo e LMC in fase blastica linfoide con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia Leucemia Mieloide Cronica in fase cronica o in fase blastica con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EA03 | Nilotinib | os | RNRL | H | | Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica di nuova diagnosi | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EA04 | Bosutinib | os | RNRL | H | | Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica, in fase accelerata e in fase blastica trattati in precedenza con uno o più inibitori della Tirocininasi e per i quali l'imatinib, nilotinib e il dasatinib non sono considerate opzioni terapeutiche appropriate | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EA05 | Ponatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica in fase cronica con cromosoma Philadelphia positivo (LMC Ph+), 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 | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EA05 | Ponatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica in fase cronica con cromosoma Philadelphia | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EA05 | Ponatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | in pazienti adulti affetti da 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. | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EB04 | Osimertinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | 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) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EB04 | Osimertinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di prima linea dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazioni attivanti il recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EB04 | Osimertinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento adiuvante dopo resezione completa del tumore in pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio IB-IIIa il cui tumore presenta delezioni dell'esone 19 o mutazione sostitutiva dell'esone 21 (L858R) del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR). | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|
| L01EC01 | Vemurafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Dal 19/06/2013 (GU n. 129 del 4/6/2013) Zelboraf è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600. Dal 18/11/2015 (GU n. 256 del 3/11/2015) al 15/10/2016 Zelboraf è indicato in associazione con cobimetinib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600, secondo la Legge 648/96. Il medicinale cobimetinib, associato a Zelboraf in regime 648/96, è concesso gratuitamente dall'azienda farmaceutica nell'ambito dell'uso compassionevole fino alla chiusura del trattamento. Dal 16/10/2016 (GU n. 230 del 01/10/2016) Cotelic è indicato in associazione a vemurafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EC01 | Vemurafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA - Legge 648/96 | Indicato in associazione con cobimetinib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600 (GU n.256 del 3/11/2015). | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EC01 | Vemurafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EC02 | Dabrafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA - Legge 648/96 | Melanoma inoperabile o metastatico: Dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EC02 | Dabrafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento adiuvante del melanoma: Dabrafenib in associazione con trametinib è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EC03 | Encorafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in associazione con binimetinib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EC03 | Encorafenib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in associazione con cetuximab per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma metastatico del colon retto (CRC) positivo alla mutazione BRAF V600E, che hanno ricevuto precedente terapia sistemica | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01ED01 | Crizotinib | os | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (Non-small Cell Lung Cancer, NSCLC) positivo per ROS1 in stadio avanzato | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01ED03 | Alectinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato precedentemente trattati con crizotinib. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01ED03 | Alectinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01ED05 | Lorlatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) la cui malattia è progredita dopo trattamento con alectinib o ceritinib come terapia di prima linea con un inibitore della tirosin chinasi (TKI) ALK, oppure dopo trattamento con crizotinib e almeno un altro TKI ALK | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EE01 | Trametinib | os | RNRL | H | | In associazione a dabrafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EE01 | Trametinib | | | | | Trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EF01 | Palbociclib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | 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) - in associazione ad un inibitore dell'aromatasi - in associazione a fulvestrant in donne che hanno ricevuto una terapia endocrina precedente. In donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina deve essere associata ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EF02 | Ribociclib | os | RNL | H | Registro web-based AIFA | In associazione a un inibitore dell' aromatasi o a fulvestrant, e' indicato nelle donne con carcinoma mammario in stadio localmente avanzato o metastatico positivo per il recettore ormonale (HR) e negativo per il recettore 2 per il fattore di crescita epidermico umano (HER2), come terapia iniziale a base endocrina o in donne che hanno in precedenza ricevuto una terapia endocrina. In donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina deve essere associata ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EH01 | Lapatinib | os | RNRL | H | | Carcinoma mammario, il cui tumore sovraesprime l'HER2 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EH03 | Tucatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In associazione a trastuzumab e capecitabina per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro della mammella localmente avanzato o metastatico HER2-positivo che abbiano ricevuto almeno 2 precedenti regimi di trattamento anti-HER2 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EJ02 | Fedratinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento della splenomegalia correlata alla malattia o dei sintomi in pazienti adulti con mielofibrosi primaria, mielofibrosi postpolicitemia vera o mielofibrosi post-trombocitemia essenziale che sono naive agli inibitori della chinasi Janus-associata (JAK) o che sono stati trattati con ruxolitinib | Hub e Spoke: - Ematologia - Medicina Interna - Geriatria | |
| L01EL02 | Acalabrutinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) non trattata in precedenza. | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EL02 | Acalabrutinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01EL03 | Zanubrutinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia e' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da macroglobulinemia di Waldenström (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o come trattamento di prima linea per pazienti non idonei alla chemio-immunoterapia | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EM03 | Alpelisib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in associazione a fulvestrant per il trattamento delle donne in post-menopausa, e degli uomini, affetti da carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2), con mutazione di PIK3CA, dopo progressione di malattia successiva a terapia endocrina come monoterapia | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EN02 | Pemigatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato per il trattamento di adulti affetti da colangiocarcinoma localmente avanzato o metastatico, con fusione o riarrangiamento del recettore 2 del fattore di crescita dei fibroblasti (FGFR2), che ha manifestato una progressione dopo almeno una linea precedente di terapia sistemica | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX05 | Regorafenib | os | RNRL | A-PHT | | Carcinoma metastatico del colon-retto | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX05 | Regorafenib | os | RNRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'epatocarcinoma (Hepato Cellular Carcinoma, HCC) precedentemente trattato con sorafenib | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX07 | Cabozantinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con carcinoma midollare della tiroide in progressione, non asportabile chirurgicamente, localmente avanzato o metastatico. | | |
| L01EX07 | Cabozantinib | os | RNRL | H | | In monoterapia per il carcinoma a cellule renali avanzato (Renal Cell Carcinoma, RCC) in pazienti adulti precedentemente trattati con terapia contro il fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX07 | Cabozantinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In associazione a nivolumab, è indicato per il trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato in pazienti adulti | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Cabozantinib | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Carcinoma a cellule renali (RCC): in associazione a nivolumab è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato; | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX07 | Cabozantinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare (HCC) negli adulti che sono stati precedentemente trattati con sorafenib | | |
| L01EX07 | Cabozantinib | os | RNRL | H | | In monoterapia per il carcinoma a cellule renali avanzato (Renal Cell Carcinoma, RCC) in pazienti adulti precedentemente trattati con terapia contro il fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01EX07 | Cabozantinib | os | RNRL | H | | Trattamento del carcinoma renale (Renal Cell Carcinoma, RCC) avanzato: in adulti naïve al trattamento a rischio «intermediate o poor» | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX08 | Lenvatinib | os | RNRL | H | | 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) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX08 | Lenvatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | indicato come monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare (Hepatocellular Carcinoma, HCC) avanzato o non operabile negli adulti che non hanno ricevuto una precedente terapia sistemica | | |
| L01EX09 | Nintedanib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato negli adulti per il trattamento della Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF) | Hub: - Pneumologia - Medicina Interna - Ambulatorio di Insufficienza Respiratoria e Urgenze in Malattie Dell' Apparato Respiratorio (AOU CZ) - Pneumologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| L01EX09 | Nintedanib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | in associazione con docetaxel per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, metastatico o localmente ricorrente con istologia adenocarcinoma dopo chemioterapia di prima linea | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX09 | Nintedanib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di malattie interstiziali polmonari (ILD) fibrosanti croniche con fenotipo progressivo | Hub e Spoke: - Pneumologia - Reumatologia - Immunologia - Medicina Interna | |
| L01EX12 | Larotrectinib solfato | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici affetti da tumori solidi che presentano una fusione di geni del Recettore Tirosin-Chinasico Neurotrofico (Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase, NTRK), - che abbiano una malattia localmente avanzata, metastatica oppure nel caso in cui la resezione chirurgica possa determinare una severa morbidità - che non dispongano di opzioni terapeutiche soddisfacenti | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01EX13 | Gilteritinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3. | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01EX14 | Entrectinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a dodici anni con tumori solidi che esprimono una fusione dei geni del recettore tirosin-chinasico neurotrofico (NTRK), che sono affetti da malattia localmente avanzata, metastatica o la cui resezione chirurgica potrebbe comportare una severa morbidità e che non sono stati trattati in precedenza con un inibitore di NTRK, che non dispongono di opzioni terapeutiche soddisfacenti | Hub: - Oncologia (con i requisiti riportati in G.U. n. 214/2021) | |
| L01EX14 | Entrectinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato ROS1- positivo non precedentemente trattati con inibitori di ROS1 | Hub: - Oncologia (con i requisiti riportati in G.U. n. 214/2021) | |
| L01EX22 | Selpercatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato RET fusione-positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01EX22 | Selpercatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Cancro della tiroide avanzato RET fusione-positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con sorafenib e/o lenvatinib; | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FA01 | Rituximab/Rituximab biosimilare | ev,sc | OSP | H | | Indicazioni ematologiche | Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FA01 | Rituximab/Rituximab biosimilare | ev,sc | OSP | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni reumatologiche | Area Reumatologia Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia | |
| L01FA01 | Rituximab/Rituximab biosimilare | ev,sc | OSP | H | | Trattamento di pazienti con pemfigo volgare (PV) da moderato a grave | Hub: - Dermatologia | |
| L01FC01 | Daratumumab | ev,sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | 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. | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FC01 | Daratumumab | ev,sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | 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 | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FC01 | Daratumumab | ev,sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione con Lenalidomide e Desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FC01 | Daratumumab | ev,sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione con bortezomib, melfalan e prednisone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FC01 | Daratumumab | ev,sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione con bortezomib, talidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FD02 | Pertuzumab | ev | OSP | H | | 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. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FD02 | Pertuzumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Carcinoma mammario in fase iniziale. "Perjeta" è indicato in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato per il trattamento adiuvante di adulti con melanoma con coinvolgimento dei linfonodi o malattia metastatica che sono stati sottoposti a resezione completa | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato a metastatico dopo una precedente chemioterapia negli adulti | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento in monoterapia del carcinoma a cellule renali avanzato dopo precedente terapia negli adulti | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento del carcinoma squamoso della testa e del collo ricorrente o metastatico negli adulti in progressione durante o dopo terapia a base di platino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico recidivante o refrattario dopo trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e trattamento con brentuximab vedotin | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma dell'esofago istotipo squamoso, avanzato non resecabile, ricorrente o metastatico dopo precedente chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione con Ipilimumab indicati per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti In associazione ad Ipilimumab è indicato, negli adulti, per il trattamento del melanoma metastatico in presenza di metastasi cerebrali asintomatiche o con PD-L1 < 1% | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Carcinoma a cellule renali (RCC): in associazione a cabozantinib è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato; | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Carcinoma del colon-retto (CRC) con deficit di riparazione del mismatch (dMMR) o elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H): in associazione ad ipilimumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma del colonretto metastatico con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioterapia di associazione a base di fluoropirimidina; | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF01 | Nivolumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastroesofagea (GEJ) o dell'esofago: in associazione a chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastro-esofagea o dell'esofago, HER2 negativo, avanzato o metastatico, i cui tumori esprimono PD-L1 con un punteggio positivo combinato (CPS) ≥ 5. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia nel 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 | Hub e Spoke: - Oncoematologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia nel trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 3 anni affetti da linfoma di Hodgkin classico recidivato o refrattario che abbiano fallito il trattamento con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) o a seguito di almeno due precedenti terapie quando ASCT non è un'opzione di trattamento. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia nel trattamento del carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico negli adulti che hanno ricevuto una precedente chemioterapia contenente platino | Hub e Spoke: - Oncoematologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di prima linea del NSCLC metastatico non squamoso negli adulti in associazione a carboplatino e paclitaxel o nabpaclitaxel | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali (RCC) avanzato negli adulti in associazione ad axitinib | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia e' indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma metastatico del colon-retto con elevata instabilita' dei microsatteliti (MSI-H, microsatellite instability-high) o con deficit di riparazione del mismatch (dMMR, mismatch repair deficient) negli adulti | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in monoterapia è indicato nel trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) nei pazienti adulti | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in monoterapia o in associazione a chemioterapia contenente platino e 5-fluorouracile (5-FU), è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule squamose della testa e del collo, metastatico o ricorrente non resecabile, negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF02 | Pembrolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in monoterapia è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma al III Stadio e con coinvolgimento dei linfonodi che sono stati sottoposti a resezione completa | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF04 | Avelumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule di Merkel (Merkel Cell Carcinoma, MCC) metastatico | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF04 | Avelumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in monoterapia per il trattamento di mantenimento di prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma uroteliale (urothelial carcinoma, UC) localmente avanzato o metastatico senza progressione dopo chemioterapia a base di platino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01FF05 | Atezolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con carboplatino ed etoposide, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule; in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC localmente avanzato o metastatico precedentemente sottoposti a chemioterapia. Prima di essere trattati con Atezolizumab i pazienti affetti da NSCLC con mutazioni di EGFR o ALK-positivo devono essere stati sottoposti anche a terapia a bersaglio molecolare | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF06 | Atezolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con nab-paclitaxel è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma mammario triplo negativo (triple-negative breastcancer, TNBC) non resecabile localmente avanzato o metastatico i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 $\geq 1\%$ e che non sono stati sottoposti a precedente chemioterapia per malattia metastatica | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF07 | Atezolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione con bevacizumab, indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile non sottoposti a precedente terapia sistemica | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF08 | Atezolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia, indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) metastatico, i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 = 50% sulle cellule tumorali (TC) o = 10% sulle cellule immunitarie infiltranti il tumore (IC) e sono negativi per mutazioni di EGFR o riarrangiamenti di ALK | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF05 | Atezolizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con carboplatino ed etoposide, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule; in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC localmente avanzato o metastatico precedentemente sottoposti a chemioterapia. Prima di essere trattati con Atezolizumab i pazienti affetti da NSCLC con mutazioni di EGFR o ALK-positivo devono essere stati sottoposti anche a terapia a bersaglio molecolare | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF06 | Cemiplimab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con carcinoma cutaneo a cellule squamose metastatico o localmente avanzato che non sono candidati ad intervento chirurgico curativo o radioterapia curativa | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF06 | Cemiplimab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma basocellulare localmente avanzato o metastatico (laBCC o mBCC) la cui malattia è progredita o che sono intolleranti a un inibitore del pathway di Hedgehog (HHI) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Dermatologia | |
| L01FF06 | Cemiplimab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) con espressione di PD-L1 (in $\geq 50\%$ delle cellule tumorali), senza aberrazioni EGFR, ALK o ROS1, che presentano: NSCLC localmente avanzato e non sono candidati per la chemioradioterapia definitiva, oppure NSCLC metastatico | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FF07 | Dostarlimab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulte affette da carcinoma endometriale avanzato o ricorrente, con deficit del sistema di Mismatch Repair (dMMR)/elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H), progredito durante o dopo un precedente trattamento con un regime a base di platino. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FG01 | Bevacizumab | ev | OSP | H | | In associazione con paclitaxel e cisplatino o, in alternativa, a paclitaxel e topotecan in donne che non possono essere sottoposte a Terapia a base di platino, per il trattamento di pazienti adulte affette da carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01FG01 | Bevacizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegfr | Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| L01FG01 | Bevacizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegfr | Edema maculare diabetico (DME) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| L01FX04 | Ipilimumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FX04 | Ipilimumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in associazione a nivolumab e' indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato a rischio intermedio/sfavorevole; | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FX04 | Ipilimumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in associazione a nivolumab e due cicli di chemioterapia a base di platino e' indicato per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico negli adulti il cui tumore non esprime mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FX04 | Ipilimumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | in associazione sono indicati per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FX04 | Ipilimumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Carcinoma del colon-retto (CRC) con deficit di riparazione del mismatch (dMMR) o elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H): in associazione a nivolumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma del colonretto metastatico con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioterapia di associazione a base di fluoropirimidina; | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01FX05 | Brentuximab vedotin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato in combinazione con ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (CHP) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico (SALCL) | Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX06 | Brentuximab vedotin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato in combinazione con doxorubicina, vinblastina e dacarbazina (AVD) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ in Stadio IV | Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX07 | Brentuximab vedotin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti affetti da Linfoma cutaneo a cellule T (CTCL) CD30 positivo, sottoposti ad almeno una precedente terapia sistemica | Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX08 | Elotuzumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti che hanno ricevuto almeno una linea di terapia precedente | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01FX08 | Elotuzumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con pomalidomide e desametassone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma e con progressione della malattia durante l'ultima terapia | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX09 | Mogamulizumab | ev | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti affetti da micosi fungoide (MF) o Sindrome di Sézary (SS) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia sistemica. | Hub: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX12 | Tafasitamab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione a lenalidomide, seguito da Tafasitamab in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B recidivato o refrattario e non idonei a trapianto autologo di cellule staminali (Autologous Stem Cell Transplant, ASCT) | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX14 | Polatuzumab vedotin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione a bendamustina e rituximab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche. | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX15 | Belantamab Mafodotin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento del mieloma multiplo nei pazienti adulti, che hanno ricevuto almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia risulta refrattaria ad almeno un inibitore del proteasoma, un agente immunomodulatore e un anticorpo monoclonale anti-CD38 e che hanno mostrato progressione di malattia all'ultima terapia | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01FX17 | Sacituzumab govitecan | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella triplo negativo metastatico o non resecabile (metastatic triple-negative breast cancer, mTNBC) che abbiano ricevuto in precedenza almeno due terapie sistemiche, almeno una delle quali per la malattia avanzata | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01X | brexucabtagene autoleucel | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (mantele cell lymphoma, MCL) recidivante o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica che includano un inibitore della tirosinasi chinasi di Bruton (Bruton's tyrosine kinase, BTK) | CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019) | |
| L01XC03 | Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare | ev,sc | OSP/RNRL | H | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC03 | Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare | ev,sc | OSP/RNRL | H | | Carcinoma mammario metastatico (MBC) HER2 positivo | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC03 | Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare | ev,sc | OSP/RNRL | H | | Carcinoma mammario in fase iniziale (EBC) HER2 positivo | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC03 | Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare | ev,sc | OSP/RNRL | H | | Carcinoma gastrico metastatico | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XC05 | Gemtuzumab/Ozogamicin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In combinazione a terapia con daunorubicina (DNR) e citarabina (AraC) per il trattamento di pazienti di età pari o superiore a 15 anni con leucemia mieloide acuta (LMA) CD33-positiva de novo, precedentemente non trattata, ad eccezione della leucemia promielocitica acuta (LPA) | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XC06 | Cetuximab | ev | OSP | H | | carcinoma metastatico del colon-retto (mCRC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC06 | Cetuximab | ev | OSP | H | | carcinoma a cellule squamose di testa e collo | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC08 | Panitumumab | ev | OSP | H | | carcinoma metastatico del colon-retto (mCRC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC09 | Catumaxomab | ip | OSP | H | | Trattamento peritoneale dell'ascite maligna in pazienti con carcinomi EpCAM-positivi quando la terapia standard non sia disponibile o non sia più attuabile | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC14 | Trastuzumab Emtansine | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento adiuvante di pazienti adulti affetti da tumore mammario in stadio iniziale HER2- positivo con malattia invasiva residua a livello della mammella e/o dei linfonodi dopo terapia neoadiuvante a base di taxani e terapia mirata anti-HER2 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC14 | Trastuzumab Emtansine | ev | OSP | H | | In monoterapia 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 essere stati sottoposti in precedenza a terapia per la malattia localmente avanzata o metastatica, oppure aver sviluppato recidiva di malattia nel corso di o entro sei mesi dal completamento della terapia adiuvante | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC15 | Obinutuzumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Leucemia linfatica cronica (LLC) | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XC15 | Obinutuzumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione a Bendamustina, seguito da obinutuzumab 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 sei mesi dopo il trattamento con rituximab o un regime contenente rituximab (linee successive alla prima) | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XC15 | Obinutuzumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione a chemioterapia, come terapia di mantenimento nei soggetti che ottengono una risposta, è indicato per il trattamento di pazienti con LF avanzato non pretrattato | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XC16 | Dinutuximab beta | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento del neuroblastoma ad alto rischio in pazienti a partire dai 12 mesi di età che sono stati precedentemente sottoposti a chemioterapia di induzione conseguendo almeno una risposta parziale, seguita da terapia mieloablattiva e trapianto di cellule staminali | Hub: - Oncologia - Oncoematologia pediatrica GOM Reggio Calabria: - UOC Centro Trapianti Midollo Osseo | |
| L01XC16 | Dinutuximab beta | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA - Legge 648/96 | Trattamento del neuroblastoma recidivante o refrattario con o senza malattia residua e in pazienti che non hanno conseguito una risposta completa dopo terapia di prima linea, senza cosomministrazione di IL-2 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC19 | Blinatumomab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia. | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XC19 | Blinatumomab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti pediatrici di età pari o superior a 1 anno con LLA da precursori delle cellule B in prima recidiva ad alto rischio, positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia, come parte della terapia di consolidamento. | Hub: - Ematologia - Oncoematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XC21 | Ramucirumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | 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. 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC26 | Inotuzumab Ozogonomicin | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B CD22-positivi, recidivante o refrattaria. I pazienti adulti con LLA da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per il cromosoma Philadelphia (Ph+), devono aver fallito il trattamento con almeno un inibitore della tirosinchinasi (TKI) | Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XC27 | Olaratumab | ev | OSP | H | | In combinazione con doxorubicina per il trattamento di pazienti adulti con sarcoma dei tessuti molli in fase avanzata che non sono candidabili a trattamenti curativi di tipo chirurgico o radioterapico e che non sono stati precedentemente trattati con doxorubicina. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC28 | Durvalumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, non resecabile, negli adulti il cui tumore presenta un'espressione di PD-L1 \geq 1% sulle cellule tumorali e la cui malattia non è progredita a seguito di chemio-radioterapia a base di platino | Hub e Spoke: - Oncologia | |
| L01XC28 | Durvalumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione con etoposide e carboplatino o cisplatino è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XC38 | Isatuximab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato, in associazione a pomalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con MM recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due terapie precedenti, tra cui lenalidomide e un inibitore del proteasoma (PI) e con progressione della malattia durante l'ultima terapia. | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XC38 | Isatuximab | | | | Registro web-based AIFA | in combinazione con carfilzomib e desametasone, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che hanno ricevuto almeno una e non più di 3 linee di terapia precedenti. Sono esclusi dalla rimborsabilità i pazienti con "primary refractory disease" e i pazienti pretrattati con carfilzomib o refrattari/intolleranti ad un precedente trattamento con anticorpi monoclonali anti-CD38. | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XE02 | Gefitinib | os | RNRL | H | | indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione attivante l'EGFR-TK | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE03 | Erlotinib cloridrato | os | RNRL | H | | Carcinoma Polmonare Non a Piccole Cellule | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE03 | Erlotinib cloridrato | os | RNRL | H | | Carcinoma pancreatico | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE04 | Sunitinib maleato | os | RNRL | H | | Tumore stromale del tratto gastrointestinale (GIST) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE04 | Sunitinib maleato | os | RNRL | H | | Carcinoma renale metastatico (MRCC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE04 | Sunitinib maleato | os | RNRL | H | | Tumori neuroendocrini pancreatici (pNET) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE05 | Sorafenib | os | RNRL | H | | Epatocarcinoma (HCC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE05 | Sorafenib | os | RNRL | H | | Carcinoma a cellule renali (RCC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE05 | Sorafenib | os | RNRL | H | | Carcinoma tiroideo differenziato | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE09 | Temsirolimus | ev | OSP | H | | | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XE11 | Pazopanib | os | RNRL | H | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE12 | Vandetanib | os | OSP | H | Registro web-based AIFA | Carcinoma Midollare della Tiroide (MTC) | Hub e Spoke: - Oncologia | |
| L01XE13 | Afatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia è indicato nel trattamento di pazienti adulti naive 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 | Hub e Spoke: - Oncologia | |
