



REGIONE SICILIA

PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE DEI FARMACI IN DPC

CONTROLLO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

di cui al Decreto Assessoriale 221 del 18 marzo 2021
pubblicato sulla G.U.R.S. n.14 del 2/04/2021 – PARTE I

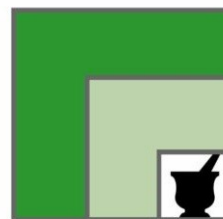
A CURA DI



U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE

Direttore
Dott. Calogero Russo

Farmacista Dirigente
Dott.ssa Paola Greca



**Associazione Sindacale dei titolari di farmacia
della provincia di Enna**

Presidente
Dott. Calogero M. Genco

Aggiornato il 20/10/2022

INDICE

DECALOGO DELLA DPC	3
FATTURAZIONE ONERI DISTRIBUZIONE.....	7
SANZIONI INAPPROPRIATEZZE E ADEMPIMENTI.....	8
FARMACIEQUIVALENTI E BIOSIMILARI.....	10
D.A. 540/2014.....	11
PT FUORI REGIONE.....	13

SCHEDE DI APPROPRIATEZZA PR IL CONTROLLO DI PARTICOLARI CLASSI DI FARMACI

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM).....	15
NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO) – NOTA AIFA 97.....	17
ERITROPOIETINE – PT ONLINE.....	19
ETACALCETIDE.....	21
FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI – PT ONLINE.....	26
FARMACI CON NOTA 51 – PT ONLINE.....	28
BICALUTAMIDE E DEGARELIX - PT ONLINE.....	30
FARMACI CON NOTA 74 – PT ONLINE.....	31
FARMACI CON NOTA 85.....	34
FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 2 – NOTA AIFA 100	36
INSULINE.....	42
INTERFERONI.....	45
TACROLIMUS.....	46
OCTREOTIDE E LANREOTIDE (EX NOTA 40) – PT ONLINE.....	47
TICAGRELOR E PRASUGREL – PT ONLINE.....	48
DENOSUMAB (PROLIA) – NOTA AIFA 79.....	55
FARMACI CON NOTA AIFA 65.....	56
LAMIVUDINA.....	57
OPICAPONE.....	60
ANTIEPILETTICI.....	61
PAXLOVID.....	69
DRONEDARONE.....	72
ALTRE SPECIALITA' MEDICINALI.....	74
PT REGIONE SICILIA.....	75
ELENCO CENTRI PRESCRITTORI D.A. 01766/2011.....	76
FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 95.....	81
FARMACI NO PHT DA EROGARE IN CONVENZIONATA CON PT.....	81
ELENCO FARMACI A-PHT IN DPC.	
ELENCO DEI FARMACI IN DISTRIBUZIONE DIRETTA – REGIONE SICILIA..	95

DECALOGO DELLA DPC

Indicazioni operative per la regolare erogazione delle ricette in DPC

☉ Con **D.A n. 221 del 18 marzo 2021** è stato approvato il nuovo Accordo per la Distribuzione per Conto dei farmaci di cui al PHT per il triennio 2021/2024. In tutto il territorio della Regione Siciliana, i farmaci concedibili con onere a carico del S.S.N. a base dei principi attivi (e relative indicazioni) inclusi nel PHT, vengono acquistati dalla ASP capofila ai sensi del D.D.G. n. 46 del 27/01/2021 e dispensati esclusivamente attraverso le farmacie aperte al pubblico (Distribuzione Per Conto), rifornite dai Distributori Intermedi presenti sul territorio. Al fine di ottimizzare gli aspetti gestionali della DPC, con il sopra citato D.D.G. n. 46/21 è stata individuata l'ASP di Palermo quale capofila presso cui centralizzare l'acquisto dei farmaci A-PHT in DPC per tutta la Regione. Rimangono a carico di ciascuna ASP le attività di controllo e vigilanza nonché quelle correlate all'erogazione dei farmaci attraverso le Farmacie convenzionate.

☉ Con il presente Accordo verranno erogati, a far data dal 3/05/2021, mediante il canale della DPC i seguenti farmaci:

- **Ticagrelor** (BRILIQUE)
- **Prasugrel** (EFIENT)
- **Denosumab** (PROLIA) – nota AIFA 79
- **Interferone beta-1a** (AVONEX e REBIF) – nota AIFA 65
- **Interferone beta-1b** (BETAFERON) – nota AIFA 65
- **Peginterferone beta-1a** (PLEGRIDY) – nota AIFA 65
- **Glatiramer acetato** (COPAXONE, COPEMYL) – nota AIFA 65

☉ **Quantità massime prescrivibili di medicinali A-PHT in DPC:**

- fino ad un massimo di due pezzi/ricetta e comunque **non oltre i 60 giorni** di terapia nel caso non fosse riportata l'esenzione per patologia;
- fino ad un massimo di tre pezzi/ricetta e comunque **non oltre i 60 giorni** di terapia nel caso fosse riportata l'esenzione per patologia;
- un pezzo/ricetta per **gonadoreline trimestrali**;
- fino ad un massimo di due pezzi/ricetta per **gonadoreline mensili**;
- fino ad un massimo di sei pezzi/ricetta per interferoni nel trattamento dell'epatite cronica (codice esenzione 016);
- un pezzo/ricetta per **coriofollitropina alfa**;
- un pezzo/ricetta per **reline semestrali e denosumab (Prolia)**;
- la pluriprescrizione di medicinali per il trattamento di patologie croniche così come definita dal DL 90/2014 (max 6 confezioni/max 180 giorni di terapia) è esclusa per i farmaci PHT.

☉ Con nota dell'Assessorato Regione Sicilia n. 16389 del 25/03/2020 le prescrizioni dei medicinali classificati PHT in Distribuzione per Conto possono essere fatte anche in modalità dematerializzata e, pertanto, possono essere erogate su tutto il territorio Nazionale. Il medico prescrittore deve apporre sul promemoria la dizione "DPC" e non dovrà, comunque, prescrivere nella stessa ricetta farmaci in DPC e farmaci in convenzione. **La farmacia procede ad ordinarli tramite la piattaforma GoPenDPC**, anche in mancanza sulla ricetta della dicitura "DPC" inserita dal medico.

L'Assessorato Regione Sicilia con successiva nota n. 31256 del 10/07/2020 ha fornito delucidazioni in merito alle modalità di gestione delle dispensazioni dei medicinali in DPC prescritti su ricetta dematerializzata da un Medico di un'altra Regione. Tali prescrizioni **non devono sottostare agli adempimenti di carattere regionale**, in quanto il Medico di un'altra Regione non è tenuto a conoscere le disposizioni vigenti in Sicilia (ad esempio le schede di monitoraggio per le insuline basali o per le eparine a basso peso molecolare) previste dal D.A. 540/14.

☉ **Fanno eccezione le Eparine a basso peso molecolare (EBPM) per le quali l'AIFA ha disposto una duplice possibilità di dispensazione (DPC o farmaceutica convenzionata) in funzione dell'indicazione terapeutica.** In considerazione del fatto che la piattaforma del Sistema TS consente l'erogazione in DPC solo se il farmaco risulta inserito nella lista dei farmaci DPC della Regione erogante, si è provveduto ad inserire anche le EBPM tra i farmaci in

DPC, per cui in fase di prescrizione il sistema TS appone automaticamente su tutti i promemoria l'annotazione "CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI EROGAZIONE". Se il MMG sta effettuando una prescrizione per indicazioni terapeutiche non in DPC dovrà necessariamente scrivere:

- **"farmaco da erogare in convenzionata"**, in tal modo le EBPM potranno essere dispensate in regime di farmaceutica convenzionata nonostante l'annotazione generata automaticamente da Sistema TS;
- Se il farmaco è prescritto per le indicazioni da DPC il MMG non dovrà aggiungere nulla e le EBPM saranno erogate in DPC.

☉ **La consegna del farmaco** ordinato tramite la GoPenDPC è assicurata **dai distributori in 24 ore lavorative**, quindi, va istruito l'utente sui tempi di attesa per la consegna specie se tramite procuo. Qualora i distributori intermedi non fossero in grado di evadere una richiesta della Farmacia entro 24 ore lavorative dal ricevimento della stessa, solo a causa del mancato approvvigionamento del prodotto, il Farmacista dovrà reperire il medicinale attraverso il "Procuo", da applicare a tutti i distributori operanti in ciascuna ASP. Qualora quest'ultimi non fossero comunque in grado di evadere la richiesta a causa del mancato approvvigionamento del prodotto, il Farmacista potrà erogare confezioni normalmente presenti nel circuito distributivo, allegando stampa attestante la carenza in tutti i depositi.

☉ Le ricette con allegata la notifica di "mancante" dovranno essere consegnate/evidenziate inserendole nell'ultima mazzetta, al fine di permettere più agevoli controlli da parte della ASP.

☉ La farmacia esclusivamente in caso di invio errato, richiesta errata, mancato ritiro da parte del paziente è tenuta ad effettuare il **reso entro 7 giorni lavorativi dalla consegna delle specialità in farmacia**, tramite l'apposita procedura, provvedendo a firmare la dichiarazione attestante lo stato di buona conservazione e indicando la motivazione del reso. **Non è previsto alcun onere in caso di "reso per prenotazione di prodotto errato"**.

☉ **Nella DPC** il ticket da riscuotere riguarda **solo le quote fisse** (max € 4,50 a pezzo per un non esente). Le esenzioni nella DPC sono analoghe a quelle vigenti per la convenzionata, pertanto, ad esempio, esenzioni tipo **C03 - L04 - M50** etc. andranno inserite sulla piattaforma come **"Non esente"**.

☉ Per i farmaci della DPC **consegnati in convenzionata** (per mancanza nella DPC oppure per insostituibilità di cui al punto precedente) **andranno rimosse**, oltre le quote fisse, **anche le eventuali differenze tra prezzo al pubblico e di rimborso AIFA**.

☉ Come riportato nell'Accordo DPC (GURS del 20/10/2017 PARTE I n.44), che in caso di ricette relative a prescrizioni di farmaci a brevetto scaduto e inclusi nell'elenco dei farmaci A-PHT distribuiti tramite il canale della DPC (es. PLAVIX, ACTOS, COMPETACT, SEROQUEL, RISPERDAL ecc...) le farmacie devono consegnare il principio attivo acquistato a seguito di aggiudicazione da parte dell'ASP e, pertanto, non è possibile la sostituzione. **L'unica clausola di insostituibilità ammessa nella DPC è quella in cui il medico curante attesti sulla ricetta che il farmaco prescritto è insostituibile e che ha già trasmesso all'AIFA la segnalazione di sospetta reazione avversa indicando il numero del codice della segnalazione elaborato dal sistema al termine dell'operazione.**
Esempio: **"Non sostituibile - Effettuato invio ADR - Codice registrazione XXXXX"**.

☉ Il farmacista è tenuto a controllare che le prescrizioni dei farmaci A-PHT in DPC siano complete degli elementi previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale, quali ad esempio, note AIFA ove previste e piano terapeutico nei casi stabiliti, nonché tutte le limitazioni previste dalle normative nazionali e regionali garantendo a tal riguardo l'appropriatezza prescrittiva. Le prescrizioni inappropriate e/o difformi non dovranno essere spedite, pena l'addebito del costo d'acquisto dei medicinali consegnati, nonché degli oneri fatturati dal Distributore e dalla farmacia per la relativa distribuzione.

☉ Nel caso di farmaci per i quali esistono i biosimilari, qualora il medico prescriva la specialità a maggior costo, il farmacista deve verificare se alla ricetta SSN è allegata la scheda di maggior costo (secondo il D.A. 540/14) e che la stessa sia compilata in tutte le sue parti. Si evidenzia che in caso di **prima prescrizione** la casella **"Prescrizione di terapia a maggior costo"** presente nei piani terapeutici **deve risultare sempre compilata** come segue:
→ **barrato SI e con espressa anche la valida motivazione secondo il disciplinare regionale e la farmacia ha il compito di VERIFICARNE solo la eventuale presenza/assenza**

oppure

→ **barrato NO**

In ambedue i casi la farmacia deve erogare il principio attivo o la specialità indicata nella prescrizione dallo **specialista che ne ha la piena responsabilità** anche nel caso in cui il farmaco risulti, di fatto, essere a maggior costo, previa verifica della scheda che ne giustifichi la erogazione;
Se trattasi invece di **prosecuzione di terapia** la suddetta casella **non va compilata**.

☉ Nella DPC i piani terapeutici hanno maggiore valenza rispetto alle ricette e, per evitare errori, si consiglia **procedere sempre alla ripetuta verifica** delle specialità anche **all'atto della consegna all'utente**. Ad esempio: ..piano terapeutico con “..... 4000 UI” e ricetta con “..... 40.000 UI” il farmacista dovrà **consegnare “ 4.000 UI”** come indicato sul piano terapeutico e richiedere la correzione al MMG;

☉ Quando un piano terapeutico viene rilasciato ai sensi della **Legge n.648/96** è inibita la prescrizione in ambito SSN ai MMG ed è vietata l'erogazione alle Farmacie Private.

☉ I piani terapeutici devono riportare il numero dei pezzi per cui il PT viene autorizzato: "**Copia valida per n. “X” confezioni**" - In mancanza gli utenti **devono essere rimandati dal medico prescrittore per la rettifica** e/o la predisposizione di tante copie dei piani terapeutici quante ne occorreranno al completamento della terapia.
Ad ogni copia di piano terapeutico in originale, con specificato il numero di confezioni per cui esso è valido, va allegata una ricetta rossa/dem contenente lo stesso numero di pezzi.

☉ L'elenco dei farmaci in distribuzione per conto presenta tre farmaci a base di metilfenidato cloridrato quali **Equasym, Medikinet e Ritalin** per la cui erogazione sono necessari la redazione del buono-acquisti e la ricetta a ricalco. Nella ricetta a ricalco non sono presenti né il codice regionale né il codice ricettario e, pertanto, non è possibile effettuare la richiesta di questi farmaci tramite la piattaforma: Tali medicinali, inseriti nella tabella II sez. A, vanno ordinati tramite buono-acquisti ed erogati **in convenzionata** con RMR in triplice copia, senza allegare l'attestazione di mancanza.

☉ I codici AIC (MinSan) e/o targa, qualora non leggibili con i lettori ottici, possono essere inseriti **digitando i numeri** impressi sulla confezione, spuntando "**manuale**" cosicché il sistema generi automaticamente l'ultima cifra mancante (check-digit).



Esempio stampigliatura codice targatura = **008876027**

FATTURAZIONE E ONERI DISTRIBUZIONE

☉ Al fine dell'ottenimento del compenso spettante, le farmacie dovranno consegnare alla ASP, entro i tempi previsti dalla vigente normativa:

- le ricette relative alle prescrizioni dei farmaci A-PHT oggetto dell'Accordo in mazzette separate dalle ricette SSN, suddivise in mazzette da 100, numerate e timbrate e con allegati i relativi piani terapeutici ove previsti;
- copia della fattura elettronica emessa per gli oneri di dispensazione indicati nell'Accordo, comprensiva del dettaglio delle quote di compartecipazione, del numero di pezzi erogati e del numero di ricette consegnate;
- un tabulato riportante le quantità erogate distinte per singolo prodotto e l'ammontare delle quote di compartecipazione incassate che verranno considerate quale acconto ricevuto sull'ammontare complessivo della fattura.

☉ Le farmacie dovranno **inviare la pre-fattura all'indirizzo e-mail prefatturazione.nso@asp.enna.it entro il giorno 10 di ogni mese**, per gli oneri di dispensazione indicati nell'Accordo comprensiva del dettaglio delle quote di compartecipazione e del numero di pezzi consegnati, successivamente il Servizio Farmaceutica Territoriale provvederà ad emettere **ordine NSO**, in seguito al quale le farmacie potranno emettere fattura;

☉ **Procedere alla verifica sulla GoPenDPC dei dati inseriti in Anagrafica farmacia**, con particolare attenzione anche alla condizione di fatturato:

➤ compenso base di € **4,30** + Iva per pezzo distribuito;

➤ “farmacie rurali sussidiate a fatturato ridotto inferiore a € 450.000,00” oppure “farmacia con fatturato SSN inferiore a € 300.000,00” per applicazione € **6,60** + Iva per pezzo distribuito.

Per quanto concerne invece le ricette che pur contenendo farmaci in DPC sono state erogate in convenzionata:

☉ **Ricette con attestazione siglata dal medico per “insostituibilità - effettuato invio ADR”** dell'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa: solo in questo caso la farmacia, erogando il farmaco prescritto in regime di farmaceutica convenzionata, dovrà applicare sulla distinta contabile, in aggiunta agli sconti di legge, un **ulteriore extrasconto** secondo la seguente tabella:

Prezzo farmaco	Maggiorazione dello sconto
Fino a euro 25,82	5%
Da euro 25,83 a euro 51,65	4%
Da euro 51,66 a euro 103,28	6%
Da euro 103,29 a euro 154,94	5%
Oltre euro 154,94	1,50%

☉ **Ricette con farmaci mancanti nella DPC** con allegato modello notifica prodotti mancanti stampato tramite WebDPC (**senza extrasconto**).

Per quanto concerne la produzione del file art.50, si evidenzia che i dati scaturenti dalle forniture DPC devono essere trasmessi a SOGEI.

☉ Mensilmente va verificato che la farmacia, attraverso il proprio gestionale, abbia correttamente integrato nel file da trasmettere a SOGEI anche i dati della DPC. Diversamente, i dati DPC potranno essere sempre trasmessi con procedura a parte nel rispetto del calendario invii.

SANZIONI INAPPROPRIATEZZE ADEMPIMENTI

L'Assessorato Regionale della Salute – Servizio 7 Farmaceutica, con la nota prot. n. 63072 del 07/08/2014 concernente “Farmaci A PHT in Distribuzione per Conto – Inappropriatezze e relativi adempimenti”, ha comunicato che il Tavolo Tecnico per la verifica dell’attuazione e la gestione o eventuale modifica e/o integrazione dell’Accordo della DPC, a seguito dei riscontri pervenuti dalle Aziende Sanitarie Provinciali in riferimento alle criticità riscontrate con maggiore frequenza nella fase di avvio della Distribuzione per Conto, ha elaborato uno schema sinottico riportante le inappropriatezze e le relative azioni da intraprendere.

Poiché le decisioni assunte dal Tavolo Tecnico sono vincolanti per tutti gli operatori del sistema, ai sensi delle disposizioni vigenti, si riepilogano le misure previste.

CASO	INAPPROPRIATEZZA	FARMACIA		CLINICI		SOLO NOTA DI CONTESTAZIONE		SANZIONI A FAR DATA DAL	NOTE RIFERIMENTI LEGISLATIVI
		COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE	ADDEBITO DIRETTO PREZZO ACQUISTO ASP FARMACO + ONERI (TOTALI)	ADDEBITO SECONDO NORME A SPECIALISTA	ADDEBITO SECONDO NORME A MMG	A SPECIALISTA	A MMG		
1	FARMACO SBAGLIATO PER <u>DOSAGGIO</u> O PER <u>MOLECOLA</u> O PER <u>SPECIALITÀ</u> <u>MEDICINALE</u> nonostante il p.t. compilato dallo specialista sia stato correttamente compilato (tranne per ivabradina e triptorellina)	X per le prescrizioni dal 1/3/2014 al 31/8/2014	X a far data dal 1/9/2014 in poi					Vedi box a lato	NORMATIVA VIGENTE LA FARMACIA AVRÀ DIRITTO AL CONTRADDITTORIO ENTRO 30 GIORNI DALLA SEGNALAZIONE DELL'ASP
2	FARMACO SBAGLIATO PER <u>DOSAGGIO</u> O PER <u>MOLECOLA</u> O PER <u>SPECIALITÀ</u> <u>MEDICINALE</u> , perché l'errore è causato sulla ricetta ssn del medico di medicina generale	X			X			01-mar-14 con ripartizione al 50%	NORMATIVA VIGENTE
3	FARMACO OFF LABEL (ivi compresi antipsicotici in demenza, insuline + DPPiV, emoglobina glicata>9, memantina+anticolinergici e farmaci previsti nelle schedi di appropriatezza prescrittiva assessoriali)			AL PRESCRITTORE				01-mar-14	D.A. 255/13, NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE VIGENTE
4	CENTRO PRESCRITTORE NON AUTORIZZATO			X				01-mar-14	D.A. 1766/11 SS.MM.II.; PTORS; D.A. 255/13
5	FARMACO PRESCRITTO AI SENSI DELLA LEGGE 648/96 E SUL PIANO SI EVINCE IN MANIERA INEQUIVOCABILE	X			X			01-ago-14 con ripartizione al 50%	PROVVEDIMENTO 20/07/2000 E SS.MM.II.
6	FARMACO PRESCRITTO AI SENSI DELLA LEGGE 648/96 MA LO SPECIALISTA NON HA RIPORTATO TALE SPECIFICA SUL PIANO			X				01-ago-14	
7	VALORI CLINICI MANCANTI SUL PT: EMOGLOBINA, FSH, VALORI AUXOLOGICI PER ORMONE SOMATOTROPO	X				X		01-ago-14	D.A. 1766/2011, SCHEDA ASSESSORIALE D.A. 8/2014, NOTA AIFA 74 E NOTA AIFA 39
8	ALLEGATI MANCANTI ALLA PRESCRIZIONE COME DA NORMATIVA REGIONALE (documenti di identità per gh, schede cartacee per antidiabetici)	X				X		01-ago-14	SCHEDA ASSESSORIALE D.A. 8/2014, CIRCOLARE 468 DEL 07/01/2014 E SUCCESSIVA 41970 DEL 23/05/2014
9	CLOZAPINA PRESCRITTA SENZA LA SPECIFICA: “Conta leucocitaria nella norma”	X				X	X	01-ago-14	D.A. 1766/2011
10	EROGAZIONE DI FARMACI A PIÙ ALTO COSTO DI CUI AL D.A. 540/2014 e ss.mm.ii. SENZA LA MOTIVAZIONE PREVISTA NEI NUOVI TEMPLATE a far data dal 1/5/2014	X						01-mag-14	D.A. 540/2014 E SUCCESSIVE CIRCOLARI ESPLICATIVE
11	MOTIVAZIONI NON PERTINENTI/ NON RILEVANTI/ ERRATE PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI A PIÙ ALTO COSTO di cui al D.A. 540/14 e ss.mm.ii.			X				01-mag-14	D.A. 540/2014 E SUCCESSIVE CIRCOLARI ESPLICATIVE
12	PIANO TERAPEUTICO NON ALLEGATO ALLA RICETTA	X						01-ago-14	NORMATIVA NAZIONALE

CASO	INAPPROPRIATEZZA	FARMACIA		CLINICI		SOLO NOTA DI CONTESTAZIONE		SANZIONI A FAR DATA DAL	NOTE RIFERIMENTI LEGISLATIVI	
		COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE	ADDEBITO DIRETTO PREZZO ACQUISTO ASP FARMACO + ONERI (TOTALI)	ADDEBITO SECONDO NORME A SPECIALISTA	ADDEBITO SECONDO NORME A MMG	A SPECIALISTA	A MMG			
13	PIANO TERAPEUTICO CON TIMBRO E FIRMA NON ORIGINALE (fotocopia)	X						01-ago-14	NORMATIVA NAZIONALE	
14	PIANO TERAPEUTICO SCADUTO	X					X	01-ago-14	NORMATIVA NAZIONALE	
15	PIANO TERAPEUTICO NON CONFORME ALLA VALIDITÀ INDICATA DALLA VIGENTE NORMATIVA NAZIONALE (es. epoetine max 2 mesi, dronedarone max 3 mesi, etc.)			X				01-mar-14	NORMATIVA NAZIONALE E D.A. 1766/11 E SS.MM.II.	
16	Piano Terapeutico privo di firma e/o timbro del medico Ricetta SSN priva di firma e/o timbro del medico	X				X (al centro da cui proviene il PT)	X	01-ago-14	NORMATIVA NAZIONALE	
17	PIANO TERAPEUTICO SENZA DATA (non risulta desumibile periodo validità dello stesso)	X				X	X	1/8/2014	NORMATIVA NAZIONALE	
18	PIANI TERAPEUTICI OBSOLETI E PERTANTO PRIVI DEI CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE (ad es. antidiabetici privi dei nuovi criteri obbligatori)			X				1/8/2014	NORMATIVA NAZIONALE	
19	PRESCRIZIONE DI FARMACI NON INSERITI IN PTORS, SOGGETTI A PIANO TERAPEUTICO			X				1/3/2014	D.A. 255/13	
20	RICETTA ROSSA DI ALTRA REGIONE		X					1/8/2014	CONVENZIONE	
21	RICETTA PREVEDE DUE CONFEZIONI MENTRE IL PIANO TERAPEUTICO NON PREVEDE NUMERO E DAL CALCOLO DELLA POSOLOGIA SI EVINCE CHE IL FABBISOGNO È PARI AD UNA SOLA CONFEZIONE				X			1/3/2014	NORMATIVA NAZIONALE	
22	SPEDITO UN PEZZO IN PIÙ RISPETTO ALLA RICETTA E AL PIANO TERAPEUTICO		X					1/3/2014	CONVENZIONE	
23	RICETTA E SPEDIZIONE DEL FARMACO IN DATA ANTECEDENTE A QUANTO RIPORTATO SUL PT. IL PT È ELEMENTO INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE	X						1/8/2014	NORMATIVA NAZIONALE	
24	CORREZIONI ALLA PRESCRIZIONE (PT o ricetta) RELATIVE A DOSAGGIO, FARMACO, VALORI, NON CONTROFIRMATE DAL MEDICO	X						1/8/2014	NORMATIVA NAZIONALE	
25	EROGAZIONE DI FARMACO BRAND O FARMACO A PIÙ ALTO COSTO, NONOSTANTE LO SPECIALISTA NON ABBAIA SPECIFICATO IL FARMACO AD ALTO COSTO OVVERO ABBAIA GIUSTAMENTE INDICATO IL NOME DEL PRINCIPIO ATTIVO A BASSO COSTO. Ad esempio Eprex e non Retacrit, Granulokine e non Accofil; Prograf e non Adoport; Etc.								NESSUNA CONTESTAZIONE FINO AL 30/8/2014. DAL 1/9/2014 RIENTRANO NELLA FATTISPECIE DI FARMACO ERRATO FINO AL 19/10/2017 (vedi casi 1 e 2) DAL 20/10/2017 ADDEBITO DELL'INCREMENTO DI SPESA SOSTENUTA DAL SSN IN CASO DI EROGAZIONE DI SPECIALITÀ MEDICINALE A MAGGIOR COSTO/TERAPIA RISPETTO AL FARMACO PRESCRITTO; NONCHÉ DEGLI ONERI FATTURATI DAL DISTRIBUTORE E DALLA FARMACIA PER LA RELATIVA DISTRIBUZIONE	NORMATIVA REGIONALE E/O SINGOLE DETERMINAZIONI DELLE ASP, COME PREVISTO DAL DISCIPLINATE TECNICO
26	MANCATA OTTEMPERANZA AGLI OBBLIGHI RELATIVI AI BIOSIMILARI NEL PERIODO ANTECEDENTE AL D.A. 540/14								NESSUNA CONTESTAZIONE	
27	PIANO TERAPEUTICO PRESCRITTO DA UN CENTRO FUORI REGIONE, SENZA ALCUNA AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELL'ASP DI RESIDENZA DEL PAZIENTE								NESSUNA CONTESTAZIONE	
28	RICETTA CON DATA ANTECEDENTE AL PT, MA SPEDIZIONE DEL FARMACO SUCCESSIVA ALLA DATA DEL PIANO TERAPEUTICO								NESSUNA CONTESTAZIONE	
29	NOTA AIFA: • PRESENTE SOLO SUL PT E NON SULLA RICETTA • PRESENTE SOLO SULLA RICETTA E NON SUL PT • ERRATA								NESSUNA CONTESTAZIONE SOLO QUALORA LA NOTA AIFA FOSSE MANCANTE SIA SUL PT, SIA SULLA RICETTA E LA DIAGNOSI NON RICOMPRESA NELLA NOTA, LA CONTESTAZIONE SI CONFIGURA QUALE FARMACO OFF LABEL - CASO 3	NORMATIVA NAZIONALE

FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

Non va confusa l'EQUIVALENZA con la BIOSIMILARITA'

EQUIVALENTE (O GENERICO)

Medicinale che ha la stessa composizione quali-quantitativa di p.a. e la stessa forma farmaceutica della specialità medicinale di riferimento a brevetto scaduto; ne consegue che l'efficacia clinica è la stessa del medicinale originator e, pertanto, possono essere utilizzati indistintamente nella pratica clinica.