| L01XE17 | Axitinib | os | RNRL | H | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE18 | Ruxolitinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea. | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: -Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XE27 | Ibrutinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con macroglobulinemia di Waldenstrom (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea per i pazienti per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano - Oncologia (PO KR) - Ematologia (PO KR) - Microcitemia (PO KR) (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XE27 | Ibrutinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con Leucemia Linfocitica Cronica (CLL) precedentemente non trattata. in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con CLL che hanno ricevuto almeno una precedente terapia. | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano - Oncologia (PO KR) - Ematologia (PO KR) - Microcitemia (PO KR) (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XE27 | Ibrutinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | indicato per il trattamento di pazienti adulti con Linfoma Mantellare (MCL) recidivato o refrattario | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano - Oncologia (PO KR) - Ematologia (PO KR) - Microcitemia (PO KR) (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XE28 | Ceritinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) | Hub: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XE28 | Ceritinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) in stadio avanzato, precedentemente trattati con crizotinib | Hub: - Oncologia | |
| L01XE38 | Cobimetinib | os | RNRL | H | | In associazione a vemurafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE39 | Midostaurina | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con chemioterapia standard di induzione con daunorubicina e citarabina e di consolidamento con citarabina ad alte dosi seguita, per pazienti in risposta completa, da terapia di mantenimento con Rydapt come agente singolo per pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi con mutazione FLT3 positiva | Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XE41 | Binimetinib | os | RNRL | H | | In associazione con encorafenib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XE43 | Brigatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) in stadio avanzato, precedentemente non trattati con un inibitore di ALK. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Medicina Interna - Pneumologia | |
| L01XE43 | Brigatinib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con NSCLC, ALK positivo, in stadio avanzato, precedentemente trattati con Crizotinib | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Medicina Interna - Pneumologia | |
| L01XE50 | Abemaciclib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di donne con carcinoma della mammella localmente avanzato o metastatico, positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2): in associazione con un inibitore delle aromatasi o fulvestrant come terapia endocrina iniziale o in donne che hanno ricevuto una precedente terapia endocrina. Nelle donne in pre- o peri-menopausa, la terapia endocrina deve essere combinata con un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH). | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XK01 | Olaparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In 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 parziale) alla chemioterapia a base di platino | Hub e Spoke: - Oncologia | |
| L01XK01 | Olaparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia, per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadio III e IV secondo FIGO) BRCA1/2- mutato (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, che sono in risposta (completa o parziale) dopo il completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XK01 | Olaparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento in monoterapia di pazienti adulti con cancro della mammella, localmente avanzato o metastatico, HER2 negativo, e con mutazioni della linea germinale BRCA1/2. I pazienti devono essere stati precedentemente trattati con un'antraciclina e un taxano nel setting (neo)adiuvante o metastatico, a meno che i pazienti fossero stati non eleggibili per questi trattamenti. I pazienti con cancro della mammella e recettore ormonale (HR)-positivo, devono inoltre aver progredito durante o dopo una precedente terapia endocrina o devono essere considerati non eleggibili per la terapia endocrina | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XK01 | Olaparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadi III e IV secondo FIGO), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, in risposta (completa o parziale) dopo completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino in associazione con bevacizumab e il cui tumore presenti un deficit di ricombinazione omologa (homologous recombination deficiency, HRD), definito dalla presenza di una mutazione BRCA1/2 e/o di instabilità genomica. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XK01 | Olaparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato, in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione e con mutazioni nei geni BRCA1/2 (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), in progressione dopo precedente trattamento che includeva un nuovo agente ormonale | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XK02 | Niraparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con carcinoma ovarico epiteliale avanzato (stadio FIGO III e IV), carcinoma delle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario, di grado elevato, che stiano rispondendo (risposta completa o parziale) alla chemioterapia di prima linea a base di platino per le pazienti BRCA mutate. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XK04 | Rucaparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con recidiva platino sensibile di carcinoma ovarico epiteliale ad alto grado, delle tube di Falloppio o peritoneale primario, in risposta (risposta completa o parziale) dopo chemioterapia a base di platino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XJ02 | Sonidegib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma basocellulare (BCC) in stadio localmente avanzato che non sono suscettibili di intervento chirurgico curativo o radioterapia | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Dermatologia | |
| L01XJ03 | Glasdegib maleato | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato, in associazione a citarabina a basse dosi, per il trattamento della leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi di novo oppure secondaria, in pazienti adulti non candidabili alla chemioterapia di induzione standard | Hub, Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX05 | Idrossiurea o Idrossicarbamide | os | RNRL | C | | Indicato per la prevenzione delle crisi dolorose vaso-occlusive ricorrenti inclusa la sindrome acuta toracica in pazienti adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 2 anni affetti da anemia falciforme sintomatica | Hub: - Ematologia - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L01XX14 | Tretionina | os | RNR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Centro Regionale Trapianti - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XX23 | Mitotane | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XX24 | Peg-asparaginasi | ev | OSP | H | | Come componente di una terapia di associazione antineoplastica per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta (acute lymphoblastic leukaemia, ALL) nei pazienti pediatrici dalla nascita a diciotto anni e negli adulti. | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX25 | Bexarotene | os | RNRL | A | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XX27 | Arsenico triossido | ev | OSP | H | | Induzione della remissione e come terapia di consolidamento in pazienti adulti affetti da leucemia promielocitica acuta (LPA) di nuova diagnosi a rischio basso/intermedio (conta leucocitaria $\leq 10 \times 10^9/\text{mcl}$) in combinazione con acido all-trans retinoico (ATRA) caratterizzata dalla presenza della traslocazione t(15;17) e/o dalla presenza del gene Leucemia Promielocitica/recettore alfa dell'acido retinoico (PML/RAR-alfa)» | uso esclusivo in ambiente ospedaliero | |
| L01XX32 | Bortezomib | ev | OSP | H | | In monoterapia in associazione con doxorubicina liposomiale pegilata o desamteasone 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 | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: -Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX33 | Bortezomib | ev | OSP | H | | In associazione con melafalan 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 | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: -Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX34 | Bortezomib | ev | OSP | H | | 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 | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: -Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX35 | Bortezomib | ev | OSP | H | | 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 ematopoiche. | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke: -Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX35 | Anagrelide cloridrato | os | RNRL | A-PHT | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XX41 | Eribulina mesilato | ev | RNRL/OSP | H | | E' 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 malatti 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XX41 | Eribulina mesilato | ev | RNRL/OSP | H | | E' 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XX43 | Vismodegib | os | OSP | H | | Carcinoma basocellulare | Hub e Spoke: - Oncoematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX44 | Aflibercept | ev | OSP | H | | In combinazione con chemioterapia a base di irinotecan/5-fluorouracile/acido folinico (FOLFIRI) è indicato nei pazienti adulti con carcinoma colorettale metastatico (MCRC) resistente o in progressione dopo un regime contenente oxaliplatino | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| L01XX45 | Carfilzomib | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In associazione o con lenalidomide e desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX46 | Carfilzomib | ev | OSP | H | | In associazione con daratumumab e desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia | Hub: -Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX47 | Idelalisib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma follicolare refrattario a due precedenti linee di trattamento | Hub e Spoke: - Oncoematologia - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX47 | Idelalisib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato in associazione con rituximab per il trattamento di pazienti adulti affetti da Leucemia Linfocitica Cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una terapia precedente, o come trattamento di prima linea in presenza di una delezione 17p o una mutazione TP53 in pazienti non idonei alla chemioimmunoterapia | Hub e Spoke: - Oncoematologia - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L01XX50 | Ixazomib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia Si ricorda che è ammesso alla rimborsabilità solamente il trattamento di Ixazomib, in combinazione con lenalidomide e desametasone, in pazienti con mieloma multiplo recidivato/refrattario che non si siano dimostrati refrattari a lenalidomide o ad un inibitore del proteasoma e che abbiano ricevuto ≥ 2 precedenti linee di terapia o almeno 1 precedente linea di terapia con citogenetica sfavorevole [del (17); t (4;14); t(14;16)] | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L01XX52 | Venetoclax | os | RNRL | H | | Trattamento della leucemia linfatica cronica (CLL- chronic lymphocytic leukaemia) in presenza della delezione 17p o della mutazione TR53 in pazienti adulti non idonei o che hanno fallito la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B. | <p>Hub: - Ematologia - Oncoematologia</p> <p>Spoke: - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| L01XX52 | Venetoclax | os | RNRL | H | | 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>Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| L01XX52 | Venetoclax | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con obinutuzumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) non trattati in precedenza | <p>Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| L01XX60 | Talazoparib | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mutazioni germinali BRCA1/2, affetti da carcinoma mammario HER2-negativo localmente avanzato o metastatico. I pazienti devono essere stati precedentemente trattati con una antraciclina e/o un taxano nel contesto (neo)adiuvante, localmente avanzato o metastatico, ad eccezione dei pazienti non idonei per tali trattamenti. I pazienti con carcinoma mammario positivo ai recettori ormonali (HR) devono essere stati precedentemente trattati con terapia endocrina o ritenuti non idonei alla terapia endocrina | <p>Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia</p> | |
| L01XX70 | Axicabtagene ciloleucel | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B refrattario o recidivante (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (primary mediastinal large B-cell lymphoma, PMBCL), dopo due o più linee di terapia sistemica | <p>CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)</p> | |
| L01XX71 | Tisagenlecleucel | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di: • Pazienti pediatrici e giovani adulti fino a venticinque anni di età con leucemia linfoblastica acuta (LLA) a cellule B che è refrattaria, in recidiva post-trapianto o in seconda o ulteriore recidiva; | <p>CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)</p> | |
| L01XX71 | Tisagenlecleucel | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di: • Pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica. | <p>CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)</p> | |
| L01XY01 | Daunorubicina/citarabina | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di adulti con nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta correlata a terapia (t-AML) o AML con alterazioni correlate a mielodisplasia (AML-MRC) | <p>Hub: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| L01XY02 | Pertuzumab/Trastuzumab | sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | <ul style="list-style-type: none"> in associazione con chemioterapia nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva; in associazione con docetaxel in pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, metastatico o localmente recidivato non operabile, non trattati in precedenza con terapia anti-HER2 o chemioterapia per la malattia metastatica | <p>Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia</p> | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L02AB01 | Megestrol Acetato | os | RNR | A | | neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata o da AIDS | | 28 |
| L02AB02 | Medrossiprogesterone (Acetato) | os,im | RNR | A | | neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata o da AIDS | | 28 |
| L02AE01 | Buserelina Acetato | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva | Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra | 51 |
| L02AE02 | Leuprorelina Acetato | im,sc | RR/RNR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva Pubertà precoce | Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra | 51 |
| L02AE03 | Goserelin Acetato | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva | Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra | 51 |
| L02AE04 | Triptorelina | sc,im | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva Pubertà precoce | Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra | 51 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L02BB04 | Enzalutamide | os | RNRL | H | | E' indicato per 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BB04 | Enzalutamide | os | RNRL | H | | E' indicato per 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BB04 | Enzalutamide | os | RNRL | H | | Trattamento di uomini adulti con cancro della prostata metastatico ormono-sensibile (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC) in associazione con terapia di deprivazione androgenica. | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BB04 | Enzalutamide | os | RNRL | H | | Trattamento di uomini adulti con cancro della prostata non metastatico ad alto rischio resistente alla castrazione (castration resistant prostate cancer, CRPC) | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BB05 | Apalutamide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato negli uomini adulti per il trattamento del carcinoma prostatico metastatico sensibile agli ormoni (mHSPC) in combinazione con terapia di deprivazione androgenica (ADT), con diagnosi di malattia a basso volume o ad alto volume e non candidabili a trattamento con docetaxel | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BB06 | Darolutamide | Os | RNRL | H | | Trattamento degli uomini adulti con carcinoma prostatico non metastatico resistente alla castrazione (nmCRPC) che sono ad alto rischio di sviluppare malattia metastatica | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BX02 | Degarelix | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Endocrinologia - Oncologia - Urologia | |
| L02BX03 | Abiraterone acetato | os | RNRL | H | | E' indicato assieme a prednisone o prednisolone per 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L02BX03 | Abiraterone acetato | os | RNRL | H | | E' indicato assieme a prednisone o prednisolone per 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia | |
| L03 | Frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+ | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | 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 | | |
| L03AA02 | Filgrastim originator | ev,sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L03AA02 | Filgrastim biosimilare | ev,im,sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia | |
| L03AA10 | Lenograstim | ev,sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia | |
| L03AA13 | Pegfilgrastim | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia | |
| L03AA14 | Lipegfilgrastim | sc | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia | |
| L03AB01 | Intereferone Alfa Naturale | im,sc | RRL | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le epatiti | Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia | |
| L03AB01 | Intereferone Alfa Naturale | im,sc | RRL | A | | Per le altre indicazioni | Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia | |
| L03AB04 | Interferone Alfa 2a | im,sc | RRL | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le epatiti | Hub e Spoke - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia | |
| L03AB05 | Interferone Alfa 2a | im,sc | RRL | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le altre indicazioni | Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia | |
| L03AB05 | Interferone Alfa 2b | im,sc | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le epatiti | Hub e Spoke - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia | |
| L03AB06 | Interferone Alfa 2b | im,sc | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le altre indicazioni | Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L03AB07 | Interferone Beta 1a | im | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | 65 |
| L03AB08 | Interferone Beta 1b | im | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) Sclerosi Multipla secondariamente progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | 65 |
| L03AB10 | Interferone Alfa 2b Pegilato | sc | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le epatiti | Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia | |
| L03AB10 | Interferone Alfa 2b Pegilato | sc | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le altre indicazioni | Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia | |
| L03AB11 | Interferone Alfa-2A Pegilato | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le epatiti | Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia | |
| L03AB12 | Interferone Alfa-2A Pegilato | sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Per le altre indicazioni | Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia | |
| L03AB13 | Peg-interferone Beta 1A | sc | RR | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | 65 |
| L03AB15 | Ropeginterferone alfa-2b | sc | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento della policitemia vera senza splenomegalia sintomatica, in monoterapia nei pazienti adulti. | Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L03AX13 | Glatiramer | sc | RR | A | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | 65 |
| L03AX15 | Mifamurtide | ev | OSP | H | | 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 | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|--------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L03AX16 | Plerixafor | os,sc | OSP | H | | E' 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 | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di Ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AA06 | Acido micofenolico | os | RNRL | A-PHT | | Profilassi del rigetto acuto | Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Nefrologia - Pediatria - Immunologia - Ematologia | |
| L04AA10 | Sirolimus | os | RNR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Centri di Trapianto - Emodialisi - Nefrologia | |
| L04AA13 | Leflunomide | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Medicina Generale - Reumatologia | |
| L04AA18 | Everolimus | os | RNR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiocirurgia - Nefrologia - Malattie infettive - Gastroenterologia - Epatologia | |
| L04AA23 | Natalizumab | ev | OSP | H | | Sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| L04AA24 | Abatacept | ev,sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia | |
| L04AA25 | Eculizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA - Legge 648/96 | E' indicato per il 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 emolitico uremica atipica (SEUa) | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L04AA27 | Eculizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di adulti affetti da disturbo dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD) in pazienti positivi agli anticorpi anti-acquaporina 4 (AQP4) con decorso recidivante della malattia | Hub: - Neurologia | |
| L04AA28 | Eculizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti affetti da miastenia gravis generalizzata refrattaria (MGg) in pazienti positivi agli anticorpi anti recettore dell'acetilcolina (AChR) | Hub: - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AA26 | Belimumab | ev,sc | OSP/RRL | H | Registro web-based AIFA | E' indicato come terapia aggiuntiva nei pazienti adulti con lupus eritematoso sistemico (LES) attivo, autoanticorpi-positivo, con un alto grado di attività della malattia (ad es. anti-ds DNA positivi e basso complemento) nonostante la terapia standardcx | Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina Interna - Immunologia - Ambulatori di Reumatologia | |
| L04AA28 | Belimumab | ev,sc | OSP/RRL | H | Registro web-based AIFA | In combinazione con terapie immunosoppressive di fondo per il trattamento di pazienti adulti con nefrite lupica attiva | Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina Interna - Nefrologia - Immunologia | |
| L04AA27 | Fingolimod | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia, come farmaco modificante la malattia, nella sclerosi multipla recidivante-remittente ad elevata attività nei seguenti gruppi di pazienti adulti e di pazienti pediatrici di 10 anni di età e oltre: pazienti con malattia ad elevata attività nonostante un ciclo terapeutico completo ed adeguato con almeno una terapia disease modifying; oppure pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente severa ad evoluzione rapida, definita da due o più recidive disabilitanti in un anno, e con 1 o più lesioni captanti gadolinio alla RM cerebrale o con un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM effettuata di recente | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| L04AA28 | Belatacept | ev | OSP | C | | In combinazione con corticosteroidi e acido micofenolico (MPA), è indicato per la profilassi del rigetto del trapianto negli adulti riceventi trapianto renale. | Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Nefrologia - Immunologia | |
| L04AA29 | Tofacitinib | os | RNRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale | |
| L04AA29 | Tofacitinib | os | RNRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Trattamento di pazienti adulti affetti da colite ulcerosa (CU) attiva da moderata a severa che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono intolleranti alla terapia convenzionale o a un agente biologico | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AA29 | Tofacitinib | os | RNRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Artrite psoriasica - in associazione con MTX e' indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva (PsA) in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono intolleranti ad una precedente terapia con un farmaco antireumatico modificante la malattia (DMARD) | | |
| L04AA31 | Teriflunomide | os | RRL | A | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | 65 |
| L04AA32 | Apremilast | os | RRL | A | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AA33 | Vedolizumab | ev | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Gastroenterologiche | <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale | |
| L04AA34 | Alemtuzumab | ev | OSP | H | Scheda di Prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| L04AA36 | Ocrelizumab | ev | OSP | H | | Trattamento di pazienti adulti affetti da forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita in base alle caratteristiche cliniche o radiologiche | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| L04AA37 | Baricitinib | os | RNRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia | |
| L04AA38 | Ozanimod | os | RRL | A-PHT | | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR) con malattia in fase attiva, come definito da caratteristiche cliniche o di imaging. | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| L04AA40 | Cladribina | os | RNRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla (SM) recidivante ad elevata attività, definita da caratteristiche cliniche o di diagnostica per immagini | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| L04AA42 | Siponimod | os | RRL | A-PHT | | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla secondariamente progressiva (SMSP) con malattia attiva evidenziata da recidive o da caratteristiche radiologiche di attività infiammatoria. | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AA43 | Ravulizumab | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Indicato nel trattamento di pazienti adulti e pediatrici con peso corporeo pari o superiore a 10 kg affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN): <ul style="list-style-type: none"> in pazienti con emolisi e uno o più sintomi clinici indicativi di un'elevata attività della malattia; in pazienti clinicamente stabili dopo trattamento con eculizumab per almeno gli ultimi 6 mesi | <p>Hub: - Ematologia</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> | |
| L04AA44 | Upadacitinib | os | RNRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia</p> | |
| L04AA44 | Upadacitinib | os | RNRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più DMARD" e "Rinvoq" può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato | <p>Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina interna - Dermatologia</p> | |
| L04AA45 | Filgotinib | os | RNRL | H | | Trattamento dell'artrite reumatoide, in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX), in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD). | <p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> | |
| L04AA50 | Ponesimod | os | RRL | A-PHT | | Trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita sulla base di caratteristiche cliniche o radiologiche | <p>PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017</p> | |
| L04AA52 | Ofatumumab | sc | RRL | H | | Trattamento in combinazione con clorambucile o bendamustina di pazienti con LLC che non sono stati trattati in precedenza e che non sono eleggibili per una terapia a base di fludarabina | <p>Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke - Area dedicata di ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| L04AA53 | Ofatumumab | sc | RRL | H | | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita da caratteristiche cliniche o radiologiche | <p>PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017</p> | |
| L04AA54 | Pegcetacoplan | sc | RRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti con emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che rimangono anemici dopo trattamento con un inibitore di C5 per almeno TRE mesi | <p>Hub: - Ematologia</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AB01 | Etanercept/Etanercept biosimilare | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AB02 | Infliximab/Infliximab biosimilare | ev,sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria | |
| L04AB05 | Certolizumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AB06 | Golimumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AB04 | Adalimumab/Adalimumab biosimilare | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria | |
| L04AB05 | Adalimumab/Adalimumab biosimilare | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Uveite | Hub: - Oculistica | |
| L04AB07 | Adalimumab/Adalimumab biosimilare | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Uveite pediatrica | | |
| L04AB08 | Adalimumab/Adalimumab biosimilare | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Idrosadenite Suppurativa | | |
| L04AC03 | Anakinra | ev | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia | |
| L04AC04 | Anakinra | ev | RRL | H | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Febbre mediterranea familiare (FMF). Se appropriato, Anakinra deve essere somministrato in associazione con colchicina | Hub: - Reumatologia - Medicina interna - Pediatria - Immunologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L04AC05 | Ustekinumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AC07 | Tocilizumab | ev,sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Pediatria - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia | |
| L04AC08 | Canakinumab | sc | RRL | H | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sindromi da Febbre Periodica Autoinfiammatoria (TRAPS, MKD, FMF) | Hub: - Reumatologia - Medicina interna - Pediatria - Immunologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L04AC08 | Canakinumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Pediatria - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia | |
| L04AC08 | Canakinumab | sc | RRL | H | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Malattia di Still | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L04AC10 | Secukinumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AC11 | Siltuximab | ev | OSP | H | | Trattamento di malattia di Castleman multicentrica (MCD) che sono negativi per il virus dell'immunodefidenza umana (HIV) e per l'herpes virus-8 umano (HHV8) | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| L04AC12 | Brodalumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AC13 | Ixekizumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AC14 | Sarilumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AC16 | Guselkumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AC17 | Tildrakizumab | sc | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AC18 | Risankizumab | ev | RRL | H | Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici | Indicazioni Dermatologiche | <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia | |
| L04AC19 | Satralizumab | sc | RRL | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia o in associazione a terapia immunosoppressiva (TIS), per il trattamento dei disturbi dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD), in pazienti adulti e adolescenti a partire dai dodici anni di età con sieropositività per le IgG antiacquaporina- 4 (AQP4-IgG) | Hub: - Neurologia | |
| L04AD02 | Tacrolimus | os,ev | RNR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Profilassi del rigetto da trapianto nei pazienti che ricevono trapianto allogenico di fegato, rene o cuore. Trattamento del rigetto allogenico resistente al trattamento con altri medicinali immunosoppressori. | Hub e Spoke: - Centri di Trapianto - Nefrologia - Emodialisi - Cardiologia - Cardiochirurgia - Malattie Infettive - Gastroenterologia | |
| L04AX02 | Talidomide | os | RR | H | Registro web-based AIFA | Per le indicazioni : vedere Scheda di Prescrizione PPP https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1758720/Registro_PPP_2022.08.12_TOCTI_NO.zip | Hub: - Ematologia - Oncoematologia Spoke: - Area dedicata di Ematologia in SC Oncologia di Rossano (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AX04 | Lenalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto | Hub: Ematologia Oncoematologia Spoke: Rossano: area dedicata di Enatologia in SC Oncologia -Oncologia (PO KR) - Ematologia e Microcitemia (PO KR) (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AX05 | Lenalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | 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 | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AX06 | Lenalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In associazione con rituximab (anticorpo anti-CD20) è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con linfoma follicolare (grado 1-3a) precedentemente trattato | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------------------|--------------|--------------|------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| L04AX07 | Lenalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In associazione con desametasone, o bortezomib e desametasone, o melfalan e prednisone e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA 102 del 21 luglio 2020) | |
| L04AX05 | Pirfenidone | os | RR/RNRL | H | Registro web-based AIFA | Treatmento di fibrosi polmonare idiopatica da lieve a moderata | Hub: - Pneumologia - Medicina Interna - Ambulatorio di Insufficienza Respiratoria e Urgenze in Malattie Dell' Apparato Respiratorio (AOU CZ) - Pneumologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| L04AX06 | Pomalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA - Legge 648/96 | in associazione a desametasone è indicato nel trattamento di pazienti adulti con amiloidosi AL sottoposti a precedenti terapie, comprendenti sia lenalidomide che bortezomib che non abbiano determinato una risposta ematologica completa o parziale molto buona (definita come dFLC <40 mg/L nei soggetti con dFLC basale >50 mg/L o come dFLC <10 mg/L nei soggetti con dFLC basale tra 20 e 50 mg/L). | Hub: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AX06 | Pomalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | 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 | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia Spoke: Rossano: area dedicata di Ematologia in SC Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AX06 | Pomalidomide | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | In associazione con bortezomib e desametasone, e' indicato nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia comprendente lenalidomide | Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| L04AX07 | Dimetilfumarato | os | RR/RRL | A-PHT | Scheda di prescrizione cartacea AIFA | Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | 65 |
| L04AX08 | Dimetilfumarato | os | RR/RRL | A | | Treatmento della psoriasi a placche da moderata a severa negli adulti che necessitano di terapia farmacologica sistemica | Hub e Spoke: - Dermatologia | |
| M | SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO | | | | | | | |
| M01AB01 | Indometacina | os,ev,im,loc | RR | A/C | | Artropatie su base connettivtica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AB05 | Diclofenac | os,loc,im | RR | A/C | | Artropatie su base connettivtica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AB14 | Proglumetacina | os | RR | A | | Artropatie su base connettivtica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| M01AB55 | Diclofenac Sodico/Misoprostolo | os | RR | A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AC01 | Piroxicam | os,im | RR | A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AE01 | Ibuprofene | os | OTC/RR | C/A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AE02 | Naprossene | os | RR | A/C | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AE03 | Ketoprofene | ev,os | RR | A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AE09 | Flurbiprofene | os | RR | A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AE12 | Oxaprozina | os | RR | A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. | | 66 |
| M01AX17 | Nimesulide | os | RR | A | | Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta Trattamento di breve durata del dolore acuto | | 66 |
| M04AA04 | Febuxostat | os | RR | A | | Trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti. | | 91 |
| M05BA02 | Acido Clodronico Sale Disodico | im | RR | A/C | | Trattamento delle lesioni osteolitiche da metastasi ossee e del mieloma multiplo | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia | 42 |
| M05BA03 | Acido Pamidronico Sale Disodico | ev | RNRL | H | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------|-----------|--------------|------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| M05BA04 | Acido Alendronico Sale Sodico | os | RR | A | | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura | Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia | 79 |
| M05BA04 | Acido Alendronico Sale Sodico | os | RR | A | | Indicato negli adulti per la prevenzione degli eventi scheletrici (fratture patologiche, complicanze ossee che richiedono l'uso della radioterapia o della chirurgia) in pazienti affette da tumore della mammella e metastasi ossee; | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Medicina Interna - Ortopedia | |
| M05BA06 | Acido Ibandronico | os,ev | RNRL | A-PHT | | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura | Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia | 79 |
| M05BA06 | Acido Ibandronico | os,ev | RNRL | A-PHT | | Indicato negli adulti per la prevenzione degli eventi scheletrici (fratture patologiche, complicanze ossee che richiedono l'uso della radioterapia o della chirurgia) in pazienti affette da tumore della mammella e metastasi ossee; | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Medicina Interna - Ortopedia | |
| M05BA07 | Acido Risedronico | os | RR | A | | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura | Hub, Spoke: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia Ambulatori specialistici territoriali: - Ortopedia - Fisiatria - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia - Reumatologia | 79 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| M05BA08 | Acido Zolendronico Monoidrato | ev | RNRL/OSP | H | | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura | <p>Hub, Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortopedia - Fisiatria - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia - Reumatologia | 79 |
| M05BA08 | Acido Zolendronico Monoidrato | ev | RNRL/OSP | H | | | <p><u>Acido Zolendronico 5 mg (fino a 4 unità-sacche o flaconcini)</u></p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Reumatologia - Geriatria - Endocrinologia - Ginecologia - Ortopedia <p><u>Acido Zolendronico 4 mg (fino a 4 unità-sacche o flaconcini)</u></p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia - Urologia <p>OSP: 5 mg (unità superiori a 4) OSP: 4 mg (unità superiori a 4)</p> | |
| M05BB03 | Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo) | os | RR | A | | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura | <p>Hub, Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortopedia - Fisiatria - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia - Reumatologia | 79 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| M05BX04 | Denosumab | sc | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura | Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia Nota prot. n. 427568 del 2020 - Ambulatorio di Endocrinologia del Distretto Valle Crati (ASP CS) - Ambulatorio di Geriatria del Poliambulatorio di Amantea (ASP CS) - CdC Madonna dello Scoglio (Cotronei - ASP KR) | 79 |
| M05BX04 | Denosumab | sc | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | 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. | Hub e Spoke: - Oncologia | |
| M05BX04 | Denosumab | sc | RRL | A-PHT | | Trattamento di adulti e adolescenti con apparato scheletrico maturo con tumore a cellule giganti dell'osso non resecabile o per i quali la resezione chirurgica potrebbe provocare severa morbidità | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| M05BX05 | Burosumab | sc | RNL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'ipofosfatemia X-linked (XLH) con evidenza radiografica di malattia ossea, nei bambini di età pari o superiore ad un anno e negli adolescenti con sistema scheletrico in crescita | Centri di riferimento autorizzati alla diagnosi e al trattamento dell'ipofosfatemia X-linked (XLH) individuati dalle regioni | |
| M05BX06 | Romozosumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche | Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia | 79 |
| M09AB02 | Collagenasi di clostridium histolyticum | im | RL/OSP | H | | E' indicato nel trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con corda palpabile | - Ortopedia (specializzata nella chirurgia della mano) | |
| M09AB02 | Collagenasi di clostridium histolyticum | im | RL/OSP | H | | E' indicato nel trattamento di uomini adulti affetti da malattia di Peyronic con placca palpabile e curvatura di almeno 30 gradi all'inizio della terapia | - Ortopedia (specializzata nella chirurgia della mano) | |
| M09AX03 | Ataluren | os | RNRL | H | | Trattamento della distrofia muscolare di Duchenne 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. L'efficacia non è stata dimostrata nei pazienti non deambulanti | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| M09AX07 | Nusinersen | intrat | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'atrofia muscolare spinale 5q | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| M09AX09 | Onasemnogene Aboeparvovec | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti con peso fino a 13,5 kg: diagnostic clinica di SMA di tipo 1 ed esordio nei primi sei mesi di vita, oppure diagnosi genetica di SMA di tipo 1 (mutazione biallelica nel gene SMN1 e fino a due copie del gene SMN2) | Hub: - Neurologia - Pediatria - Genetica medica Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| M09AX10 | Risdiplam | os | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti a partire da 2 mesi di età, con una diagnosi clinica di SMA di tipo 1, tipo 2 o tipo 3 o aventi da una a quattro copie di SMN2 | Hub: - Neurologia - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| SISTEMA NERVOSO | | | | | | | | |
| N01AX03 | Ketamina | ev | OSP | H | | Come unico anestetico per manovre chirurgiche e diagnostiche. Nonostante sia più indicato per interventi brevi, KETAMINA MOLTENI può essere usato, con dosi addizionali, per interventi di maggiore durata. Qualora si desideri rilascio della muscolatura scheletrica, si usi un miorelassante e si tenga sotto controllo la respirazione. Per indurre l'anestesia prima di somministrare altri anestetici generali. Come supplemento ad altri anestetici. | Uso esclusivo in ambiente ospedaliero | |
| N02AE01 | Buprenorfina (Cloridrato) | os,im,ev,td | RMR | A/H | | Trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppioidi, nell'ambito di un contesto di trattamento medico, sociale e psicologico | Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | |
| N02BG10 | Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo | inal | RNRL | H | | 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 | PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017 | |
| N02CD01 | Erenumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese | Rete Regionale delle Cefalee (DCA n. 21 del 07/03/2022) | |
| N02CD02 | Galcanezumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese | Rete Regionale delle Cefalee (DCA n. 21 del 07/03/2022) | |
| N02CD03 | Fremanezumab | sc | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese | Rete Regionale delle Cefalee (DCA n. 21 del 07/03/2022) | |
| N03AF03 | Rufinamide | os | RRL | A | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Neurologia | |
| N03AF04 | Eslicarbazepina acetato | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Neurologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N03AX10 | Felbamato | os | RRL | A | | | Hub e Spoke: - Neurologia - Pediatria - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neurologo - Pediatra | |
| N03AX12 | Gabapentin | os | RR | A | | 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, neuropatia associata a malattia, 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, neuropatia diabetica | Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo | 4 |
| N03AX12 | Gabapentin | os | RR | A | | Trattamento della epilessia | Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo | |
| N03AX16 | Pregabalin | os | RR | A | | 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, neuropatia associata a malattia, 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, neuropatia diabetica | Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo | 4 |
| N03AX16 | Pregabalin | os | RR | A | | Trattamento della epilessia | Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo | |
| N03AX16 | Pregabalin | os | RR | A | | Trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato | Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Psichiatria | |
| N03AX21 | Retigabina | os | RR | A | | E' 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 | Hub e Spoke: - Neurologia | |
| N03AX22 | Perampanel | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neurologo | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N03AX23 | Brivaracetam | os/ev | RR/OSP | A-PHT/C | PT Cartaceo AIFA | Terapia aggiuntiva nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti ed adolescenti a partire dai 16 anni di età con epilessia | Hub e Spoke: - Neurologia - Neuropsichiatria infantile | |
| N03AX24 | Cannabidiolo | os | RNRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Indicato, come terapia aggiuntiva, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Lennox Gastaut (LGS) nei pazienti a partire da due anni di età' | Hub e Spoke: - Neurologia - Neuropsichiatria infantile | |
| N03AX25 | Cannabidiolo | os | RNRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Indicato, come terapia aggiuntiva, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Dravet (DS) nei pazienti a partire da due anni di età' | Hub e Spoke: - Neurologia - Neuropsichiatria infantile | |
| N03AX26 | Cannabidiolo | os | RNRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Indicato come terapia aggiuntiva per le crisi epilettiche associate a sclerosi tuberosa complessa (TSC) nei pazienti a partire da due anni di età' | Hub : - Neurologia | |
| N03AX25 | Cenobamato | os | RRL | A-PHT | | Indicato come terapia aggiuntiva delle crisi convulsive a insorgenza focale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti affetti da epilessia che non sono stati adeguatamente controllati nonostante una storia di trattamento con almeno due medicinali antiepilettici. | Hub e Spoke: - Neurologia | |
| N03AX26 | Fenfluramina | os | RNRL | A-PHT | | Trattamento di crisi epilettiche associate alla sindrome di Dravet come terapia aggiuntiva ad altri medicinali antiepilettici per pazienti di età pari o superiore ai 2 anni | Hub: - Neurologia | |
| N04BA03 | Levodopa/Carbidopa/Entacapone | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neurologo | |
| N04BC06 | Cabergolina | os | RNL/RNR | A/C | Scheda Regionale DCA PT generico | | <u>Classe C</u> Ambulatori specialistici territoriali: - Geriatria - Neurologia - Psichiatria | |
| N04BD02 | Rasagilina mesilato | os | RR | A | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Psichiatria - Geriatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Geriatria - Neurologo - Psichiatria | |
| N04BX01 | Tolcapone | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Geriatria - Neurologia | |
| N04BX02 | Entacapone | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Geriatria - Neurologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N04BX04 | Opicapone | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Terapia aggiuntiva alle associazioni di levodopa/inibitori della DOPA decarbossilasi (DOPA decarboxylase inhibitors, DDCI) in pazienti adulti con malattia di Parkinson e fluttuazioni motorie di fine dose che non sono stabilizzate con queste associazioni | | |
| N05AE04 | Ziprasidone Cloridrato | os | RR | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Psichiatria | |
| N05AE05 | Lurasidone | os | RR | A-PHT | | Tattamento della schizofrenia in pazienti adulti | Hub e Spoke: - Psichiatria | |
| N05AH01 | Loxapina | inal | OSP | H | PT Cartaceo AIFA | E' indicato per il controllo rapido dello stato di agitazione da lieve a moderato in pazienti adulti affetti da schizofrenia o disturbo bipolare. I pazienti devono ricevere il trattamento abituale immediatamente dopo il controllo dei sintomi acuti di agitazione | Hub e Spoke: - Psichiatria | |
| N05AH02 | Clozapina | os | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche | |
| N05AH03 | Olanzapina | os,im | RR/RNRL | A-PHT/H | | | Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche | |
| N05AH04 | Quetiapina (fumarato) | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche | |
| N05AH05 | Asenapina | os | RR | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche | |
| N05AX08 | Risperidone | os,im | RR/RNRL | A-PHT/H | | | Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N05AX12 | Aripiprazolo | os,im | RR/RNRL | A-PHT/H | | | <p>Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche</p> | |
| N05AX13 | Paliperidone | os,im | RR/RNRL | A-PHT/H | | Trattamento della schizofrenia negli adulti e negli adolescenti a partire dai 15 anni di età | <p>Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche</p> | |
| N05AX16 | Brexpiprazolo | Os | RR | A-PHT | | Indicato per il trattamento della schizofrenia nei pazienti adulti | <p>Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche</p> | |
| N05CD08 | Midazolam | os | RRL | A | PT cartaceo AIFA | <p>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</p> <p>Forme idiopatiche Sindrome di Dravet Sindrome di Panayiotopoulos</p> <p>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</p> <p>Forme idiopatiche Forme sintomatiche a varia eziologia</p> | <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Neurologia - Pediatria</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria infantile</p> | 93 |
| N06AB03 | Fluoxetina | os | RR | A | | | <p>Hub e Spoke: - Psichiatria</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile</p> | |
| N06AX21 | Duloxetina cloridrato | os | RR | A/C | | neuropatia diabetica | <p><u>Per la neuropatia diabetica</u></p> <p>Hub e Spoke: - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la terapia del dolore</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo</p> | 4 |
| N06AX21 | Duloxetina cloridrato | os | RR | A/C | | Trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato | <p>Hub e Spoke: - Psichiatria</p> | |
| N06AX26 | Vortioxetina bromidrato | os | RR | A | | Trattamento episodi depressivi maggiori negli adulti | <p>Hub e Spoke: - Psichiatria</p> | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------|--------------|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N06AX27 | Esketamina | inal | RMR | H | | In combinazione con un SSRI o un SNRI, è indicato per adulti con disturbo depressivo maggiore resistente al trattamento, che non hanno risposto ad almeno due diversi trattamenti con antidepressivi nel corso dell'attuale episodio depressivo da moderato a grave | Hub e Spoke: - Psichiatria | |
| N06BA04 | Metilfenidato (cloridrato) | os | RMR | A-PHT | PT web-based AIFA - Legge 648/96 | Indicato come parte di un programma globale di trattamento del disturbo da deficit di 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 dimostrano insufficienti. Il trattamento deve essere effettuato sotto il controllo di uno specialista in disturbi comportamentali in età pediatrica. | Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria infantile | |
| N06BA07 | Modafinil | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Neurologia | |
| N06BA09 | Atomoxetina (cloridrato) | os | RNRL | A-PHT | PT web-based AIFA - Legge 648/96 | | Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria infantile | |
| N06BA14 | Solriamfetol | os | RRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Indicato per: - migliorare lo stato di veglia e ridurre la sonnolenza diurna eccessiva in pazienti adulti affetti da narcolessia (con o senza cataplessia). - migliorare lo stato di veglia e ridurre la sonnolenza diurna eccessiva (Excessive Daytime Sleepiness, EDS) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva del sonno (Obstructive Sleep Apnoea, OSA) nei quali l'EDS non e' stata trattata in modo soddisfacente con la terapia primaria per l'OSA, ad esempio la pressione positiva continua nelle vie aeree (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) | Hub: - Neurologia | |
| N06BX13 | Idebenone | os | RR | C | | - Nel trattamento di deficit cognitivo- comportamentali conseguenti a patologie cerebrali sia di origine vascolare che degenerativa - Miocardiopatia nei pazienti affetti da Atassia di Friedreich | Hub: - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| N06BX14 | Idebenone | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | E' indicato per il trattamento della compromissione visiva in pazienti adulti e adolescenti affetti da neuropatia ottica ereditaria di Leber (LHON) | Hub e Spoke: - Oftalmologia - Neurologia | |
| N06DA02 | Donepezil Cloridrato | os | RRL/RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 | 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) | 85 |
| N06DA03 | Rivastigmina | os,transderm | RRL | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 | 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) | 85 |
| N06DA04 | Galantamina (bromidato) | os | RRL | A | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 | 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) | 85 |
| N06DX01 | Memantina (cloridrato) | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 | 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) | 85 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N07BB04 | Naltrexone Cloridrato | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | |
| N07BC05 | Levometadone cloridrato | os | OSP | C | | Terapia sostitutiva di mantenimento nella dipendenza da oppioidi negli adulti, in associazione con un adeguato supporto medico, sociale e psicosociale. | Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | |
| N07BC51 | Buprenorfina/naloxone | os | RMR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | |
| N07XX | Edaravone | ev | OSP | | | Trattamento di pazienti con diagnosi definita o probabile di sclerosi laterale amiotrofica, selezionati secondo specifici criteri: eta' ≥ 18 anni; punteggio ≥ 2 in ogni item della scala ALS Functional Rating Scale-Revised (ALSFRRS-R); funzionalità respiratoria caratterizzata da un valore di Capacità Vitale Forzata (CVF) ≥ 80% del teorico; durata di malattia dall'esordio dei sintomi ≤ 2 anni; riduzione di 1-4 punti nel punteggio ALS Functional Rating Scale-Revised nelle 12 settimane precedenti all'inizio del trattamento. | Hub: - Neurologia (GOM RC-AOU CZ-AO CS) Spoke: - Neurologia (PO VV-ASP VV) | |
| N07XX02 | Riluzolo | os | RRL | A-PHT | | sclerosi laterale amiotrofica (SLA) | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Neurologia | |
| N07XX04 | Sodio oxibato | os | RNRL | C/H | | narcolessia con cataplessia in pazienti adulti | <u>Classe C</u> Neurologia <u>Classe H</u> Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche | |
| N07XX05 | Amifampridina | os | RRL | C | | Trattamento sintomatico della sindrome miastenica di Lambert-Eaton (LEMS) negli adulti | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Neurologia | |
| N07XX06 | Tetrabenazina | os | RRL | A | | | Hub e Spoke: - Neurologia - Psichiatria - Geriatria | |
| N07XX08 | Tafamidis | os | RRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'amiloidosi | Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| N07XX08 | Tafamidis | os | RRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild type o ereditaria nei pazienti adulti affetti da cardiomiopia (ATTR-CM) | Hub: - Cardiologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| N07XX11 | Pitolisant | os | RRL | A | PT cartaceo AIFA | Indicato per migliorare lo stato di veglia e ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna (excessive daytime sleepiness, EDS) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva nel sonno (obstructive sleep apnea, OSA) nei quali l'EDS non è stata trattata in modo soddisfacente dalla terapia primaria per l'OSA, ad esempio la pressione continua positiva delle vie aeree (continuous positive airway pressure, CPAP) o nei quali tale terapia non sia stata tollerata. | Hub: - Neurologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| N07XX12 | Patisiran Sodico | ev | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina (amiloidosiATTR) in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o stadio 2. | Hub e Spoke: - Medicina Interna - Neurologia | |
| N07XX15 | Inotersen | sc | RNRL | H | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da amiloidosi ereditaria da accumulo da transtiretina (HATTR) con polineuropatia in stadio 1 o 2 | Hub: - Medicina Interna - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| P01CX01 | Pentamidina Isetionato | ev | RRL | A-PHT | | | Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia | |
| R | SISTEMA RESPIRATORIO | | | | | | | |
| R03AC04 | Fenoterolo | inal | RR | A | | trattamento sintomatico degli attacchi asmatici; profilassi dell'asma da sforzo; trattamento sintomatico dell'asma bronchiale e di altre affezioni broncopulmonari | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | |
| R03AC12 | Salmeterolo Xinafoato | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AC13 | Formoterolo | inal,os | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AC18 | Indacaterolo | os | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AC19 | Olodaterolo | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AK06 | Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Propionato | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AK07 | Budesonide/Formoterolo Fumarato | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AK08 | Formoterolo/beclometasone | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-------------------------------------------------|-----------|--------------|------------|---------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| R03AK10 | Fluticasone furoato/vilanterolo | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AL03 | Umeclidinio bromuro/Vilanterolo trifrenatato | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AL04 | Indacaterolo/glicopirronio bromuro | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AL05 | Bromuro di acilidinio/Formoterolo | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AL06 | Tiotropio/Olodaterolo | inal | RRL | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | |
| R03AL07 | Glicopirronio/Formoterolo | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AL08 | Fluticasone/Umeclidinio/Vilanterolo | inal | RRL | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | |
| R03AL09 | Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro | inal | RRL | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03AL11 | Glicopirronio/Formoterolo/Budesonide | inal | RRL | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03BB04 | Tiotropio bromuro cloridrato | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03BB05 | Acilidinio bromuro | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| R03BB06 | Glicopirronio bromuro | inal | RR | A | PT Sistema TS | Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia | 99 |
| R03DC03 | Montelukast | os | RR | A | | 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 | Hub e Spoke: - Pneumologia - Medicina Generale Ambulatori specialistici territoriali: - Allergologia - Pneumologia - Pediatria - Medicina Per pazienti pediatrici affetti da asma (Nota 336746/2018) - Pediatria | 82 |
| R03DX05 | Omalizumab | sc,ev | RRL | A-PHT | | Asma di accertata natura IgE mediata | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena- ASP Reggio Calabria | |
| R03DX05 | Omalizumab | sc,ev | RRL | A-PHT | PT web-based AIFA | Orticaria cronica spontanea | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia - Pediatria | |
| R03DX05 | Omalizumab | sc | RRL | A-PHT | | Indicato come terapia aggiuntiva ai corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti (età pari o superiore a diciotto anni) con CRSwNP grave per i quali la terapia con i corticosteroidi intranasali non fornisce un controllo adeguato della malattia | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Allergologia - ORL | |
| R03DX07 | Roflumilast | os | RRL | A-PHT | | 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 | Hub e Spoke: - Pneumologia - Geriatria - Medicina Generale | |
| R03DX09 | Mepolizumab | sc,ev | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | Terapia aggiuntiva per l'asma eosinofilo refrattario severo in pazienti adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena- ASP Reggio Calabria | |
| R03DX09 | Mepolizumab | sc,ev | RRL | A-PHT | PT cartaceo AIFA | indicato come terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con CRSwNP severa per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non forniscono un controllo adeguato della malattia | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| R03DX10 | Benralizumab | sc | RRL | A-PHT | PT Cartaceo AIFA | Terapia di mantenimento aggiuntiva in pazienti adulti con asma eosinofilo severo non adeguatamente controllato malgrado l'impiego di corticosteroidi per via inalatoria a dosi elevate e β -agonisti a lunga durata d'azione | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena- ASP Reggio Calabria | |
| R05CB13 | Dornase alfa | inal | RNRL | A-PHT | | | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R05DA20 | Diidrocoideina + acido benzoico | os | RR | A | | tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie | | 31 |
| R05DA | Diidrocoideina | os | RR | A | | tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie | | 31 |
| R05DB27 | Levodropropizina | os | RR | A | | tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie | | 31 |
| R06AD02 | Prometazina Cloridrato | im,os | RR | A | | Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni) | | 89 |
| R06AE06 | Oxatomide | os | RR | A | | Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni) | | 89 |
| R06AE07 | Cetirizina Dicloridrato | os | RR | A | | Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni) | | 89 |
| R06AE09 | Levocetirizina dicloridrato | os | RR | A | | Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni) | | 89 |
| R06AX13 | Loratadina | os | RR | A | | Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni) | | 89 |
| R06AX17 | Ketotifene fumarato acido | os | RR | A | | Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni) | | 89 |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in monoterapia per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari e superiore a 6 anni e di peso pari o superiore a 25 kg affetti da fibrosi cistica (FC), che hanno una delle seguenti mutazioni di gating (di classe III) nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R. [Data inizio monitoraggio AIFA 05/05/2015] o che hanno una mutazione R117H CFTR [Data inizio monitoraggio AIFA 12/04/2017 per i pz i età pari o superiore a 18 anni]; [Data inizio monitoraggio 04/01/2022 per i pz di età pari o superiore a 6 anni] | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | In un regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età' pari e superiore a sei e minore di dodici anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione F508del nel gene CFTR | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Kalydeco» compresse e' indicato in regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età' pari e superiore a sei anni, che sono omozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) con una mutazione a funzione minima (MF) | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Kalydeco» compresse e' indicato in regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età' pari e superiore a sei anni, che sono eterozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) per F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF) | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Kalydeco» compresse e' indicato in regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età' pari e superiore a sei anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure; di funzione residua (genotipo F/RF) oppure; non classificata (genotipo F/non classificato) oppure; non identificata (genotipo F/non identificato). | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | | Indicato in associazione con ivacaftor 75 mg/tezacaftor 50 mg/elexacaftor 100 mg compresse per il trattamento di adulti e adolescenti di età' pari e superiore a sei anni affetti da fibrosi cistica (FC), omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR o eterozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF) | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | | Indicato in un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse, per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età' pari e superiore a 12 anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure di funzione residua (genotipo F/RF) oppure non classificata (genotipo F/non classificato) oppure non identificata (genotipo F/non identificato) | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX02 | Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | | In un regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età' pari e superiore a sei e minore di dodici anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione F508del nel gene CFTR | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX30 | Lumacaftor / Ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Granulato: indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in bambini di età' pari o superiore a 2 anni omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| R07AX30 | Lumacaftor / ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX31 | Tezacaftor/ivacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento di pazienti affetti da fibrosi cistica (FC) di età pari e superiore a dodici anni, omozigoti per la mutazione F508del o eterozigoti per la mutazione F508del e che presentano una delle seguenti mutazioni nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR): P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A → G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789 + 5G → A, 3272-26A → G, e 3849 + 10kbC → T | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX32 | Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età pari e superiore a dodici anni, che sono omozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) o eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF). | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX32 | Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in un regime di associazione con ivacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età da sei a minore di dodici anni che hanno almeno una mutazione F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| R07AX33 | Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor | os | RRL | A-PHT | Registro web-based AIFA | Indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse, per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età pari e superiore a 12 anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure di funzione residua (genotipo F/RF) oppure non classificata (genotipo F/non classificato) oppure non identificata (genotipo F/non identificato) | Centro Regionale Fibrosi Cistica | |
| S | ORGANI DI SENSO | | | | | | | |
| S01AA12 | Tobramicina | loc | RR | C | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia Centri Fibrosi Cistica | |
| S01BA15 | Fluocinolone acetoneide | intravitr | OSP | H | PT Cartaceo AIFA | Trattamento della compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico cronico che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili. | Hub: - Oculistica | |
| S01BC10 | Nepafenac | loc | RR | H | | | Hub e Spoke: - Oculistica | |
| S01EB01 | Pilocarpina Cloridrato | loc | RR | A | | | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Oncologia - Oculistica - Gastroenterologia | |
| S01LA03 | Pegaptanib sodico | intravitr | OSP | H | | E' indicato per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD) negli adulti | Hub e Spoke: - Oculistica | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|---------------------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|
| S01LA04 | Ranibizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| S01LA04 | Ranibizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Edema maculare diabetico (DME) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| S01LA06 | Ranibizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Trattamento della diminuzione visiva causata dall'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale) | Hub e Spoke: - Oculistica | |
| S01LA07 | Ranibizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Trattamento della diminuzione visiva causata da neovascolarizzazione coroideale (CNV) secondaria a miopia patologica (PM) | Hub e Spoke: - Oculistica | |
| S01LA05 | Aflibercept | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| S01LA05 | Aflibercept | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Edema maculare diabetico (DME) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| S01LA06 | Aflibercept | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Compromissione della vista dovuta a edema maculare secondario a occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale) | Hub e Spoke: - Oculistica | |
| S01LA06 | Brolucizumab | intravitr | OSP | H | Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf | Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa) | Hub e Spoke: - Oculistica | 98 |
| S01XA18 | Ciclosporina | loc | RRL | A-PHT | | Trattamento di severa cheratocongiuntivite Vernal (VKC) nei bambini al di sopra di 4 anni e negli adolescenti | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| S01XA19 | Cellule epiteliali corneali umane autologhe | imp. sc | OSP | H | Registro web-based AIFA | 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. Per la biopsia sono necessari almeno 1-2 mm2 di tessuto limbare non danneggiato | Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) | |
| S01XA22 | Ocriplasmina | intravitr | OSP | H | | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|----------------------------|---------------|--------------|------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| S01XA24 | Cenegermin | loc | RNRL | H | | Trattamento della cheratite neurotrofica moderata (difetto epiteliale persistente) o severa (ulcera corneale) negli adulti | Hub e Spoke: - Oculistica | |
| S01XA27 | Voretigenene neparovvec | sottoretinico | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di pazienti adulti e pediatrici con perdita della vista dovuta adistrofia retinica ereditaria causata da mutazioni bialleliche confermate di RPE65 e che abbiano sufficienti cellule retiniche vitali | Hub: - Oculistica | |
| V | VARI | | | | | | | |
| V01AA02 | Polline di graminacee | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Allergologia - Pediatria - Otorinolaringoiatria - Pneumologia - Immunologia | |
| V03AB35 | Sugammadex | ev | OSP | H | | Antagonismo del blocco neuromuscolare indotto da rocuronio o vecuronio negli adulti. Per la popolazione pediatrica: sugammadex è raccomandato solo per l'antagonismo di routine del blocco indotto da rocuronio in bambini e adolescenti di età compresa tra 2 e 17 anni. | Uso esclusivo in ambiente ospedaliero | |
| V03AB37 | Idarucizumab | ev | OSP | H | | Indicato nei pazienti adulti trattati con dabigatranetexilato nei casi in cui si rende necessaria l'inattivazione rapida dei suoi effetti anticoagulanti: negli interventi chirurgici di emergenza/nelle procedure urgenti nel sanguinamento potenzialmente fatale o non controllato. | Uso esclusivo in ambiente ospedaliero DCA 88/2017 | |
| V03AB38 | Andexanet alfa | ev | OSP | C | | Indicato per pazienti adulti trattati con un inibitore diretto del fattore Xa (Fxa) (apixaban o rivaroxaban), quando è richiesta l'inversione della terapia anticoagulante a causa di emorragie potenzialmente fatali o incontrollate | Hub e Spoke: - Centri DEA 1 e 2 - Pronto Soccorso Elenco sito Ministero della Salute aggiornato al 6 dicembre 2021 | |
| V03AC01 | Deferoxamina Mesilato | im,ev,sc | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia - Servizio Trasfusionale - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria | |
| V03AC02 | Deferiprone | os | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| V03AC03 | Deferasirox | os | RNRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Ematologia (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale) | |
| V03AE01 | Sodio Polistiren Solfonato | os | RR | A | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Nefrologia - Cardiologia - Emodialisi - Nefrologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| V03AE02 | Sevelamer | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Emodialisi - Nefrologia | |
| V03AE03 | Lantano carbonato idrato | os | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Emodialisi - Nefrologia | |
| V03AE05 | Ossiidrossido sucroferrico | os | RRL | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub e Spoke: - Nefrologia | |
| V03AE09 | Patiromer | os | RRL | A-PHT | | Indicato per il trattamento dell'iperkalemia negli adulti | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Nefrologia - Medicina interna | |
| V03AE10 | Ciclosilicato di sodio e zirconio | os | RRL | A-PHT | PT cartaceo AIFA | Indicato per il trattamento dell'iperkalemia negli adulti | Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Nefrologia - Medicina interna | |
| V03AF01 | Mesna | ev | RR | A-PHT | Scheda Regionale DCA PT generico | | Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia | |
| V03AF03 | Calcio Folinato | im,ev,os | RR | A | | Recupero (rescue) dopo terapia con antagonisti dell'acido diidrofolicco | | 11 |
| V03AH01 | Diazossido | os | RRL | A | | | Hub e Spoke: - Medicina Generale - Oncologia - Gastroenterologia - Pediatria | |
| V04CD01 | Metirapone | os | RNRL | A-PHT | | | Hub: - Medicina Generale - Endocrinologia | |
| V04CJ01 | Tireotropina alfa | im | OSP | H | | | Hub, Spoke e Ospedali generali - Oncologia | |