L'AIFA organizza i farmaci a brevetto scaduto equivalenti tra di loro in appositi elenchi, definiti LISTE DI TRASPARENZA. Per i farmaci inseriti in tali liste, la legge prevede che **il farmacista possa sostituire il farmaco prescritto con uno uguale avente il prezzo più basso**, qualora il medico non abbia espressamente indicato sulla ricetta la "non sostituibilità" del farmaco.

BIOLOGICI E BIOSIMILARI

I farmaci BIOLOGICI sono medicinali che contengono uno o più principi attivi prodotti o estratti da un sistema biologico, pertanto sono molecole più grandi e più complesse rispetto ai medicinali non biologici. Appartengono a questa categoria ormoni, enzimi, emoderivati, medicinali immunologici e anticorpi monoclonali. I BIOSIMILARI sono medicinali simili a un prodotto biologico di riferimento già autorizzato dall'Unione Europea e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale; questi vengono approvati dall'EMA quando è stato dimostrato, attraverso un "esercizio di comparabilità", che la variabilità naturale e le differenze rispetto al medicinale di riferimento non influiscono sulla sua sicurezza ed efficacia.

Non è consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico originator e biosimilare né tra biosimilari da parte del farmacista.

D.A. 540/2014

Misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci Originatori e Biosimilari a minor costo di terapia

Nel position paper sui farmaci biosimilari del 28 maggio 2013, l'AIFA chiarisce che *“i medicinali biologici e biosimilari non possono essere considerati sia et simpliciter alla stregua dei prodotti equivalenti , escludendone quindi la vicendevole sostituibilità terapeutica automatica...L'AIFA considera, tuttavia, che i biosimilari non solo costituiscono un'opzione terapeutica a disposizione dei curanti, ma sono da preferire, qualora costituiscano un vantaggio economico, in particolare per il trattamento dei soggetti naive (che non abbiano avuto precedenti esposizioni terapeutiche o per i quali le precedenti esposizioni in base al giudizio del clinico siano sufficientemente distanti nel tempo”*

L'Assessorato della salute della Regione Sicilia, con D.A. 540/2014, stabilisce che:

- 1) il farmaco biologico originatore o biosimilare, a minor costo di terapia, deve essere utilizzato come prima scelta nel paziente *“naive”*;
- 2) in caso di documentata inefficacia terapeutica e/o intolleranza e/o effetti collaterali, va garantito il ricorso ad un altro farmaco biosimilare o al farmaco biologico originatore;
- 3) in caso di interruzione o in caso in cui sia opportuno uno switch, alla ripresa della terapia, si dovrà utilizzare il biologico originatore o biosimilare, a minor costo;
- 4) qualora il medico prescrittore non ritenga di poter utilizzare il farmaco biologico originatore o biosimilare a minor costo, dovrà redigere, contestualmente alla prescrizione la *“scheda di maggior costo”* riportando, nell'apposito campo la motivazione;
- 5) Deve essere garantito il principio della continuità terapeutica, pertanto, nei pazienti *“non naive”* al trattamento, il medico potrà continuare a prescrivere la terapia già iniziata dandone opportuna motivazione nella scheda di maggior costo.

Si fa presente che l'AIFA nel secondo Position Paper pubblicato nel 2018, considera i *biosimilari come prodotti intercambiabili con i corrispondenti originator di riferimento (sia nei pazienti naive che nei pazienti già in trattamento) poiché il rapporto rischio/beneficio è il medesimo*. Pertanto, al medico prescrittore è possibile operare lo switch da originator a biosimilare al fine di contribuire ad un utilizzo appropriato utilizzo delle risorse e alla sostenibilità del sistema sanitario. Ovviamente, qualora il clinico lo ritenga necessario, anche lo switch da biosimilare ad originator è consentito **previa segnalazione della motivazione** (es. mancata efficacia, reazione avversa ecc..) al responsabile di farmacovigilanza della ASP.

Farmaci A-PHT prescrivibili con “Scheda di maggior costo”:

- LANTUS
- LEVEMIR
- CLEXANE

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

E-Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Prima prescrizione

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Prosecuzione del Trattamento *

**(in caso di prosecuzione del trattamento non è necessaria la motivazione)*

Durata prevista per il trattamento _____

MMG PLS Reparto D.H. Ambulatorio

Data

Firma e timbro Medico prescrittore

* * * * *

ATTENZIONE!!!

L'Assessorato Regionale della Salute – Servizio 7 Farmaceutica con la nota prot. n.62235 del 04/08/2014 concernente “Farmaci A PHT in Distribuzione per Conto” ha stabilito che, al fine di agevolare il riconoscimento dei Piani Terapeutici in copia e scongiurare eventuali duplicazioni illecite, **gli Specialisti devono apporre il timbro e la firma in originale con almeno uno dei due elementi con inchiostro di colore diverso dal nero.**

Gli specialisti hanno l'obbligo di predisporre un numero di copie originali del Piano Terapeutico sufficienti a coprire l'intera terapia, avendo inoltre cura di indicare su ciascuna delle copie originali “Copia valida per n° ___ confezioni”.

Nella DPC i Piani Terapeutici hanno prevalenza rispetto a quanto prescritto sulle ricette.

Il farmacista ad ogni piano terapeutico originale deve allegare una ricetta mutualistica (ricetta rossa o dematerializzata) prescritta dal MMG o il PLS con indicazione “DPC” verificando la corrispondenza del numero delle confezioni per cui il piano è stato validato.

I controlli di appropriatezza specifici riguardano solo le tipologie di farmaci qui presenti. Laddove non espressamente indicato, il farmacista dovrà semplicemente verificare che:

- × i piani terapeutici, ove previsti, abbiano una durata massima di sei mesi;
- × il centro prescrittore sia tra quelli indicati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.;
- × la presenza sulla ricetta delle note AIFA, ove previste.

PIANI TERAPEUTICI FUORI REGIONE

A far data dal 1 Dicembre 2021, i PT relativi esclusivamente a farmaci A-PHT in DPC redatti da centri extraregionali non potranno più essere conformizzati presso i Servizi di Farmacia dell'ASP di Enna ma dovranno essere trasmessi al Dipartimento del Farmaco dell'ASP di Palermo all'indirizzo e-mail: **dpc.asppalermo.org**

La trasmissione dei suddetti PT potrà essere effettuata direttamente dagli assistiti, dalle farmacie, dalle ASP, dai MMG o dai Centri Prescrittori, unitamente al documento d'identità e al codice fiscale del paziente.

**SCHEDE DI
APPROPRIATEZZA
PER IL CONTROLLO
DI PARTICOLARI
CLASSI DI FARMACI**

EPARINE

Per le Eparine a basso peso molecolare (EBPM) l'AIFA ha disposto una duplice possibilità di dispensazione (DPC o farmaceutica convenzionata) in funzione dell'indicazione terapeutica:

- 1) **INDICAZIONI TERAPEUTICHE DPC:** *profilassi della Trombosi Venosa Profonda e continuazione della terapia iniziata in ospedale, sia dopo intervento ortopedico maggiore che dopo intervento di chirurgia generale maggiore.*
- 2) **INDICAZIONI TERAPEUTICHE DI CLASSE "A":** *profilassi del tromboembolismo venoso in pazienti di pertinenza medica allettati considerati ad alto rischio di TVP, trattamento della trombosi venosa profonda, sindrome coronarica acuta, trattamento della trombosi venosa superficiale (TVS)*

Con aggiornamento n. 64 del 3/11/2021 è stata inserita nel PTORS la *Tinsaparina* (INNOHEP), aggiudicata in gara regionale e classificata in A-PHT con erogazione, per tutte le indicazioni, in Distribuzione Per Conto (DPC).

Con la commercializzazione di nuovi biosimilari dell'**enoxaparina** e l'approvazione del nuovo Accordo Quadro è ulteriormente diminuito il costo di terapia dell'**enoxaparina**, qualora erogata in DPC.

Enoxaparina in DPC (solo i dosaggi da 2000UI e 4000UI)

SPECIALITA' MEDICINALE	Paziente NAIVE	Paziente in prosecuzione di terapia
INHIXA sia da 6 FL che da 10 FL	Prescrivibile senza scheda di maggior costo	Prescrivibile
GHEMAXAN 10 FL	Prescrivibile senza scheda di maggior costo	Prescrivibile
ENOXAPARINA ROVI 6 FL	Prescrivibile senza scheda di maggior costo	Prescrivibile
CLEXANE	Non prescrivibile	Prescrivibile con motivazione clinica da apporre sull'apposita scheda di maggior costo (D.A.540/14) qualora non fosse possibile attuare uno <i>switch</i> verso la specialità a minor costo.
<u>ROVINADIL</u>	Non aggiudicato e pertanto non prescrivibile	

Trattandosi di farmaci BIOSIMILARI e non di generici, il farmacista, all'atto della dispensazione, non può operare alcuna sostituzione.

Nell'ambito delle azioni implementate durante la fase emergenziale correlata con la pandemia da COVID-19, è stata effettuata la dematerializzazione anche delle prescrizioni relative ai medicinali erogati in DPC. In considerazione che la piattaforma del Sistema TS consente l'erogazione in DPC solo se il farmaco risulta inserito nella lista dei farmaci in DPC della Regione di erogazione, si è provveduto ad inserire anche le EBPM tra i farmaci in DPC, per cui in fase di prescrizione il sistema TS appone sul promemoria l'annotazione "CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI EROGAZIONE".

- Convenzionata: il MMG dovrà inserire nel "campo note" la dicitura "**farmaco da erogare in convenzionata**", in tal modo le EBPM potranno essere dispensate in regime di farmaceutica convenzionata nono stante l'annotazione generata automaticamente da Sistema TS;
- DPC: il MMG non dovrà aggiungere nulla e le EBPM saranno erogate in DPC.

Le specialità medicinali fondaparinux (ARIXTRA) e Tinzaparina (INNOHEP) hanno tutte le indicazioni in DPC.

La **Tinzaparina (INNOHEP)** è l'unica eparina in commercio ad avere come indicazione rimborsabile il «*Trattamento prolungato della tromboembolia venosa e prevenzione delle recidive in pazienti adulti con neoplasia attiva*»

EBPM AI SENSI DELLA LEGGE 648/96

Le indicazioni delle EBPM non ancora autorizzate, ma supportate dalla pratica clinica, inserite dall'AIFA nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN ai sensi della Legge 648/96 sono le seguenti:

- *Terapia Ponte (Bridging Therapy) – trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (AVK) per manovre chirurgiche e/o invasive (bridging);*
- *Profilassi delle trombosi venose profonde in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio (Score KHORANA 3);*
- *Profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio.*

Per tali indicazioni la prescrizione è specialistica (Piano Terapeutico e consenso informato) e l'erogazione avviene esclusivamente in Distribuzione Diretta da parte dei Servizi di Farmacia delle ASP.

NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO) e Nota AIFA 97

Molecola	Nome commerciale e tipologia somministrazione		
<i>Apixaban</i>	ELIQUIS	2,5mg 60cpr 5mg 60cpr	2cpr al di
<i>Dabigatran etexilato mesilato</i>	PRADAXA	110mg 60cps 150mg 60cps	2cpr al di
<i>Edoxaban tosilato</i>	LIXIANA	30mg 28cpr 60mg 28cpr	1cpr al di
<i>Rivaroxaban</i>	XARELTO	15mg 42cpr 20mg 28cpr	1cpr al di/ 1cpr al di

Sono abilitate alla prescrizione UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche o private accreditate e gli specialisti convenzionati interni appartenenti alle branche di:

Cardiologia - Ematologia Centri Trombosi ed Emostasi - Geriatria - Medicina Interna - Neurologia

INDICAZIONI TERAPEUTICHE

1. Profilassi tromboembolismo venoso (TEV) pazienti adulti dopo chirurgia protesica anca o ginocchio.

- Prescrizione in Ortopedia **Distribuzione Diretta**
- Durata Piano Terapeutico 12/35 giorni

2. Trombosi Venosa Profonda (TVP) ed Embolia Polmonare (EP) Trattamento e prevenzione delle recidive.

- PT *Web Based* AIFA esclusivamente da parte degli Specialisti e dispensazione in **DPC**
- Durata Piano Terapeutico **13/26/52 settimane** = 3/6/12 mesi

3. Ictus e Embolia sistemica, prevenzione pazienti adulti con **fibrillazione atriale non valvolare (FANV)**.

- Prescrizione sul Sistema TS da parte sia degli Specialisti che dei MMG e distribuzione in **DPC**
- Durata Piano Terapeutico **52 settimane** = 12 mesi ad eccezione pazienti *cardioversione* **6 mesi**

TEV	= Trombo Embolismo Venoso
TVP	= Trombosi Venosa Profonda
EP	= Embolia Polmonare
FANV	= Fibrillazione Atriale Non Valvolare

Con Determina AIFA num. 653 del 12/6/2020 (in vigore dal 18/06/2020) è stata **introdotta la NOTA 97** per la prescrizione di anticoagulanti (NAO E AVK) effettuate per la prevenzione dell'ictus in pazienti affetti da **Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV)**.