| Codice ATC | Principio Attivo | Via somm. | Tipo Ricetta | Classe SSN | PT/WEB- BASED | INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA | CENTRI PRESCRITTORI | Nota AIFA o altro |
|------------|-----------------------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| V10XX02 | Ibritumomab tiuxetano | ev | OSP | H | | Indicato come terapia di consolidamento dopo l'induzione della remissione in pazienti con linfoma follicolare non pretrattati | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia - Oncoematologia <p>Spoke:</p> <p>Rossano:area dedicata di Ematologia In SC Oncologia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia (PO KR) - Ematologia (PO KR) - Microcitemia (PO KR) <p>(DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| V10XX03 | Ibritumomab tiuxetano | ev | OSP | H | | Indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non-Hodgkin (NHL) follicolare a cellule B CD20+ recidivanti o refrattari a rituximab | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia - Oncoematologia <p>Spoke:</p> <p>Rossano:area dedicata di Ematologia In SC Oncologia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia (PO KR) - Ematologia (PO KR) - Microcitemia (PO KR) <p>(DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)</p> | |
| V10XX03 | Radio-223 dicloruro | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | In monoterapia o in associazione con un analogo dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (Luteinising Hormone-Releasing Hormone, LHRH) è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione (metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer,mCRPC), con metastasi ossee sintomatiche e senza metastasi viscerali note, in progressione dopo almeno due precedenti linee di terapia sistemica per il mCRPC (diverse dagli analoghi del LHRH) o non eleggibili ai trattamenti sistemici disponibili per il mCRPC 2. limitare l'uso ai pazienti che sono stati sottoposti a due precedenti trattamenti per il carcinoma prostatico metastatico (cancro della prostata che si è diffuso alle ossa) o che non possono ricevere altri trattamenti. | <p>Hub, Spoke e Ospedali generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia | |
| V10XX04 | Lutezio-177LU-Oxodotreotide | ev | OSP | H | Registro web-based AIFA | Trattamento di tumori neuroendocrini gastroenteropancreatici (NET-GEP) ben differenziati (G1 e G2), progressivi, non asportabili o metastatici, positivi ai recettori per la somatostatina. | <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia - Radioterapia | |