La prescrizione avviene tramite la redazione del PT *Web Based* AIFA (solo lo Specialista e fino al 31/03/2022) oppure compilando le «*Schede di valutazione e prescrizione*» (specialista o MMG) direttamente sul Portale SOGEI (obbligatorio dal **1°Marzo 2021**). **Dal 1/04/2022 non è più possibile ai medici specialisti effettuare le prescrizioni di NAO con indicazione FANV utilizzando la piattaforma**

AIFA, ma sia gli specialisti che i MMG dovranno prescrivere sul Portale SOGEI; tuttavia i PT *Web Based* AIFA redatti fino al 31/03/2022 potranno essere esitati fino a naturale scadenza.

Il numero di protocollo generato dal Sistema TS al termine dell'operazione **dovrà essere apposto sulla ricetta DEM** ai fine della dispensazione del medicinale.

Cosa controllare?

PT CARTACEO (nel caso di TVP o EP oppure nel caso di PT per FANV redatti entro il 31/03/2022)

- Validità del piano terapeutico da allegare alla ricetta nel rispetto delle indicazioni terapeutiche;
- Presenza su ciascuna copia del PT della dicitura "*Copia valida per N. ____ confezioni*" con timbro e firma del Clinico in originale;
- Attenzione particolare alla Dose/Die: Qualora mancante il Clinico deve indicare sul PT la tipologia di somministrazione del farmaco prescritto (es: 2 al dì / ogni 12 ore);
- Nel caso di formulazione di diagnosi FANV: presenza anche dell'attestazione del Clinico per avvenuta effettuazione dell'indagine ecocardiografica (solo per la prima prescrizione);
- Se il Piano Terapeutico è stato emesso da un centro al di fuori della Regione Sicilia per essere erogato deve essere prima autorizzato dall'ASP di Palermo.

PT REDATTO SUL SISTEMA TS

- Verificare che il MMG abbia riportato sulla ricetta DEM il numero di protocollo genrato dal Sistema TS "*FANVOA0000.....*";
- Qualora il MMG effettui la prescrizione su ricetta ROSSA allegare copia del PT rilasciato dal Sistema TS;
- Verificare la presenza della nota 97 sulla ricetta SSN.

ATTENZIONE!!!!

Con aggiornamento n° 57 del PTORS è stato inserito il farmaco **XARELTO 2,5 MG** per la seguente indicazione:

- in associazione ad acido acetilsalicilico (ASA) per la prevenzione di ictus in pazineti che presentano coronaropatia o arteriopatia periferica.

Tale farmaco viene prescritto su PT cartaceo AIFA da parte dello Specialista ed erogato in regime di **Distribuzione Diretta da parte dei Servizi di Farmacia della ASP.**

ERITROPOIETINE – PT ONLINE

MOLECOLA	ORIGINATOR	BIOSIMILARE
<i>Epoetina Alfa</i>	EPREX	BINOCRIT
<i>Epoetina Beta</i>	NEORECORMON	
<i>Epoetina Zeta (Alfa biosimilare)</i>		RETACRIT
<i>Epoetina Beta/MetossiPEG</i>	MIRCERA	
<i>Darbepoietina</i>	ARANESP	

Cosa controllare?

Tali farmaci vengono erogati con PT ONLINE su GoPenPT, pertanto il farmacista è tenuto a verificare che lo stesso sia caricato online al momento della spedizione della ricetta, poi sarà il Settore farmaceutico della ASP ad operare i dovuti controlli.

PT CARTACEO

Qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online potrà redigere il PT cartaceo. Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

- Verificare la validità del piano terapeutico: **2 mesi max**
- Verificare che il Clinico abbia indicato nell'apposita casella il valore dell'emoglobina Hb:
 - per il trattamento dell'anemia associata ad insufficienza renale cronica con valori di Hb fino a 12g/dL la prescrizione di eritropietina è a carico del SSN e va interrotta quando l'Hb è maggiore di 12 g/dL;
 - per il trattamento dell'anemia in pazienti adulti oncologici che ricevono chemioterapia antitumorale con valori di Hb compresi tra 8 e 10g/dL la prescrizione di eritropietina è a carico del SSN, mentre per valori inferiori a 8 g/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione.
- Verificare il rispetto della prescrizione di biosimilari relativamente ai pazienti Naive (nella gara Regionale BINOCRIT è quello a prezzo inferiore ed esitabile ai pazienti Naive).
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

STRUTTURE PUBBLICHE - SPECIALISTI AMBUL. CONV. INTERNI

NEFROLOGIA E DIALISI (Centri Dialisi Anche Privati)

EMATOLOGIA

MEDICINA INTERNA

GERIATRIA CHIRURGIA

ANESTESIA E RIANIMAZIONE

ONCOLOGIA

PEDIATRIA

GASTROENTEROLOGIA

MEDICINA TRASFUSIONALE

MALATTIE INFETTIVE

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
PRESCRIZIONE DI ERITROPOIETINE (ex 12)

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata ⁽¹⁾		
Medico prescrittore _____	Tel _____	e-mail _____
Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____	
Indirizzo _____		Tel _____
ASP di residenza _____	Prov. _____	Regione _____

La prescrizione di eritropoietine, originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

_____ Trattamento dell'anemia (Hb <11 g/dl e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dl) associata ad IRC in pazienti adulti e in soggetti pediatrici* sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo. **Principi attivi:** eritropoietina alfa, eritropoietina alfa biosimilare, eritropoietina beta, darbepoetina alfa, eritropoietina zeta (o alfa biosimilare).

(* Per darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età > 11 anni

_____ Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti. **Principi attivi:** Metossipolietileglicole-eritropoietina beta

_____ Trattamento dell'anemia (Hb <10 g/dL) in pazienti adulti oncologici che ricevono chemioterapia antitumorale; in caso di Hb <8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione. **Principi attivi:** eritropoietina alfa, eritropoietina alfa biosimilare, eritropoietina beta, darbepoetina alfa, eritropoietina zeta (o alfa biosimilare).

_____ Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica. **Principi attivi:** eritropoietina alfa, eritropoietina alfa biosimilare, eritropoietina beta, eritropoietina zeta (o alfa biosimilare).

Farmaco prescritto:

Eritropoietina alfa (Eprex) <input type="checkbox"/>	Eritropoietina beta (NeoRecormon) <input type="checkbox"/>
Eritropoietina alfa biosimilare (Binocrit) <input type="checkbox"/>	Darbepoetina alfa (Aranesp) <input type="checkbox"/>
Eritropoietina zeta (alfa biosimilare Retacrit) <input type="checkbox"/>	Metossipolietileglicole-eritropoietina beta (Mircera) <input type="checkbox"/>
Dosaggio e posologia: _____ Durata prevista del trattamento: _____	

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

PRESCRIZIONE DI TERAPIA A MAGGIOR COSTO SI NO

SE SI, MOTIVAZIONE: _____

Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo _____

Data _____ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. _____ confezioni

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

ERITROPOIETINE PER LE SINDROMI MIELODISPLASTICHE

Con nota Prot.n. 71800 del 25/10/2019 – aggiornamento n. 42 del PTORS è stata approvata l'estensione delle indicazioni terapeutiche per incrementare la concentrazione di emoglobina nell'anemia sintomatica (Hb ≤ 10 g/dL) negli adulti con sindromi mielodisplastiche primarie con valori di **eritropoietina sierica < 200 mU/ml** per i p.a. epoietina alfa (originator e biosimilare) ed epoietina zeta nel dosaggio da 40.000 UI (precedentemente erogate ai sensi della legge 648/96 in distribuzione diretta dalle ASP). Tali farmaci a partire dal 2/03/2020 vengono prescritti esclusivamente tramite PT *web-based*, di **validità massima di 3 mesi**, da parte delle **UU.OO. di Ematologia** e distribuiti tramite il canale della DPC.

→ Per valori di **eritropoietina sierica > di 200 mUI/ml** l'AIFA ha disposto che la prescrizione dei suddetti medicinali a carico del SSN avvenga **ai sensi della legge 648/96**, pertanto, esclusivamente per tali condizioni, la **dispensazione avverrà in forma diretta dai Servizi di Farmacia delle ASP**.

ETACALCETIDE

MOLECOLA	SPECIALITA'
ETACALCETIDE	PARSABIV

Cosa controllare?

PT CARTACEO

- Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI O INTERNI
UROLOGIA
ONCOLOGIA



ASSESSORATO DELLA SALUTE
PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI ETELCALETIDE (PARSABIV)

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico di cui all'allegato 1 del D.A. n. 1766/11 e s.m.i. _____

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

ASSISTITO:

CODICE FISCALE: _____ **NATO A** _____ **IL** _____

INDIRIZZO: _____ **TEL.** _____

ASP DI RESIDENZA _____ **PROV.** _____ **REGIONE:** _____

Indicazioni terapeutiche:

trattamento dell'iperparatiroidismo secondario (SHPT) in pazienti adulti con malattia renale cronica (CKD) in emodialisi

Terapia farmacologica con etelcalcetide

cCa sierico _____

Riportare il valore del calcio corretto (cCa) sierico. *Il cCa sierico deve essere uguale o superiore al limite inferiore dell'intervallo di normalità prima della somministrazione della prima dose di Parsabiv, di un incremento della dose o della ripresa del trattamento dopo un'interruzione dello stesso (vedere anche aggiustamenti della dose basati sui livelli sierici di calcio del RCP).*

PTH _____

Riportare il valore del PTH secondo quanto riportato nel RCP. *I livelli di PTH devono essere misurati 4 settimane dopo l'inizio del trattamento con Parsabiv o l'aggiustamento della dose, e approssimativamente ogni 1-3 mesi durante il mantenimento. Può essere necessario un aggiustamento della dose in qualunque momento durante il trattamento, anche nella fase di mantenimento.*

Parsabiv non deve essere somministrato più di 3 volte a settimana.

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Annotazioni _____

Data successivo controllo _____

Data _____

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Durata _____

Confezioni totali _____

Valido per n. _____ confezioni

PATIROMER - SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO

La rimborsabilità è limitata al “trattamento dei pazienti adulti con iperkaliemiapersistente (livello di potassiemia > 5,5 mmol/L) in pazineti con risposta insufficiente controindicazione alle resine (calcio polistirene sulfonato/ sodio polistirene sulfonato)”.

MOLECOLA	SPECIALITA'
PATIROMER	VELTASSA
SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO	LOKELMA

Cosa controllare?

PT CARTACEO

- Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

UU.OO. DELLE AZINDE SANITARIE
MEDICINA INTERNA
NEFROLOGIA
CARDIOLOGIA (limitatamente allo scompenso cardiaco)

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione delle specialità medicinali VELTASSA® (patiromer) e
LOKELMA® (sodio zirconio ciclosilicato)

*Prescrizione da parte dei Centri di Medicina Interna e Nefrologia di cui all'allegato 1 del DA
1766/11 e s.m.i. e, limitatamente all'indicazione scompenso cardiaco, alle UU.OO. di Cardiologia
delle Aziende Sanitarie*

Indicazione terapeutica: trattamento dell'iperkaliemia negli adulti.

*La rimborsabilità è limitata al trattamento dei pazienti adulti con Iperkaliemia persistente
(livello di potassiemia >5.5mmol/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione
alle resine (calcio polistirene sulfonato/sodio polistirene sulfonato).*

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (Cognome, Nome) _____

Telefono _____ e-mail _____

Paziente (Cognome, Nome) _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Comune di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Telefono _____

ASL di residenza _____ Provincia _____ Regione _____

Medico di medicina generale _____

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ AL TRATTAMENTO (devono essere soddisfatti entrambi i punti 1 e 2)

1) Diagnosi: Iperkaliemia persistente (livello di potassiemia >5.5mmol/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione alle resine (calcio polistirene sulfonato/sodio polistirene sulfonato).

2) Almeno una delle seguenti condizioni (possibilità di scelta multipla):

- Insufficienza renale: stadio 3b-CKD in pazienti **con** concomitante terapia con RAASi
- Insufficienza renale: stadio 4 o 5-CKD **non in dialisi**, in pazienti **con o senza** concomitante terapia con RAASi
- Insufficienza renale: stadio 5-CKD **in dialisi** (solo per sodio zirconio ciclosilicato)
- Scompenso cardiaco (frazione di eiezione ≤40%) in pazienti **con** concomitante terapia con RAASi in dose giudicata subottimale.