| PRINCIPIO ATTIVO | Area Reumatologia | | | | | Area Dermatologia | | | Area Gastroenterologia | |
|---------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|
| | ARTRITE REUMAT. (AR) | ARTRITE PSORIASICA (AP) | SPONDILITE ANCHILOS. (SA) | SPONDILARTRITE ASSIALE | ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ARTRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE | ARTRITE PSORIASICA (AP) | PSORIASI A PLACCHE | IDROSADENITE SUPPURATIVA | MALATTIA DI CROHN | COLITE ULCEROSA |
| INIBITORI DEL TNF-alfa | | | | | | | | | | |
| Adalimumab L04AB04 SC | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | X | X (con MTX o in monoterapia) Adulti e bambini | X | X Adulti e Bambini | X | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| Adalimumab biosimilare L04AB04 SC | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | X | X (con MTX o in monoterapia) Adulti e bambini | X | X Adulti e Bambini | X | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| Certolizumab Pegol L04AB05 SC | X (con MTX o in monoterapia) | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X | NO | NO | NO |
| Etanercept L04AB01 SC | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X | X | X Adulti e Bambini | NO | NO | NO |
| Etanercept biosimilare L04AB01 SC | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X | X | X Adulti e Bambini | NO | NO | NO |
| Golimumab L04AB06 SC | X (con MTX) | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | X |
| Infliximab L04AB02 Infusione EV | X (con MTX) | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X | NO | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| Infliximab biosimilare L04AB02 Infusione EV | X (con MTX) | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X | NO | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA | | | | | | | | | | |
| Anakinra L04AC03 SC | X (con MTX) | NO | NO | NO | X (malattia di Still) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Brodalumab L04AC12 SC | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO |
| Canakinumab L04AC08 SC | NO | NO | NO | NO | X (malattia di Still) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Guselkumab L04AC16 SC | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X | NO | NO | NO |