FARMACO PRESCRITTO

VELTASSA (patiomer)

Pazienti NON in dialisi*

8,4 g 16,8 g

(*nei pazienti in dialisi l'uso di Veltassa non è rimborsato)

Posologia di correzione(1) _____

Posologia di mantenimento(1) _____

LOKELMA (sodio zirconio ciclosilicato)

1. **Pazienti NON in dialisi:** 5 g 10 g

2. **Pazienti in dialisi:** 5 g (trattamento nei giorni di non-dialisi)

Posologia di correzione(1) _____

Posologia di mantenimento(1) _____

prima prescrizione **prosecuzione del trattamento**

Validità del presente piano terapeutico (massimo 6 mesi) (2): _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico

Timbro e Firma del centro

(1) Fare riferimento al paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).
(2) E' opportuno che durante una terapia a lungo termine con chelanti orali del K⁺, vengano periodicamente controllati i valori ematici di K, Ca e Mg.

FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI – PT ONLINE

MOLECOLA	ORIGINATOR	BIOSIMILARE
<i>Filgrastim</i>	GRANULOKINE	ACCOFIL, NIVESTIM, TEVAGRASTIM, ZARZIO
<i>Pegfilgrastim</i>	NEULASTA	PELGRAZ, PELMEG, ZIEXTENZO
<i>Lenograstim</i>	MYEOSTIM	
<i>Lipegfilgrastim</i>	LONQUEX	

Cosa controllare?

Tali farmaci vengono erogati con PT ONLINE su GoPenPT, pertanto il farmacista è tenuto a verificare che lo stesso sia caricato online al momento della spedizione della ricetta, poi sarà il Settore farmaceutico della ASP ad operare i dovuti controlli.

PT CARTACEO

Qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

- Verificare la validità del piano terapeutico: **2 mesi max**, dopo che il paziente viene inserito in anagrafica dovrà essere caricato il PT online.
- Verificare il rispetto della prescrizione di biosimilari relativamente ai pazienti Naive
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

FILGRASTIM E LENOGRASTIM
Strutture Private accreditate e Pubbliche - Area Terapeutica di
IMMUNOLOGIA
EMATOLOGIA
MEDICINA INTERNA
ONCOLOGIA
PEDIATRIA
GASTROENTEROLOGIA
MALATTIE INFETTIVE

PEGFILGRASTIM
Strutture Private accreditate e Pubbliche - Area Terapeutica di
EMATOLOGIA
ONCOLOGIA



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
PRESCRIZIONE DI FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI (ex nota 30 e 30bis)

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata⁽¹⁾

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F
Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____
Indirizzo _____ Tel _____
ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

La prescrizione di fattori di crescita granulocitari è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

- Trattamento della neutropenia febbrile da chemioterapia**
(filgrastim, lenograstim, pegfilgrastim, lipegfilgrastim)
- Neutropenia congenita**
(filgrastim)
- Trapianto di midollo osseo**
(filgrastim, lenograstim)
- Mobilizzazione di cellule staminali periferiche**
(filgrastim, lenograstim)
- Neutropenia HIV correlata o correlata ai farmaci antiretrovirali in pazienti pluritrattati che necessitano di farmaci ad azione neutropenizzante**
(filgrastim)

Farmaco prescritto:

filgrastim	filgrastim biosimilare	lenograstim	pegfilgrastim	lipegfilgrastim
<input type="checkbox"/> Granulokine	<input type="checkbox"/> Accofil <input type="checkbox"/> Nivestim <input type="checkbox"/> Tevagrastim <input type="checkbox"/> Zarzio	<input type="checkbox"/> Myelostim	<input type="checkbox"/> Neulasta	<input type="checkbox"/> Lonquex

Dosaggio e posologia: _____ Durata prevista del trattamento: _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

PRESCRIZIONE DI TERAPIA A MAGGIOR COSTO SI NO
SE SI, MOTIVAZIONE: _____

Prima prescrizione Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo _____
Data _____ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. ____ confezioni

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

FARMACI CON NOTA 51 - PT ONLINE

Si tratta di farmaci prescritti per il trattamento di varie patologie dell'apparato riproduttivo (endometriosi, carcinoma prostata, pubertà precoce ecc).

Molecola	Nome Commerciale
<i>Buserelina Acetato</i>	SUPREFACT
<i>Goserelina</i>	ZOLADEX
<i>Leuprorelina acetato</i>	ELIGARD
<i>Leuprorelina acetato</i>	ENANTONE
<i>Leuprorelina acetato</i>	LEPTOPROL
<i>Triptorelina</i>	DECAPEPTYL
<i>Triptorelina</i>	GONAPEPTYL DEPOT
<i>Ulipristal acetato</i>	ESMYA *

Con la determina n. aRDV – 1/2021 – 4368 del 8 giugno 2021 è stato revocato, con effetto immediato, il divieto di vendita adottato con determina aDV – 2/2010 del 1° aprile 2020, ai sensi dell'art. 142 del decreto legislativo n. 219/2006, relativo al medicinale ESMYA.

Con Determina AIFA n. DG/1475/2021 pubblicata nella GU n. 300 del 18/12/2021 è stato effettuato un aggiornamento della nota AIFA 51.

NOTA 51

<p>Analoghi del LHRH</p> <ul style="list-style-type: none"> - buserelina - goserelina - leuprorelina - triptorelina <p>Modulatori selettivi del Recettore del Progesterone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ulipristal acetato 	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • carcinoma della prostata <ul style="list-style-type: none"> ○ buserelina, goserelina, leuprorelina, triptorelina • carcinoma della mammella <ul style="list-style-type: none"> ○ goserelina, leuprorelina, triptorelina • endometriosi <ul style="list-style-type: none"> ○ goserelina, leuprorelina, triptorelina • fibromi uterini non operabili <ul style="list-style-type: none"> ○ goserelina, leuprorelina, triptorelina • trattamento intermittente (fino ad un massimo di 4 cicli) dei sintomi da moderati a gravi di fibromi dell'utero in donne adulte che non hanno raggiunto la menopausa quando l'embolizzazione di fibroma uterino e / o le opzioni di trattamento chirurgico non sono adatte o hanno fallito <ul style="list-style-type: none"> ○ ulipristal acetato • trattamento prechirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva <ul style="list-style-type: none"> ○ goserelina, leuprorelina, triptorelina <ul style="list-style-type: none"> ▪ durata di 3 mesi: per gli interventi di miomectomia e isterectomia della paziente metrorragica ▪ durata di 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via isteroscopica • pubertà precoce <ul style="list-style-type: none"> ○ leuprorelina, triptorelina
--	---

Cosa controllare?

Tali farmaci vengono erogati con PT ONLINE su GoPenPT, pertanto il farmacista è tenuto a verificare che lo stesso sia caricato online al momento della spedizione della ricetta, poi sarà il Settore farmaceutico della ASP ad operare i dovuti controlli.

I PT cartacei redatti prima del 1° agosto potranno essere esistati fino a naturale scadenza degli stessi.

PT CARTACEO

Qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

Verificare la validità del piano terapeutico: **2 mesi max**, dopo che il paziente viene inserito in anagrafica dovrà essere caricato il PT online.

- Verificare la presenza della nota 51 sulla ricetta e delle indicazioni autorizzate

- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati indicati nell'elenco che segue:

STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI O INTERNI
UROLOGIA
ONCOLOGIA
ONCOLOGIA CHIRURGICA
OSTETRICIA
GINACOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA

-Verificare l'età del paziente per inizio terapia solo in caso di utilizzo in pubertà precoce (indicato sul piano terapeutico) secondo il seguente schema:

Molecola	Femmina	Maschio
Enantone	< 8 anni	< 10 anni
Decapeptyl	< 8 anni	< 10 anni
Gonapeptyl	< 9 anni	< 10 anni

- Per le molecole Leuprorelina e Triptorelina e per l'indicazione "pubertà precoce" sono autorizzati esclusivamente i centri previsti per l'ormone somatotropo nota 39.

- Per quanto riguarda l'età nella pubertà precoce la terapia deve essere iniziata entro i limiti riportati La prosecuzione della terapia rimane nell'ambito della responsabilità del medico prescrittore (nota Assessorato Regionale Salute 2733/2009)

- Per quanto riguarda Decapeptyl 11.25, Enantone 11,25 ed Eligard 22,5 essendo prevista una somministrazione di una fiala ogni 3 mesi, occorre siano predisposte 2 copie del piano ognuna autorizzata per 1 confezione.

- La formulazione da 0,1mg è classificata in fascia C (non prescrivibile).

BICALUTAMIDE E DEGARELIX - PT ONLINE

MOLECOLA	SPECIALITA'
BICALUTAMIDE	BICALUTAMIDE SUN
DEGARELIX	FIRMAGON

Cosa controllare?

Tali farmaci vengono erogati con PT ONLINE su GoPenPT, pertanto il farmacista è tenuto a verificare che lo stesso sia caricato online al momento della spedizione della ricetta, poi sarà il Settore farmaceutico della ASP ad operare i dovuti controlli.

I PT cartacei redatti prima del 1° agosto potranno essere esistati fino a naturale scadenza degli stessi.

PT CARTACEO

Qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

Verificare la validità del piano terapeutico: **2 mesi max**, dopo che il paziente viene inserito in anagrafica dovrà essere caricato il PT online.

- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati indicati nell'elenco che segue:

STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI O INTERNI
UROLOGIA
ONCOLOGIA

FARMACI CON NOTA 74 - PT ONLINE

Farmaci prescritti per il trattamento dell'infertilità Femminile e Maschile.

Molecola	Nome Commerciale	F	M
<i>Follitropina alfa biosimilare</i>	BEMFOLA - OVALEAP	Si	Si
<i>Follitropina alfa</i>	GONAL F	Si	Si
<i>Follitropina beta</i>	PUREGON	Si	Si
<i>Follitropina alfa + Lutropina alfa</i>	PERGOVERIS	Si	No
<i>Menotropina</i>	MERIOFERT - MEROPUR	Si	No
<i>Urofollitropina</i>	FOSTIMON	Si	Si
<i>Lutropina alfa</i>	LUVERIS	Si	No
<i>Corifollitropina alfa</i>	ELONVA	Si	No

La specialità OVITRELLE in Sicilia non è stata inserita nel PTORS pertanto non è autorizzata la dispensazione

Cosa controllare?

Tali farmaci vengono erogati con PT ONLINE su GoPenPT, pertanto il farmacista è tenuto a verificare che lo stesso sia caricato online al momento della spedizione della ricetta, poi sarà il Settore farmaceutico della ASP ad operare i dovuti controlli.

PT CARTACEO

Qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

- Verificare la prescrizione del farmaco in funzione della suddetta tabella F – M
- Verificare la validità del piano terapeutico: **1 mese max**
- Verificare l'età del paziente:

➤ **Infertilità femminile:** donne di età **non superiore a 45 anni** con valori di FSH al 3° giorno del ciclo **non superiori a 30mUI/ml**.

➤ **Infertilità maschile:** maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e **FSH non superiore a 8mUI/ml**

FSH = Ormone Follicolo Stimolante indicato sul Piano Terapeutico

Per le donne: < 30 mUI/ml Per gli uomini: < 8 mUI/ml

Il valore di FSH deve essere stato **determinato in data non anteriore a sei mesi** dalla redazione del PT e **riportato sullo stesso**.

Nella gara Regionale GONAL F è la specialità medicinale a prezzo inferiore ed esitabile in prima prescrizione.

- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

CENTRI PRIVATI ACCREDITATI	
AGRIGENTO	Medicina della riproduzione Agrigento Srl (M.R.A. Srl)
CALTANISSETTA	Centro Irisia Srl
CATANIA	BIOS, Studi Riuniti per la Riproduzione

	Casa di Cura Falcidia Srl U.M.R. - Unità di Medicina della Riproduzione - Soc. Coop. A.r.l. CRA Centro Riproduzione Assistita Srl Centro di Ginecologia e Medicina della Riproduzione - GMR Centro di Medicina della Riproduzione e Infertilità
MESSINA	Centro Riproduzione Umana - Chirurgia Ambulatoriale - CRU Srl Medical System Sas - Pace del Mela (ME) Centro Polispecialistico Rizzo Srl - Torregrotta (ME)
PALERMO	A.M.B.R.A. c/o Nuova Casa di Cura Demma Centro di Biologia della Riproduzione Casa di Cura Candela Centro di Chirurgia Genesi Srl Studio Medico Ginecologico Dr. Gaetano Guastella Gynecos Srl Genesi - Centro di Chirurgia - Medicina della Riproduzione Studio Dr. Salvatore Bevilacqua Studio Dr. G. Alaimo Ostetricia e Ginecologia - Fisiopatologia della Riproduzione Umana Centro Andros Srl Centro di Procreazione Assistita Demetra Studio Medico Dr. Andrea Biondo Centro Venezia Diagnosi e Terapia della Sterilità Ambulatorio di Ostetricia del Dr. Giovanni Alaimo Centro Althea Srl Centro Medico San Michele Srl
RAGUSA	Clinica del Mediterraneo ISIS Srl
SIRACUSA	Centro Biomed Srl Centro Clinico Diagnostico BIOS Srl - Modica
TRAPANI	Studio Medico Pollina Centro per la Diagnosi e Terapia della Sterilità Centro Terzomillennio Srl -Mazara del Vallo Studio di Ginecologia e Ostetricia Dr.ssa Marino Maria Rosa - Mazara del Vallo Hermes Srl Servizi Sanitari Selinuntini - Castelvetrano Centro Imaging Service gestioni indagini radiologiche Srl

STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI O INTERNI
UROLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA
OSTETRICIA
GINECOLOGIA

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
PRESCRIZIONE DI FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 74

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/Struttura privata accreditata⁽¹⁾ _____

Medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____

Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____

ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____

La prescrizione di farmaci soggetti a nota AIFA 74 è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche: (barrare la casella corrispondente alla condizione clinica del paziente)

Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valore di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiore a 30 mUI/ml;
(urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare, lutropina alfa, corifollitropina alfa, follitropina alfa/lutropina alfa)

Trattamento dell'infertilità maschile: in maschi con ipogonadismo – ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml.
(urofollitropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare)

Preservazione della fertilità femminile: in donne in età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.
(urofollitropina, menotropina, follitropina alfa, follitropina beta, follitropina alfa biosimilare, corifollitropina alfa)

Farmaco prescritto:

urofollitropina menotropina follitropina alfa biosimilare follitropina alfa follitropina beta
 Fostimon Meriofert Meriopur Bemfola Ovaleap Gonal F Puregon

lutropina alfa corifollitropina alfa follitropina alfa + lutropina alfa
 Luveris Elonva Pergoveris

Dosaggio e posologia: _____ Valore di FSH⁽²⁾: _____ Valore di LH^(2,3): _____

N° del ciclo _____

Data successivo controllo _____

Prima prescrizione

Motivazione (ai sensi del D.A. n. 540/14): _____

Proseguimento della cura

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Data _____ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Copia valida per N. _____ confezioni

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

(2) Durata del piano terapeutico un mese. Riportare i valori di FSH e di LH determinati in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico

(3) per le specialità medicinali Luveris e Pergoveris rimborsabilità esclusivamente con valore di LH < 1.2 UI/L

(4) A parità di indicazione terapeutica prediligere il medicinale a minor costo/DDD

FARMACI CON NOTA 85

Molecola	Nome Commerciale
<i>Donezepil cloridrato</i>	ARICEPT DESTEZIL DONEPEZIL LIZIDRA YASNAL
<i>Galantamina bromidrato</i>	GALNORA REMINYL
<i>Memantina cloridrato</i>	EBIXA EZEMANTIS MARIXINO MEMANTINA
<i>Rivastigmina</i>	EXELON RIVASTIGMINA
<i>Rivastigmina idrogeno tartrato</i>	EXELON NIMVASTID PROMETAX RIVASTIGMINA

Cosa controllare?