| PRINCIPIO ATTIVO | Area Reumatologia | | | | | Area Dermatologia | | | Area Gastroenterologia | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| | ARTRITE REUMAT. (AR) | ARTRITE PSORIASICA (AP) | SPONDILITE ANCHILOS. (SA) | SPONDILARTRITE ASSIALE | ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE | ARTRITE PSORIASICA (AP) | PSORIASI A PLACCHE | IDROSADENITE SUPPURATIVA | MALATTIA DI CROHN | COLITE ULCEROSA |
| Ixekizumab L04AC13 SC | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X Adulti e bambini | NO | NO | NO |
| Risankizumab L04AC EV | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO |
| Sarilumab L04AC14 SC | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Secukinumab L04AC10 SC | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X Adulti e bambini | NO | NO | NO |
| Tildrakizumab L04AC17 SC | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO |
| Tocilizumab L04AC07 EV, SC | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Ustekinumab L04AC05 SC | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapia) | X Adulti e bambini | NO | X | X |
| IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI | | | | | | | | | | |
| Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC | X (con MTX) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Apremilast L04AA32 OS | NO | X | NO | NO | NO | X | X | NO | NO | NO |
| Baricitinib L04AA37 OS | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Filgotinib L04AA45 OS | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

| PRINCIPIO ATTIVO | Area Reumatologia | | | | | Area Dermatologia | | | Area Gastroenterologia | |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| | ARTRITE REUMAT. (AR) | ARTRITE PSORIASICA (AP) | SPONDILITE ANCHILOS. (SA) | SPONDILARTRIR E ASSIALE | ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE | ARTRITE PSORIASICA (AP) | PSORIASI A PLACCHE | IDROSADENITE SUPPURATIVA | MALATTIA DI CROHN | COLITE ULCEROSA |
| Tofacitinib L04AA29 OS | X (con MTX o in monoterapia) | X (con MTX) | NO | NO | NO | X (con MTX) | NO | NO | NO | X |
| Upadacitinib L04AA44 OS | X (con MTX o in monoterapia) | X (con MTX o in monoterapia) | X | NO | NO | X (con MTX o in monoterapia) | NO | NO | NO | NO |
| Vedolizumab L04AC10 SC | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | X |
| ANTICORPI MONOCLONALI | | | | | | | | | | |
| Rituximab L01XC02 Infusione EV | X (con MTX) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Rituximab biosimilare L01XC02 Infusione EV | X (con MTX) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

| Principio attivo | Centri Autorizzati alla prescrizione |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INIBITORI DEL TNF-alfa | |
| Adalimumab L04AB04 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| Adalimumab biosimilare L04AB04 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| Certolizumab Pegol | |

| | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L04AB05 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Golimumab L04AB06 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| Etanercept L04AB01 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia |
| Etanercept biosimilare L04AB01 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia |
| Infliximab L04AB02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| Infliximab biosimilare L04AB02 EV SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA | |
| Anakinra L04AC03 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia |
| Brodalumab L04AC12 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Canakimumab L04AC08 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia |

| | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Centri Malattie Rare |
| Guselkumab L04AC16 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Ixekizumab L04AC13 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Risankizumab L04AC EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Sarilumab L04AC14 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia |
| Secukinumab L04AC10 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia |
| Tildrakizumab L04AC17 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Tocilizumab L04AC07 EV e SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia |
| Ustekinumab L04AC05 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI | |
| Abatacept L04AA24 EV e SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia |
| Apremilast L04AA32 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |

| | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Baricitinib L04AA37 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |
| Filgotinib L04AA45 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |
| Tofacitinib L04AA29 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| Upadacitinib L04AA44 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Vedolizumab L04AA33 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| ANTICORPI MONOCLONALI | |
| Rituximab L01XC02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |
| Rituximab biosimilare L01XC02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione

ALLEGATO A-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA**

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

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

| | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cognome: _____ | Nome: _____ |
| Codice Fiscale _____ | Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estero |
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____ |
| ASP di residenza _____ | Regione di residenza _____ |

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

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

Anno esordio malattia: _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

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/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

PRECEDENTI TERAPIE:

MTX:

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: per mesi

Altri DMARDs: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____
Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) .

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasiaca 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 patient ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Se NO giustificare* _____

Spondiloartriti

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

Se NO giustificare* _____

* 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 MTX? si no

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abatacept (Orencia®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg | |

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Anakinra (Kineret®) | _____ mg sc ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Baricitinib (Olumiant®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Canakinumab (Ilaris®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Filgotinib (Jyseleca®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ixekinumab (Taltz®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab (Mabthera®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab biosimilare (Rixathon®, Truxima®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Sarilumab (Kevzara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tocilizumab (Roactemra®) | _____ mg infusione ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®)* <small>*solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide</small> | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Upadacitinib (Rinvoq®)* <small>*solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide</small> | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO A-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)

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

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------|
| Cognome: _____ | Nome: _____ |
| Codice Fiscale : _____ | Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____ |
| Peso (kg) _____ | Altezza (cm) _____ |

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

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

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

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/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

Dose MTX in corso (mg/settimana): os im 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 complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) .

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abatacept (Orencia®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Anakinra (Kineret®) | _____ mg sc ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Baricitinib (Olumiant®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Canakinumab (Ilaris®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Filgotinib (Jyseleca®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ixekinumab (Taltz®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab (Mabthera®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab biosimilare (Rixathon®, Truxima®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Sarilumab (Kevzara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tocilizumab (Roactemra®) | _____ mg infusione ev/sc ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Upadacitinib (Rinvoq®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |

***** IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Tofacitinib (Xeljanz®) - Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco - **Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti _____

*specificare la seguente causa di fallimento:

- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro _____

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast (Otezla®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*specificare la causa di controindicazione intolleranza: _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro _____

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

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

§§ **Artrite Reumatoide o psoriasica periferica:** Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 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

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente

- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
- comparsa di eventi avversi _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- Remissione

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abatacept (Orencia®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Anakinra (Kineret®) | _____ mg sc ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Baricitinib (Olumiant®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Canakinumab (Ilaris®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Filgotinib (Jyseleca®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ixekinumab (Taltz®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Rituximab (Mabthera®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab biosimilare (Rixathon®, Truxima®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Sarilumab (Kevzara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tocilizumab (Roactemra®) | _____ mg infusione ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Upadacitinib (Rinvoq®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |

***** IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Tofacitinib (Xeljanz®) - Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco - **Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti _____

*specificare la seguente causa di fallimento:

- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro _____

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast (Otezla®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*specificare la causa di controindicazione intolleranza: _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro _____

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Psoriasi a Placche

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

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

Cognome: _____ Nome: _____
 Codice Fiscale _____ Sesso: M F Estero
 Luogo di nascita _____ Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
 ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

Psoriasi a Placche Paziente Adulto Paziente Pediatrico

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

PRECEDENTI TERAPIE:

MTX:
 Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidità Altro _____

Ciclosporina:
 Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidità Altro _____

Dimetilfumarato:
 Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidità Altro _____

Psoriasi a Placche: 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 alle rispettive RCP e alla Scheda di Prescrizione cartacea di AIFA GU 117/2022.

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

Il/la paziente deve presentare:

- PASI > 10 e BSA > 10
 Oppure
 PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale
- Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:
 Farmaco (specificare) _____

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

Se NO Giustificare: _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Brodalumab (Kyntheum®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ixekizumab (Talz®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Risankizumab (Skyrizi®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tildrakizumab (Ilumetri®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane | |

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®]) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya [®]) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade [®]) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi [®] , Inflectra [®] , Remsima [®]) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ixekizumab (Talz [®]) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Risankizumab (Skyrizi [®]) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx [®]) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tildrakizumab (Ilumetri [®]) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara [®]) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane | |

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast (Otezla[®])** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

- Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

*specificare la causa di controindicazione intolleranza: _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

*specificare la causa di controindicazione intolleranza: _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

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

§§ Sospensione o Riduzione della dose: Riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

- Progressione di malattia inefficacia secondaria (perdita di efficacia) Remissione di malattia
- Gravidanza Intervento chirurgico Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- Altro (specificare): _____

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®)*** | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Brodalumab (Kyntheum®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Ixekizumab (Talz®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Risankizumab (Skyrizi®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tildrakizumab (Ilumetri®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | |

| | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast (Otezla®)** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

- Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

*specificare la causa di controindicazione intolleranza: _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

*specificare la causa di controindicazione intolleranza: _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

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

| | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cognome: _____ | Nome: _____ |
| Codice Fiscale _____ | Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estero |
| Luogo di nascita _____ | Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____ |
| ASP di residenza _____ | Regione di residenza _____ |

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

- Morbo di Crohn** Paziente Adulto Paziente Pediatrico
 Colite Ulcerosa

Anno esordio malattia: _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PRECEDENTI TERAPIE:

- Cortisone: MTX: 6-mercaptopurina: Aziatropina:

Terapia interrotta o non effettuata per:

- Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni Co-morbidità
 Altro _____

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

○ **Morbo di Crohn: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroide dipendenza Steroide resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Presenza di fistole
 Manifestazioni extraintestinali

No Giustificare: _____

○ **Colite Ulcerosa: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroide dipendenza Steroide resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Manifestazioni extraintestinali

No Giustificare: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° _____ Truelove-Witts Criteria n° _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Vedolizumab (Entyvio®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |

***** IMPORTANTE!!**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (Mayo globale >10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata **ad almeno 1 fra i seguenti criteri**:
 - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio benefico/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)

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

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------|
| Cognome: _____ | Nome: _____ |
| Codice Fiscale : _____ | Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____ |
| Peso (kg) _____ | Altezza (cm) _____ |

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

Morbo di Crohn Paziente Adulto Paziente Pediatrico

Colite Ulcerosa

Anno esordio malattia: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° □□ Truelove-Witts Criteria n° □□

PRESCRIZIONE *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)*

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg | |

| | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Vedolizumab (Entyvio®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------|--|

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico
- sospensione o riduzione del trattamento

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

- Progressione di malattia inefficacia secondaria (perdita di efficacia) Remissione di malattia
- Gravidanza Intervento chirurgico Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità _____

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

Altro (specificare): _____

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Vedolizumab (Entyvio®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO
per le pazienti a rischio (Legge 648/96)

Anagrafica paziente

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE

Residente a _____ Via _____

Medico Medicina Generale del paziente _____

Indicazioni Terapeutiche: (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

Validità della scheda regionale per la prescrizione delle EBPM:

Numero di settimane Max fino a 41 settimane circa (calcolando la positivizzazione del test di gravidanza - circa 5 settimane di età gestazionale - e includendo fino a 6 settimane di puerperio).

Prescrizione EBPM:

| Farmaco prescritto | Dosaggio | Quantità | Durata trattamento in settimane |
|--------------------|----------|----------|---------------------------------|
| Dalteparina | | | |
| Enoxaparina | | | |
| Nadroparina | | | |

Medico Prescrittore _____ Firma e Timbro del medico Prescrittore _____

Data _____ TIMBRO DELLA UO DI APPARTENENZA

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.



Scheda regionale per la Prescrizione di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)

**Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK)
per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY (Legge 648/96)**

Anagrafica paziente

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE

Residente a _____ Via _____

Medico Medicina Generale del paziente _____

Indicazioni Terapeutiche:

**Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive
BRIDGING THERAPY**

1) **Pazienti a rischio di tromboembolismo**

basso*

moderato

elevato

2) **Pazienti portatori di valvole meccaniche con INR < 1,5;**

*sono esclusi 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), estrazioni dentarie semplici, igiene dentaria (detartrasi), biopsie ossee).

Validità della scheda regionale per la prescrizione delle EBPM:

Numero di giorni di trattamento Max fino a 10 giorni, dosaggi profilattici o terapeutici di EBPM a seconda del rischio tromboembolico.

Rischio basso moderato: dosaggio profilattico; Rischio elevato: dosaggio sub-terapeutico (70% della dose terapeutica).

Prescrizione EBPM:

| Farmaco prescritto | Dosaggio | Quantità | Durata trattamento in settimane |
|--------------------|----------|----------|---------------------------------|
| Bemiparina | | | |
| Dalteparina | | | |
| Enoxaparina | | | |
| Nadroparina | | | |
| Parnaparina | | | |
| Reviparina | | | |

Medico Prescrittore _____ Firma e Timbro del medico Prescrittore _____

Data _____ **TIMBRO DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA**

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.



Scheda regionale per la Prescrizione di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM)

**Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali
a rischio (score di KHORANA ≥ 3) (Legge 648/96)**

Anagrafica paziente

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| CODICE FISCALE <input type="text"/> | |
| Residente a _____ | Via _____ |
| Medico Medicina Generale del paziente _____ | |

Score di KHORANA:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Sito della Neoplasia: | |
| <input type="checkbox"/> Rischio molto elevato (stomaco, pancreas) | +2 |
| <input type="checkbox"/> Rischio elevato (polmone, linfoma, neoplasie ginecologiche, vescica, testicolo) | +1 |
| <input type="checkbox"/> Conta piastrinica pre-chemioterapia $\geq 350.000/ \text{mm}^3$ | +1 |
| <input type="checkbox"/> Emoglobina $< 10 \text{ g/dl}$ o uso di fattori di crescita per globuli rossi | +1 |
| <input type="checkbox"/> Conta leucocitaria pre-chemioterapia $\geq 11.000/ \text{mm}^3$ | +1 |
| <input type="checkbox"/> Indice massa corporea ≥ 35 | +1 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 Rischio Intermedio | <input type="checkbox"/> ≥ 3 Rischio Alto |

Prescrizione EBPM:

| Farmaco prescritto | Dosaggio | Posologia | Durata trattamento in settimane |
|--------------------|----------|-----------|---------------------------------|
| | | | |

| | |
|----------------------------|----------------------------------------------|
| Medico Prescrittore* _____ | Firma e Timbro del medico Prescrittore _____ |
| Data _____ | TIMBRO DELLA UO DI APPARTENENZA |
| | <small>*Oncologo o Ematologo</small> |

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.