PT CARTACEO

- Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**
- Verificare la presenza della nota 85
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati indicati nell'elenco che segue:

CENTRI PRESCRITTORI DI FARMACI DI AREA NEUROLOGICA - CENTRI UVA		
AGRIGENTO	P.O. Agrigento ASP1 - Agrigento ASP1 - Canicatti	U.O. NEUROLOGIA DSM presso ex O.P. CSM
CALTANISSETTA	P.O. Caltanissetta ASP2	U.O. NEUROLOGIA Centro UVA
CATANIA	P.O. Caltagirone ASP3 - Distretti Acireale/Giarre c/o Acireale A.R.N.A.S. GARIBALDI Nesima U.O. NEUROLOGIA GARIBALDI A.O. CANNIZZARO A.O.U.P. Catania	U.O. NEUROLOGIA DSM Centro U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA SERVIZIO GERIATRIA U.O. NEUROLOGIA
ENNA	P.O. Enna ASP Enna/Piazza Armerina ASP Leonforte/Nicosia IRCCS Troina	U.O. NEUROLOGIA Centro UVA Centro UVA Centro UVA - Dip. per l'involverzione cerebrale senile
MESSINA	ASP Lipari - Milazzo ASP Patti - BarcellonaP.G. ASP P.O. Barone Romeo A.O.O.R. PAPPARDO-PIEMONTE A.O.U.P. Messina IRCCS BONINO PULEJO	Centro UVA CSM - Centro UVA U.O. GERIATRIA U.O. NEUROLOGIA presso P.O. Pappardo U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA (ambulatorio U.V.A.)
PALERMO	ASP Distretto Corleone ASP Distretto SS42 Via La Loggia ASP Distretto SS42 Via Papa Sergio ASP Guadagna OSPEDALE SAN RAFFAELE GIGLIO A.R.N.A.S. CIVICO A.O.O.R. VILLA SOFIA-CERVELLO A.O.U.P. Palermo	DSM 8 Corleone e Lercara Centro UVA - Centro di riferimento per le demenze PTA Albanese Centro UVA CSM 5 U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA U.O. GERIATRIA LUNGODEGENZA
RAGUSA	ASP Vittoria ASP Ragusa ASP Ragusa ASP Modica	U.O.C.P. NEUROLOGIA U.O. NEUROLOGIA DSM1 presso U.O. Psichiatria DSM2
SIRACUSA	P.O. Siracusa ASP	U.O. MEDICINA UNITA' DEMENZE ex O.N.P.
TRAPANI	ASP Alcamo-Castelvetrano ASP Trapani-Pantelleria ASP Marsala-Mazara P.O. S. ANTONIO ABATE - Trapani	DSM - UVA DSM - UVA DSM - UVA U.O.C. NEUROLOGIA

ALLEGATO A

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO
FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 85

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____
Indirizzo _____	Tel _____
ASP di residenza _____	Prov _____ Regione _____
Rif. N. ⁽¹⁾ _____	

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: Codice ICD-9:331.0. In atto MMSE>10. Formulata dall'UVA _____ _____
riconosciuta con il D.D.G. del 19 maggio 2014 GURS 6 giugno 2014 n. 23

Farmaco prescritto (indicare il principio attivo) _____	
NOTA AIFA 85	
Dosaggio _____ Posologia _____	
Durata prevista della terapia _____	
Numero confezioni per P.T. _____	
Annotazioni _____	
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione del trattamento <input type="checkbox"/>
Data successivo controllo _____	
Data _____	Timbro e firma in originale del Medico prescrittore
	Copia valida per N. ____ confezioni

(1) Numero di riferimento della cartella clinica

FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 2

NOTA AIFA 100

Molecola sia in monocomponente che in associazione	Nome Commerciale
GLP-1	
<i>Dulaglutide</i>	TRULICITY
<i>Exenatide</i>	BYETTA
<i>Exenatide "a rilascio prolungato"</i>	BYDUREON
<i>Liraglutide</i>	VICTOZA
<i>Liraglutide + Insulina Degludec</i>	XULTOPHY
<i>Lixisenatide</i>	LYXUMIA
<i>Lixisenatide + Insulina Glargine</i>	SULIQUA
<i>Semaglutide</i>	OZEMPIC
<i>Semaglutide orale</i>	RYLBELSUS
INIBITORI DEL DPP- 4	
<i>Sitagliptin e metformina</i>	EFFICIB
<i>Vildagliptin</i>	GALVUS
<i>Vildagliptin e metformina</i>	EUCREAS
<i>Sitagliptin</i>	XELEVIA
<i>Alogliptin</i>	VIPIDIA
<i>Alogliptin /metformina</i>	VIPDOMET
<i>Alogliptin /pioglitazone</i>	INCRESYNC
<i>Linagliptin</i>	TRAJENTA
<i>Linagliptin e metformina</i>	JENTADUETO
<i>Saxagliptin</i>	ONGLYZA
<i>Saxagliptin e metformina</i>	KOMBOGLYZE
SGLT-2	
<i>Canagliflozin</i>	INVOKANA
<i>Empagliflozin</i>	JARDIANCE
<i>Ertugliflozin</i>	STEGLATRO
<i>Dapagliflozin</i>	FORXIGA
SGLT-2/INIBITORI DEL DPP-4	
<i>Empagliflozin/Linagliptin</i>	GLYXAMBI
<i>Dapagliflozin/Saxagliptin</i>	QTERN
<i>Ertugliflozin/Sitagliptin</i>	STEGLUJAN

Dal 26/01/2022 è entrata in vigore la **nota AIFA 100**, secondo la quale la prescrizione (avvio o prosecuzione del trattamento) dei suddetti farmaci può essere effettuata sia da parte dello Specialista che opera presso le strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del diabete mellito 2 sia da parte del MMG (ad eccezione dell'associazioni precostituite o estemporanee tra i farmaci in nota).

Con l'introduzione della Nota 100 vengono superati tutti i precedenti piani terapeutici (PT) e per poter effettuare la prescrizione, il medico (sia esso specialista "diabetologo" che MMG) deve compilare, in ogni sua parte, la scheda di prescrizione introdotta con la presente Nota

Il medico deve redigere un numero di copie, timbrate e firmate in originale, bastevoli a garantire la durata della terapia, indicando su ognuna di esse il numero di confezioni da erogare.

Rimangono di esclusiva prescrizione specialistica (internista, geriatra ed endocrinologo) **le associazioni precostituite (GLYXAMBI, QTERN e STEGLUJAN) o le associazioni estemporanee tra i farmaci in**

Nota (es. associazione di un inibitore SGLT-2 con un inibitore DPP-4 o di un inibitore SGLT-2 con un agonista recettoriale del GLP-1). La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire **utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP**. In caso di prescrizione di un'associazione tra due farmaci in nota lo Specialista dovrà compilare una sola scheda biffando entrambe le specialità medicinali (es. dulaglutide ed empaglifozin) ed indicando in calce al piano eventuale altra terapia associata (es. metformina). Dovranno essere redatte un numero di copie di PT (timbrate e firmate in originale) tali a coprire l'intera durata della terapia (es.: per 6 mesi di terapia 6 PT ognuno valido per 1 conf. di dulaglutide e 1 conf. di empaglifozin).

Cosa controllare?

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA

- Verificare la validità della Scheda di prescrizione cartacea:

- se prima prescrizione **max 6 mesi**
- se prosecuzione di trattamento **max 12 mesi**

- Verificare indicazione valore dell'emoglobina glicata HbA1c nelle apposite caselle.

- Verificare che le Schede siano:

- rilasciate tutte in originale;
- numerate progressivamente;
- compilate indicando su ognuna di esse durata di validità e numero di confezioni che andranno erogate per ogni ricetta;
- consegnate dal prescrittore in numero sufficiente a coprire il ciclo terapeutico;
- allegate alle ricette che riportano la Nota AIFA 100.

- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati indicati nell'elenco che segue:

DIABETOLOGIA - MEDICINA INTERNA - ENDOCRINOLOGIA GERIATRIA - CENTRI DI
DIABETOLOGIA di I, II e III livello
secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02

FORXIGA e JARDIANCE, senza la nota AIFA 100, **vanno erogate esclusivamente tramite**

Distribuzione Diretta ASP previa verifica del pregresso impiego del miglior trattamento farmacologico tollerato per lo scompenso cardiaco, ai sensi dei criteri di eleggibilità previsti dal PT web-based AIFA.:

- FORXIGA nell'indicazione "*per il trattamento negli adulti dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica in classe NYHA II e III con frazione di eiezione ridotta*".
- JARDIANCE nell'indicazione "*per il trattamento negli adulti dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta*".

Per ambedue le specialità la prescrizione deve avvenire su modello cartaceo PT web-based AIFA ed è riservata agli specialisti internista, endocrinologo, geriatra e cardiologo dei Centri già individuati per la prescrizione del medicinale sacubtril/valsartan.

**SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE
DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____

Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: M F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: Sì No, per controindicazione o intolleranza
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target: Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria*
- rischio CV elevato**
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica*** (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____

HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____

Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

**SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE
DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____

Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: M F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____

Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? Si No

Specificare gli eventi avversi _____

Terapia in corso: _____

Terapia confermata: Si No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria*
- rischio CV elevato**
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica*** (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target****
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____

HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____

Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
PP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____
la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

INSULINE

Molecola	ORIGINATOR	BIOSIMILARE
<i>Insulina Glargine</i>	LANTUS	ABASAGLAR 100U TOUJEO 300U
<i>Insulina Detemir</i>	LEVEMIR	
<i>Insulina Degludec</i>	TRESIBA	

Le insuline in DPC sono insuline lente, ovvero non hanno un picco d'azione evidenziabile e forniscono un effetto basale della durata di circa 24 h (l'insulina degludec ha una durata d'azione ancora più lunga di oltre 40 H). In ottemperanza al D.A. 540/2014 “Misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci originatori e biosimilari a minor costo di terapia”, il farmaco a minor costo di terapia deve essere utilizzato come prima scelta nei pazienti “naive”, cioè mai trattato o esposto a nuovo trattamento dopo adeguato *wash out*. Qualora il medico non ritenga di poter utilizzare il farmaco biologico originatore o biosimilare a minor costo è tenuto, contestualmente alla prescrizione, a compilare la “**scheda di maggior costo**”, dalla quale si evincono le motivazioni della scelta.

Pertanto, qualora il medico prescriva **LANTUS O LEVEMIR**, sia nei pazienti naive che in prosecuzione di trattamento, è tenuto a compilare la **scheda di maggior costo** specificando (in caso di naive) la motivazione della scelta, viceversa per **ABASAGLAR e TOUJEO** la **scheda non va compilata**.

In caso di interruzione o in caso in cui sia opportuno uno switch, alla ripresa della terapia, si dovrà utilizzare il biologico originatore o biosimilare, a minor costo terapia.

Con Determina AIFA del Determina AIFA n. 688/22 pubblicata sulla G.U. n. 235 del 7/10/2022, è stato **eliminato il Piano Terapeutico per la prescrizione di TRESIBA**, pertanto le condizioni di rimborsabilità di Tresiba sono le seguenti:

- classe A-PHT /RR (ricetta SSN del MMG)
- erogazione in Distribuzione per Conto (DPC)

Cosa controllare?

- Verificare la validità della Scheda di Prescrizione (ove prevista): **12 mesi max** da allegare anche in fotocopia*
- Verificare l'avvenuta compilazione del campo “prescrizione di terapia a maggior costo”
- Verificare il rispetto della prescrizione di biosimilari relativamente ai pazienti Naive
- **Erogare max 60 giorni di terapia**

N.B.: il **dosaggio giornaliero di insulina (rapida+lenta)** è definito fra **0,5 e 1 unità pro chilo/die**; ad esempio un soggetto di 80 chili farà fra 40 e 80 unità di insulina al giorno (comprensivi di insulina rapida e lenta).

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

E-Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Prima prescrizione

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Prosecuzione del Trattamento *

**(in caso di prosecuzione del trattamento non è necessaria la motivazione)*

Durata prevista per il trattamento _____

MMG PLS Reparto D.H. Ambulatorio

Data

Firma e timbro Medico prescrittore

INTERFERONI

Molecola	Nome Commerciale
<i>Interferone alfa-naturale leucocitario</i>	ALFAFERONE
<i>Interferone alfa 2-a ricombinante</i>	ROFERON-A
<i>Interferone alfa 2-b ricombinante</i>	INTRONA
<i>Peginterferone alfa 2-a</i>	PEGASYS
<i>Peginterferone alfa 2 -b</i>	PEGINTRON

Cosa controllare?

-Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**

-Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

INTERFERONE ALFA NATURALE	Centri prescrittori
<p>Neoplasie sistema linfatico ed emopoietico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia cellule capellute (Tricoleucemia) - Mieloma multiplo: terapia di mantenimento per i pazienti in remissione obiettiva della malattia dopo trattamento di induzione - Linfoma non hodgkin: nel linfoma follicolare ad elevata massa neoplastica come integrazione della chemioterapia con doxorubicina, ciclofosfamide, teniposide e prednisolone - Micosi fungoide - Leucemia mieloide cronica <p>Neoplasie solide:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarcoma di Kaposi nei pazienti affetti da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) senza storia di infezioni opportunistiche - Sensibile giovamento è stato riscontrato in una parte di pazienti affetti da carcinoma renale e melanoma maligno <p>Condilomatosi acuminata</p>	<p>U.O. di</p> <p>Ematologia Oncologia Nefrologia Urologia Pediatria Dermatologia Malattie infettive</p>
<p>Epatite B: trattamento di pazienti adulti con epatite cronica attiva B che presentano markers di replicazione virale, ad esempio positivi per HBV-DNA, DNA polimerasi o HBeAg</p> <p>Epatite cronica C: riduzione a breve termine dell'attività della malattia in pazienti adulti con epatite cronica attiva da virus C con elevati enzimi epatici e senza scompenso epatico. Nel trattamento dell'epatite cronica da virus C è indicato anche in combinazione con ribavirina capsule da 200 mg</p>	<p>U.O. di</p> <p>Epatologia Gastroenterologia Malattie Infettive Medicina Interna Pediatria</p>
INTERFERONE ALFA 2-a e ALFA 2-b	Centri prescrittori
<ul style="list-style-type: none"> - Leucemia cellule capellute - AIDS con sarcoma di Kaposi asintomatico progressivo con conta di CD4>250/mm³ - Leucemia mielogenica cronica positiva al cromosoma Philadelphia in fase cronica. - Trattamento alternativo per pazienti con LMC che hanno un parente HLA identico e per coloro per i quali è possibile o è programmato nell'immediato futuro un trapianto di midollo osseo allogenico. - Linfoma cutaneo a cellule T. - Linfoma non Hodgkin follicolare. - Carcinoma a cellule renali avanzato. - Melanoma maligno di stadio II secondo la classificazione AJCC (spessore del tumore secondo Breslow maggiore di 1,5 mm. assenza di interessamento linfonodale o diffusione cutanea), che risultano liberi da malattia dopo resezione chirurgica. 	<p>U.O. di</p> <p>Ematologia Oncologia Nefrologia Urologia Pediatria Ematologia Immunologia Dermatologia Malattie infettive</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti adulti affetti da epatite B cronica comprovata istologicamente, con marcatori sierici di replicazione virale, cioè pazienti che risultino positivi per HBV-DNA o HBeAg - Pazienti adulti con epatite C cronica comprovata istologicamente, positivi per gli anticorpi anti-HCV o per HCV-RNA e con elevati livelli sierici di alanina aminotransferasi (ALT) senza scompenso epatico. Nel trattamento dell'epatite C l'efficacia aumenta quando somministrato in associazione con ribavirina. Deve essere somministrato in monoterapia principalmente in caso di intolleranza o controindicazione alla ribavirina. 	<p>U.O. di</p> <p>Epatologia Gastroenterologia Malattie Infettive Medicina Interna Pediatria</p>
INTERFERONE PEGILATO ALFA 2-a e ALFA 2-b	Centri prescrittori
<p>Epatite cronica B (pazienti adulti) HBeAg-positiva o HBeAg-negativa, con malattia epatica compensata ed evidenza di replicazione virale, livelli di ALT aumentati e infiammazione e/o fibrosi epatica istologicamente provata.</p> <p>Epatite cronica C (pazienti adulti) positivi per HCV-RNA sierico, inclusi i pazienti con cirrosi compensata e/o coinfezzati dal virus HIV clinicamente stabile.</p> <p>Il trattamento ottimale è in associazione con ribavirina</p> <p>La monoterapia è indicata principalmente in caso di intolleranza o controindicazione alla ribavirina.</p>	<p>U.O. di</p> <p>Epatologia Gastroenterologia Malattie Infettive Medicina Interna Pediatria</p>

TACROLIMUS

Molecola	Nome Commerciale
<i>Tacrolimus monoidrato</i>	ADOPORT
<i>Tacrolimus monoidrato</i>	ADVAGRAF
<i>Tacrolimus monoidrato</i>	ENVARUSUS
<i>Tacrolimus monoidrato</i>	PROGRAF
<i>Tacrolimus</i>	TACNI
<i>Tacrolimus</i>	TACROLIMUS generico

Cosa controllare?

- **Verificare la validità** del piano terapeutico: **6 mesi max**
- **Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati** dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.
- Verificare se l'indicazione è **In Label** (cioè regolarmente autorizzata in RCP) oppure **Off-Label** (in questo caso **Legge 648/96**); in quest'ultimo caso la spedizione del PT avverrà **ESCLUSIVAMENTE**, tramite le Farmacie della ASP.
- **Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati** dal D.A.1766 del 21/09/11 ss.mm.ii.

Strutture Pubbliche e Private Accreditate - AREE TERAPEUTICHE

Nefrologia, Chirurgia, Medicina Interna, Gastroenterologia ed Epatologia e i Centri Trapianti

Limitatamente alla forma topica di Tacrolimus: Dermatologia

Limitatamente all'Everolimus: Nefrologia, Chirurgia, Cardiologia e Medicina Interna

Originale o generico?

Se lo specialista **sul piano** dichiara la **non sostituibilità** bisogna attenersi ed erogare la specialità prescritta.

Se lo specialista riporta esclusivamente la molecola "**Tacrolimus**" dovrà essere erogato **Adoport**.

Advagraf andrà dispensato esclusivamente se sul Piano terapeutico sarà indicato Advagraf o **Tacrolimus compresse a Rilascio Prolungato**.

Si fa presente che nel caso specifico del Tacrolimus l'Aifa, con precisazioni pubblicate sul sito datate luglio 2011, ha specificato che la responsabilità di eventuali switch è esclusivamente in capo al prescrittore.

Nei casi in cui il piano terapeutico indichi che si tratta di prosecuzione di cura e riporta uno specifico nome commerciale dovrà essere erogato il farmaco prescritto.

L'AIFA, dopo l'inserimento in lista di trasparenza di specialità medicinali contenenti tacrolimus in capsule, con proprio documento pubblicato in data 21/07/2011 "**Misure per ridurre il rischio di errori terapeutici durante il trattamento con formulazioni orali di tacrolimus**" chiarisce che i pazienti devono essere mantenuti in una sola formulazione di tacrolimus con il corrispondente regime di dosaggio giornaliero e che **la sostituzione non intenzionale e senza supervisione del medico non è sicura in quanto può portare al rigetto d'organo o a maggiore incidenza di effetti collaterali (tra cui sotto o sovra-immunosoppressione) dovuti a differenze clinicamente rilevanti nell'esposizione sistemica a tacrolimus.**

OCTREOTIDE E LANREOTIDE (ex nota 40) -PT ONLINE

Molecola	Nome Commerciale
<i>Octreotide</i>	OCTREOTIDE BIOINDUSTRIA SANDOSTATINA LAR
<i>Lanreotide</i>	IPSTYL

Cosa controllare?

Tali farmaci possono essere prescritti con **PT ONLINE** sulla piattaforma **GoPen DPC** dal **1 agosto 2022** ma dal **1 ottobre 2022** le prescrizioni di tali farmaci dovranno avvenire esclusivamente nella modalità informatica.

Tutti i PT cartacei redatti fino al 30/09/2022 saranno comunque validi e potranno essere esitati fino a naturale scadenza.

PT ONLINE

Il farmacista non è tenuto ad allegare copia cartacea del PT alla ricetta SSN: i dovuti controlli saranno effettuati dal settore farmaceutico della ASP.

PT CARTACEO

A far data dal 1 ottobre 2022, qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

- Verificare la validità del piano terapeutico: **2 mesi max**, dopo che il paziente viene inserito in anagrafica dovrà essere caricato il PT online.
- Presenza su ciascuna copia del PT della dicitura "*Copia valida per N. ____ confezioni*" con timbro e firma del Clinico in originale
- Verificare che il Centro Prescrittore sia tra quelli abilitati alla prescrizione, ai sensi dell'allegato 1 del D.A. n. 804/11 e s.m.i.

STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI O INTERNI
ONCOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
GERIATRIA
IMMUNOLOGIA
MEDICINA INTERNA
GASTROENTEROLOGIA

TICAGRELOR e PRASUGREL – PT ONLINE

Molecola	SPECIALITA'	Dosaggio
Ticagrelor	BRILIQUE	60 mg
		90 mg
Prasugrel	PRASUGREL TEVA	5 mg
		10 mg

Cosa controllare?

Tali farmaci vengono erogati con PT ONLINE sulla piattaforma GoPenPT pertanto il farmacista non è tenuto a prenderne visione poiché sarà la il settore farmaceutico della ASP ad operare i dovuti controlli.

PT CARTACEO

Qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

- Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**
- Presenza su ciascuna copia del PT della dicitura "*Copia valida per N. ____ confezioni*" con timbro e firma del Clinico in originale;
- Verificare se il Centro Prescrittore sia **Cardiologia con Emodinamica** o **Cardiologia con UTIC**

*** Brilique 90 mg (56 cpr) ***

INDICAZIONI RIMBORSATE DAL SSN (max 12 mesi di trattamento in associazione con ASA):

- Sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (angina stabile, infarto miocardico NSTEMI, infarto miocardico STEMI) con insorgenza dei sintomi da < 24 ore in associazione con ASA in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica (con o senza applicazione di stent);
- Intervento di rivascularizzazione miocardica in pazienti con sindrome coronarica acute con o senza innalzamento del tratto ST in associazione con ASA

POSOLOGIA: 1 cpr x 2

*** Brilique 60 mg (56 cpr) ***

INDICAZIONI RIMBORSATE DAL SSN (max 3 anni di trattamento in associazione con ASA):

in aggiunta ad ASA a basse dosi in pazienti adulti con storia di infarto miocardico ed alto rischio di sviluppare un nuovo evento aterotrombotico, entro due anni dall'infarto ed entro un anno dalla sospensione del precedente trattamento con un inibitore del recettore per l'ADP (incluso TICAGRELOR 90MG).

La rimborsabilità a carica del SSN è limitata ai pazienti di età superiore a 50 anni che presentano almeno uno dei fattori di rischio cardiovascolare (età \geq 65 anni, diabete, IRC ecc...)

POSOLOGIA: 1 cpr x2

*** Prasugrel Teva 28 cpr 5 mg e 10 mg ***

INDICAZIONI RIMBORSATE DAL SSN (max 12 mesi di trattamento in associazione con ASA):

- Sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST sottoposti ad intervento coronarico percutaneo con o senza impianto di stent metallico medicato;
- Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato con o senza impianto di stent metallico medicato;

POSOLOGIA: 1 cpr/die

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI TICAGRELOR 90 mg

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Cognome e nome del medico prescrittore _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Cognome e nome dell'assistito _____ Data nascita ____ / ____ / ____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Regione _____ Città _____ Indirizzo _____

ASP di residenza _____

Cognome e nome del medico curante _____

Indicazioni terapeutiche rimborsate dal SSN

Sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (angina instabile, infarto miocardico NSTEMI, infarto miocardico STEMI) con insorgenza dei sintomi da < 24 ore in associazione con ASA in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica (con o senza applicazione di *stent*).

Intervento di rivascolarizzazione miocardica in pazienti con sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST in associazione con ASA.

Il ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori o induttori del citocromo P-450 3A.