Scheda regionale per la Prescrizione di Albumina Umana

Allegato 4
DCA 36/2023

Nota AIFA 15

Anagrafica paziente

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> | sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Residente a _____ | Via _____ |
| Medico Medicina Generale del paziente _____ | |

Indicazioni Terapeutiche:

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnosi A : Dopo paracentesi evacuativa a largo volume nella cirrosi epatica |
| Formulata in data _____ da: |
| <input type="radio"/> Reparto _____ |
| <input type="radio"/> Day Hospital _____ |
| <input type="radio"/> Ambulatorio _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnosi B : Grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (es. intestino corto post chirurgico o da proteino dispersione), non responsiva a trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia |
| Formulata in data _____ da: |
| <input type="radio"/> Reparto _____ |
| <input type="radio"/> Day Hospital _____ |
| <input type="radio"/> Ambulatorio _____ |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Farmaco (specialità medicinale) _____ | |
| Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____ | |
| Durata prevista del trattamento _____ <i>(massimo 1 anno di trattamento)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Prima Prescrizione | <input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura |
| Data di prescrizione _____ | |

| | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Medico Prescrittore _____ | Firma e Timbro del medico Prescrittore |
| TIMBRO DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA | |

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente

Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari –
Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco"
Cittadella "Jole Santelli" - Viale Europa - Loc. Germaneto 88100 Catanzaro



Farmaci Nota AIFA 95

Anagrafica paziente

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Nome _____ | Cognome _____ |
| CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> | sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Residente a _____ | Via _____ |
| Medico Medicina Generale del paziente _____ | |

Indicazioni Terapeutiche:

Cheratosi attinica è limitata ai pazienti adulti con lesioni multiple in numero \geq 6:

- Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto:
 - o 5-Fluorouracile/Acido salicilico¹
 - o Imiquimod 3,75%²
 - o 5-Fluorouracile 4%³
 - o Tirbanibulina 10 mg/g⁴
- Per localizzazioni anche al tronco e/o alle estremità:
 - o Diclofenac 3% in ialuronato di sodio

¹ Esclusivamente per lesioni con Olsen di grado I/II localizzate al viso e/o cuoio capelluto calvo in pazienti immunocompetenti;
² Lesioni visibili o palpabili dal punto di vista clinico al viso e al cuoio capelluto calvo in pazienti immunocompetenti quando altre opzioni terapeutiche topiche sono controindicate o meno appropriate;
³ Lesioni con Olsen di grado I/II localizzate al viso, alle orecchie e/o al cuoio capelluto;
⁴ Esclusivamente per lesioni con Olsen di grado I del viso o del cuoio capelluto.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Farmaco (specialità medicinale) _____ | |
| Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____ | |
| Durata prevista del trattamento _____ (Massimo 1 anno di trattamento) | |
| Data di prescrizione _____ | |
| Timbro e firma Medico Prescrittore _____ | TIMBRO DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA |

Farmaci e posologia per:

- **la cheratosi attinica:**
 - o diclofenac 3% in ialuronato di sodio gel 2 volte al giorno per 60-90 gg. Non devono essere applicati più di 8 g al giorno.
 - o 5-Fluorouracile/Acido salicilico soluzione cutanea mediamente 1 volta al giorno fino a un massimo di 12 settimane.
- **la cheratosi attinica non ipercherotica non ipertrofica:**
 - o Imiquimod crema 3,75%: 1 volta al giorno, per 2 cicli di terapia di 2 settimane ciascuno, interrotti da un ciclo di 2 settimane.
 - o 5-Fluorouracile 4% crema mediamente 1 volta al giorno fino a un massimo di 4 settimane.
 - o Tirbanibulina 10 mg/g unguento 1 volta al giorno per un ciclo di trattamento di 5 giorni consecutivi.

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.



Farmaci Nota AIFA 1-48

Struttura _____ UO/Ambulatorio _____

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE sesso M F

Residente a _____ Via _____

Medico Medicina Generale del paziente _____

| NOTA AIFA | INDICAZIONE TERAPEUTICA | PRINCIPIO ATTIVO |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore: <ul style="list-style-type: none">- in trattamento cronico con FANS;- in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi; <input type="checkbox"/> Purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio: <ul style="list-style-type: none">- storie di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante;- concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici;- età avanzata (> 65 anni); | Gastroprotettori <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pantoprazolo<input type="checkbox"/> Omeprazolo<input type="checkbox"/> Misoprostolo<input type="checkbox"/> Lansoprazolo<input type="checkbox"/> Esomeprazolo<input type="checkbox"/> Misoprostolo + Diclofenac* <small>*alle condizioni nota 66</small> |
| 48 | <input type="checkbox"/> Durata del trattamento di 4 settimane (occasionalmente 6 settimane): <ul style="list-style-type: none">- ulcera duodenale o gastrica positive per H. pylori;- per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione- ulcera duodenale o gastrica H. pylori negativa (1° episodio)- malattie da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (1° episodio) <input type="checkbox"/> Durata del trattamento prolungata: <ul style="list-style-type: none">- Sindrome di Zollinger-Ellison;- Ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa recidivante;- Malattie da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite recidivante. | Farmaci Antiulcera Anti H2 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cimetidina<input type="checkbox"/> Famotidina<input type="checkbox"/> Nizatidina<input type="checkbox"/> Ranitidina<input type="checkbox"/> Roxatidina Inibitori di Pompa Protonica <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Esomeprazolo<input type="checkbox"/> Lansoprazolo<input type="checkbox"/> Omeprazolo<input type="checkbox"/> Pantoprazolo<input type="checkbox"/> Rabeprazolo |

Farmaco (specialità medicinale) _____

Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____

Durata prevista del trattamento _____
(Massimo 1 anno di trattamento)

Data di prescrizione _____

Timbro e firma Medico Prescrittore _____

| Dislipidemie familiari secondo i criteri specificati al relativo paragrafo della nota AIFA | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Patologia | Trattamento di I Livello | Trattamento di II Livello | Trattamento di III Livello |
| Ipercolesterolemia familiare monogenica (FH) | <input type="checkbox"/> Simvastatina <input type="checkbox"/> Pravastatina <input type="checkbox"/> Fluvastatina <input type="checkbox"/> Lovastatina <input type="checkbox"/> Atorvastatina <input type="checkbox"/> Rosuvastatina* | <input type="checkbox"/> EZETIMIBE + STATINE in associazione estemporanea o preconstituita* <small>L'uso della combinazione ezetimibe + simvastatina va limitato ai casi documentati in cui sia clinicamente indicato raggiungere livelli di target di C-LDL non raggiunti dalle singole statine, anche a dosaggi elevati o ad alta potenza</small> | Aggiunta di resine sequestranti gli acidi biliari |
| Iperlipidemia familiare combinata | <input type="checkbox"/> Simvastatina <input type="checkbox"/> Pravastatina <input type="checkbox"/> Fluvastatina <input type="checkbox"/> Lovastatina <input type="checkbox"/> Atorvastatina* | <input type="checkbox"/> Rosuvastatina <input type="checkbox"/> PUFA-N3 <input type="checkbox"/> EZETIMIBE + STATINE in associazione estemporanea o preconstituita* <small>L'uso della combinazione ezetimibe + simvastatina va limitato ai casi documentati in cui sia clinicamente indicato raggiungere livelli di target di C-LDL non raggiunti dalle singole statine, anche a dosaggi elevati o ad alta potenza</small> | |
| Disbetalipoproteinemia | <input type="checkbox"/> Simvastatina <input type="checkbox"/> Pravastatina <input type="checkbox"/> Fluvastatina <input type="checkbox"/> Lovastatina <input type="checkbox"/> Atorvastatina* <input type="checkbox"/> Fibrati | <input type="checkbox"/> Rosuvastatina <input type="checkbox"/> EZETIMIBE + STATINE in associazione estemporanea o preconstituita* <small>L'uso della combinazione ezetimibe + simvastatina va limitato ai casi documentati in cui sia clinicamente indicato raggiungere livelli di target di C-LDL non raggiunti dalle singole statine, anche a dosaggi elevati o ad alta potenza</small> | Aggiunta di resine sequestranti gli acidi biliari |
| Iperchilomicronemie e gravi ipertrigliceridemie | <input type="checkbox"/> Fibrati <input type="checkbox"/> PUFA-N3 | <input type="checkbox"/> Fibrati in associazione a PUFA-N3 | |

| Iperlipidemia in pazienti con insufficienza renale cronica moderata e grave | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Per i livelli di Trigliceridi \geq 500 mg/dl | <input type="checkbox"/> PUFA-N3 |
| Per i livelli di C-LDL \geq 130 mg/dl | <input type="checkbox"/> EZETIMIBE + Simvastatina (1° scelta) <input type="checkbox"/> altre statine a minima escrezione renale (2° scelta) |

| Iperlipidemie indotte da farmaci non corrette dalla sola dieta secondo i criteri di cui al relativo paragrafo | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Farmaci immunosoppressori, antiretrovirali, inibitori aromatasi | <input type="checkbox"/> Statine considerando con la massima attenzione l'interferenza con il antiretrovirali, inibitori aromatasi trattamento antiretrovirale altamente attivo (HAART). <input type="checkbox"/> Fibrati nel caso sia predominante l'iper TG. <input type="checkbox"/> Ezetimibe in monoterapia per i pazienti che non tollerano il trattamento con statine o non possono eseguirlo. |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Farmaco (specialità medicinale) _____ |
| Dose e Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____ |
| Durata prevista del trattamento _____ <i>(Massimo 1 anno di trattamento)</i> |
| Data di prescrizione _____ |
| Timbro e firma Medico Prescrittore _____ |



Anagrafica paziente

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE sesso M F

Residente a _____ Via _____

ASP di Appartenenza _____ Regione _____

Medico Medicina Generale _____

DIAGNOSI _____

Formulata in data _____

dal Dott. _____ Centro Prescrittore _____
(Cognome e Nome)

Tel. _____ Mail _____

FARMACO (Specialità medicinale) _____

Indicazione Terapeutica rimborsata dal SSN _____

Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____

Durata prevista del trattamento _____
(Massimo 1 anno di trattamento)

Prima Prescrizione Prosecuzione della cura

Data di prescrizione _____

Timbro e firma Medico Prescrittore _____

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



Scheda regionale per la Prescrizione di
Farmaci ai sensi della L. 648/96

Il Sottoscritto Dott. _____ U.O. _____

AO/AOU/ASP _____

RICHIEDE

PER IL/LA PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE sesso M F

Residente a _____ Via _____

ASP di Appartenenza _____ Regione _____

Medico Medicina Generale _____

DIAGNOSI _____

Formulata in data _____

FARMACO (*principio attivo e nome commerciale*) _____

Indicazione Terapeutica ai sensi della L. 648/96 _____

Posologia (*Modo e Tempo di somministrazione*) _____

Durata prevista del trattamento _____

Quantità richiesta: n° _____ fiale cpr cps altro _____

Prima Prescrizione **Prosecuzione della cura**

E DICHIARA ALTRESÌ CHE

- Il farmaco è prescritto nel rispetto delle condizioni indicate nel relativo provvedimento di inserimento nell'elenco.
- Il trattamento avverrà sotto la propria diretta responsabilità.
- E' stato acquisito il consenso informato del paziente dal quale risulta che il paziente stesso è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale da parte del Ministero della Salute ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio, sotto il profilo della qualità, sicurezza, efficacia.
- Si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia della patologia di cui il paziente è affetto
- E' stato elaborato il Piano terapeutico nel rispetto delle disposizioni vigenti

Data di prescrizione _____

Timbro e firma Medico Prescrittore _____

La scheda di terapia deve essere redatta a cura dei medici operanti nell'Area Terapeutica di riferimento. La diagnosi e terapia devono essere conformi alle indicazioni terapeutiche approvate per il medicinale/principio attivo indicato e pertinenti con la concedibilità a carico del SSN



**MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE/INTEGRAZIONE
DI CENTRI AUTORIZZATI ALLA DIAGNOSI E PRESCRIZIONE DI FARMACI
SOGGETTI A LIMITAZIONE O PIANO TERAPEUTICO O NOTE AIFA
O REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA**

Da inoltrare a:

Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari
Settore n.3 "Assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e
protesica, farmacie convenzionate, educazione all'uso consapevole
del farmaco"

PEC: farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it

Oggetto: Richiesta di Autorizzazione/Integrazione/Modifica dell'U.O. di
_____ appartenente all'AO/AOU/ASP di
_____ nell'elenco dei Centri autorizzati alla
prescrizione di _____ per l'indicazione
terapeutica _____

In merito alla richiesta in oggetto, si richiede una (*indicare*):

PRIMA AUTORIZZAZIONE

INTEGRAZIONE

Della seguente Struttura:

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| STRUTTURA Unità Operativa _____ Servizio _____ Ambulatorio _____ Altro _____ |
| Ubicata c/o _____ |

Alla prescrizione del FARMACO come di seguito esplicitato:

- Principio attivo (*Nome Commerciale*)

- Indicazione Terapeutica

- Specifica degli specialisti per i quali si richiede l'autorizzazione (nominativi e qualifica)

- Numero di pazienti affetti dalla patologia in esame, eleggibili al trattamento, afferenti al Centro di cui si richiede l'autorizzazione

Data _____

Timbro e Firma del
Direttore Sanitario Aziendale



**MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE/INTEGRAZIONE
DI CENTRI AUTORIZZATI ALLA DIAGNOSI E PRESCRIZIONE DI FARMACI
SOGGETTI A LIMITAZIONE O PIANO TERAPEUTICO O NOTE AIFA
O REGISTRO DI MONITORAGGIO AIFA**

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Da inoltrare a:

Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari
Settore n.3 *“Assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e
protesica, farmacie convenzionate, educazione all'uso consapevole
del farmaco”*

PEC: farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it

Oggetto: Richiesta di Autorizzazione/Integrazione/Modifica Centro Prescrittore

Struttura Privata Accreditata – Azienda Sanitaria Provinciale di _____
nell'elenco dei Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco _____
per l'indicazione terapeutica _____

In merito alla richiesta in oggetto, si richiede una (*indicare*):

PRIMA AUTORIZZAZIONE

INTEGRAZIONE

Della seguente Struttura Privata Accreditata:

| |
|-------------------------------------------|
| STRUTTURA |
| Unità Operativa _____ |
| Servizio _____ |
| Decreto di accreditamento _____ |
| Disciplina/Branca di accreditamento _____ |
| Pec Struttura Privata Accreditata _____ |
| Ubicata c/o _____ |

Alla prescrizione del FARMACO come di seguito esplicitato:

- Principio attivo (*Nome Commerciale*)

- Indicazione Terapeutica

- Specifica degli specialisti per i quali si richiede l'autorizzazione (nominativi e qualifica)

- Numero di pazienti affetti dalla patologia in esame, eleggibili al trattamento, afferenti al Centro di cui si richiede l'autorizzazione

Data _____

Timbro e Firma del
**Direttore Sanitario Struttura Privata
Accreditata**

Timbro e Firma del
**Direttore Sanitario Aziendale
dell'ASP di Appartenenza**