Il trattamento con ticagrelor deve essere iniziato durante il ricovero ospedaliero con dose di attacco di 180 mg

Nei pazienti con NSTEMI è necessaria la presenza di almeno due dei seguenti criteri:

- alterazioni del tratto ST sull'elettrocardiogramma indicative di ischemia al ricovero
- alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico
- uno dei seguenti fattori di rischio: età > 60 anni, pregresso infarto miocardico, pregressa rivascolarizzazione miocardica, pregresso *stroke* ischemico, TIA, stenosi carotidea > 50%, diabete mellito, arteriopatia periferica, insufficienza renale con *clearance* della creatinina < 60 ml/min/1.73 m²

Nei pazienti con STEMI è necessaria la presenza di:

- sopraslivellamento di almeno 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (< 24 ore) insorgenza
- intenzione di trattare il paziente con angioplastica primaria

Durata del trattamento

Inizio trattamento (primo PT durata 1 mese)

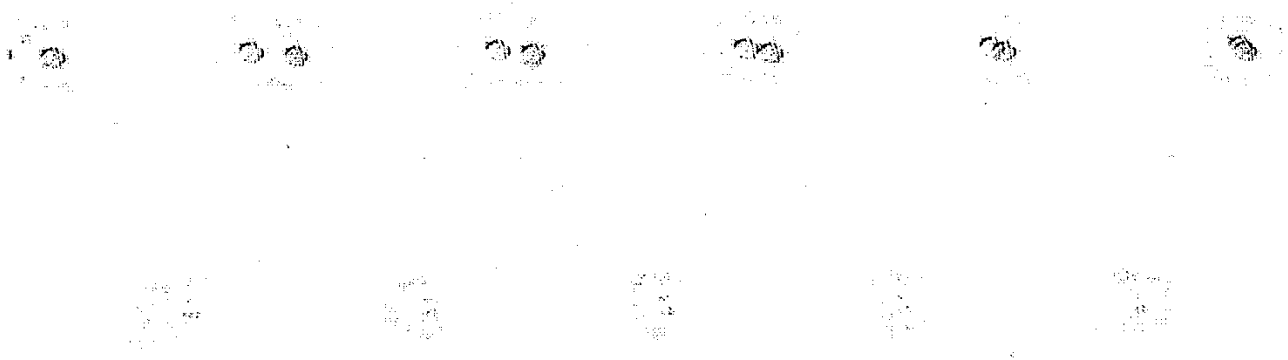
Prosecuzione della cura durata massima PT sei mesi (*specificare data del termine della terapia max 12 mesi*) _____

Data valutazione / /

Confezioni totali (per il primo mese una confezione, per 6 mesi 6 confezioni)

Valido per n. _____ confezioni

Timbro e firma del Medico



REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI TICAGRELOR 60 mg

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Cognome e nome del medico prescrittore _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Cognome e nome dell'assistito _____ Data nascita ____/____/____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Regione _____ Città _____ Indirizzo _____

ASP di residenza _____

Cognome e nome del medico curante _____

Indicazione terapeutica rimborsata dal SSN

Il trattamento con ticagrelor 60 mg è indicato in aggiunta ad acido acetilsalicilico a basse dosi in pazienti adulti con storia di infarto miocardico ed alto rischio di sviluppare un nuovo evento aterotrombotico, entro i due anni dall'infarto ed entro un anno dalla sospensione del precedente trattamento con un inibitore del recettore per l'ADP (incluso ticagrelor 90 mg).

La rimborsabilità a carico del SSN è limitata ai pazienti di età superiore ai 50 anni che presentano almeno uno dei fattori di rischio cardiovascolare (indicare):

- Età \geq 65 anni
- Diabete mellito in terapia farmacologica
- Insufficienza renale cronica non in dialisi (creatinina clearance $<$ 60 ml/min/1.73 m²)
- Malattia coronarica multi vasale (stenosi \geq 50% in almeno due distretti coronarici)
- Ulteriore IMA antecedente all'evento indice

Sono esclusi dal trattamento i pazienti ad elevato rischio emorragico che presentano almeno una delle seguenti condizioni:

diatesi emorragica o disturbi noti della coagulazione;
anamnesi di emorragia intracranica o emorragie gastrointestinali;
terapia dialitica;
insufficienza epatica;
pregressa diagnosi di anomalia vascolare intracranica, tumore del SNC, ictus ischemico;
intervento di neurochirurgia encefalica o spinale nei precedenti cinque anni;
intervento di chirurgia maggiore negli ultimi trenta giorni;
concomitante terapia anti-coagulante.

Durata del trattamento

Inizio trattamento (primo PT durata 1 mese)

Prosecuzione della cura durata massima PT sei mesi

(specificare data del termine della terapia, comunque non superiore a 3 anni in quanto le evidenze a sostegno di ticagrelor 60 mg oltre tale periodo di trattamento sono limitate e quindi non rimborsate dal SSN.) _____

Data valutazione / /

Confezioni totali (per un mese una confezione, per 6 mesi sette confezioni)

Valido per n. _____ confezioni

Timbro e firma del Medico

Piano Terapeutico

per la prescrizione di Prasugrel nel trattamento della sindrome coronarica acuta

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore _____	
Nome e Cognome del cardiologo prescrittore _____	tel _____
Paziente (nome e cognome) _____	Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale _____	Regione _____
Indirizzo _____	Tel. _____
AUSL di residenza _____	Medico curante _____
Peso < 60Kg Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Eta ≥ 75 anni Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

La prescrizione di Prasugrel è a carico del Servizio Sanitario Nazionale nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di eventi di origine aterotrombotica, trattamento per max 12 mesi, in associazione con aspirina, in pazienti con:

- Sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo;
- Infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato.

<input type="checkbox"/> prima prescrizione (per una durata massima di 1 mese)	
<input type="checkbox"/> inizio terapia antiaggregante	
<input type="checkbox"/> Proseguimento di altre terapie antiaggreganti	
Motivo del cambio terapia: <input type="checkbox"/> inefficacia terapeutica <input type="checkbox"/> reazione avversa	
<input type="checkbox"/> prosecuzione di terapia (max 6 mesi)	<input type="checkbox"/> ulteriore prosecuzione di terapia (a completamento dell'anno di trattamento)
Dose iniziale di carico (specificare) _____	
Dose/die di mantenimento (specificare) _____	
Durata del trattamento (specificare) _____	

Data (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Timbro e firma del cardiologo prescrittore

Ai fini della rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale il Piano Terapeutico è a carico delle strutture cardiologiche del SSN o convenzionate con il SSN

10A00387



Denosumab (Prolia) - NOTA AIFA 79

INDICAZIONI RIMBORSATE DAL SSN

trattamento dell'osteoporosi in donne in post-menopausa, in uomini ad aumentato rischio di fratture e per il trattamento della perdita ossea associata a terapia ormonale ablativa in uomini con cancro alla prostata ad aumentato rischio di fratture.

POSOLOGIA: iniezione sottocutanea singola una volta ogni 6 mesi nella coscia, nell'addome o nella parte superiore del braccio. I pazienti devono ricevere un adeguato supplemento di calcio e vitamina D.

PRESCRIZIONE: prescrizione specialistica su PT AIFA della **validità max 12 mesi**

Cosa controllare?

- Verificare la validità del PT AIFA: **12 mesi max**
- Presenza su ciascuna copia del PT della dicitura "*Copia valida per N. 1 confezioni*" con timbro e firma del Clinico in originale;
- Verificare che il MMG sulla ricetta SSN abbia prescritto una sola confezione, in ogni caso è possibile erogare solo 1 confezione ogni 6 mesi;

- In caso di prima prescrizione allegare il referto della MOC o la documentazione radiologica che attesti la presenza di fratture vertebrali o di femore

AD ECCEZIONE DI

- *trattamento in corso di blocco ormonale adiuvante* (per K mammario o prostatico)
- *pazienti in trattamento in atto per più di 3 mesi con prednisone equivalente $\geq 5\text{mg}/\text{die}$*

In tali casi, affinché la ricetta possa essere spedita dal farmacista, lo Specialista dovrà apporre sulla copia del PT consegnato al paziente la dicitura “*prescrizione per trattamento in corso di blocco ormonale*” oppure “*trattamento previsto per più di tre mesi con prednisone $\geq 5\text{mg}/\text{die}$* ”.

- Verificare che il Centro Prescrittore sia tra quelli autorizzati: **Medicina interna, Ortopedia, Reumatologia, Fisiatria, Geriatria, Endocrinologia, Ginecologia delle strutture pubbliche e private convenzionate abilitate sul registro di monitoraggio AIFA.**

FARMACI CON NOTA AIFA 65 (PT ONLINE)

Farmaci di 1^a Linea per il trattamento della Sclerosi Multipla

Molecola	Nome Commerciale
<i>Interferone beta 1a</i>	AVONEX REBIF
<i>Interferone beta 1b</i>	BETAFERON
<i>Peginterferone beta 1a</i>	PLEGRIDY
<i>Glatiramer acetato</i>	COPELMITRY 40 COPEMYL 20

Cosa controllare?

Tali farmaci possono essere prescritti con **PT ONLINE** sulla piattaforma **GoPen DPC** dal **1 ottobre 2022** ma dal **1 novembre 2022** le prescrizioni di tali farmaci dovranno avvenire esclusivamente nella **modalità informatica**.

Tutti i PT cartacei redatti fino al 31/10/2022 saranno comunque validi e potranno essere esitati fino a naturale scadenza.

PT ONLINE

Il farmacista non è tenuto ad allegare copia cartacea del PT alla ricetta SSN: i dovuti controlli saranno effettuati dal settore farmaceutico della ASP.

PT CARTACEO

A far data dal **1 novembre 2022**, qualora il paziente non fosse presente in anagrafica e quindi allo specialista non è possibile emettere il piano online, potrà redigere il PT cartaceo.

Solamente in questi sporadici casi il farmacista dovrà:

- Verificare che il PT sia in corso di validità (**max 6 mesi**);
- Verificare che il MMG abbia prescritto max 60 giorni di terapia
- Verificare che il Centro prescrittore sia tra quelli autorizzati (Centri afferenti alla Rete Regionale della Sclerosi Multipla di cui al DDG n. 654/22)

Centri abilitati alla formulazione della diagnosi e alla prescrizione dei medicinali
per il trattamento della Sclerosi Multipla

Farmaci di prima linea		
Agrigento	P.O. Agrigento	U.O. Neurologia
Caltanissetta	P.O. Caltanissetta	U.O. Neurologia
Catania	A.R.N.A.S. Garibaldi	U.O. Neurologia
	A.O. Cannizzaro	U.O. Neurologia
	A.O.U. Policlinico di Catania	U.O. Neurologia
Enna	P.O. Enna	U.O. Neurologia
Messina	A.O.U. Policlinico di Messina	U.O. Neurologia
	A.O. Papardo	U.O. Neurologia
	IRCCS Bonino Pulejo	U.O. Neurologia
Palermo	Ospedale San Raffaele Giglio	U.O. Neurologia
	A.R.N.A.S. Civico	U.O. Neurologia
	A.O.O.R. Villa Sofia-Cervello	U.O. Neurologia
	A.O.U. Policlinico di Palermo	U.O. Neurologia
Ragusa	P.O. Guzzardi di Vittoria	U.O. Neurologia
Siracusa	P.O. Muscatello di Augusta	U.O. Neurologia
Trapani	P.O. Trapani	U.O. Neurologia

LAMIVUDINA

Molecola	Nome Commerciale
Lamivudina	LAMIVUDINA MYLAN

Nella Regione Sicilia il farmaco Lamivudina viene **erogato dalle farmacie convenzionate esterne con modalità DPC (distribuzione per conto)**, mediante PT cartaceo redatto dallo specialista della durata massima di 6 mesi e ricetta del MMG

Cosa controllare?

- **Verificare che il PT sia in corso di validità (max 6 mesi);**
- **Verificare che il MMG abbia prescritto max 60 giorni di terapia**
- **Verificare che il Centro prescrittore sia tra quelli autorizzati**

STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE E SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI O INTERNI
EPATOLOGIA
MALATTIE INFETTIVE
ONCOLOGIA
EMATOLOGIA
MEDICINA INTERNA
GASTROENTEROLOGIA

EROGAZIONE SECONDO LA LEGGE 648/96

Per garantire ai pazienti tutte le opportunità terapeutiche disponibili, le seguenti indicazioni della lamivudina non ancora autorizzate, ma supportate dalla pratica clinica, sono state inserite dall'AIFA con provvedimenti specifici, nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN ai sensi della Legge 648/96:

- **Profilassi della recidiva** di epatite HBV correlata dopo trapianto di fegato, nei pazienti HBV-DNA positivi prima del trapianto, in associazione alle IgG specifiche;
- **Profilassi della riattivazione dell'epatite B in portatori inattivi di HBsAg** in corso di terapia immunosoppressiva e di soggetti HBsAg - negativi e anti-HBc positivi candidati a terapie fortemente immunosoppressive, in quanto a rischio significativo di epatite B occulta passibile di riattivazione.
- **Profilassi dell'epatite B in riceventi di trapianto epatico da donatori HBsAg negativi e anti-HBc positivi**

La dispensazione della Lamivudina per le indicazioni inserite nella legge 648, **deve avvenire attraverso i Servizi di Farmacia interna della ASP di residenza del paziente, in regime di Distribuzione Diretta** mediante PT redatto dallo specialista (allegato 2) che deve riportare una delle indicazioni soprariportate.

Si raccomanda di non utilizzare il ricettario SSN quale strumento prescrittivo, in quanto i farmaci di cui alla legge 648/96 non sono erogabili in regime convenzionale.

ALLEGATO I

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (ex Nota 32 bis)**

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sexso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di medicina Generale _____	

La prescrizione di lamivudina è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con malattia avanzata** (con stadio di fibrosi \geq F 2 o diagnosi clinica di cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione

- Epatite cronica B HBVDNA positiva senza malattia avanzata**, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione

- Riesacerbazioni dell'epatite B** conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione

Farmaco prescritto :



<input type="checkbox"/> Lamivudina cp 100 mg	<input type="checkbox"/> Lamivudina sospensione 5 mg/mL
Dose/die : _____	Durata prevista del trattamento: _____
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura

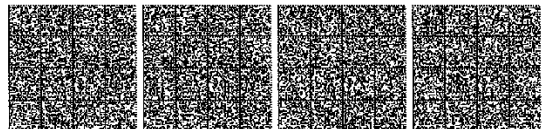
Data _____

Timbro e firma del clinico prescrittore

Bibliografia

1. Carosi G Rizzetto M Treatment of chronic hepatitis B: recommendations from an Italian workshop. Dig Liver Dis. 2008; 40: 603-17
2. European Association For The Study Of The Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. J Hepatol. 2009; 50:227-42
3. Marzano A, Angelucci E, Andreone P, et al. Prophylaxis and treatment of hepatitis B in immunocompromised patients. Dig Liver Dis. 2007;39:397-408.
4. Loomba R, Rowley A, Wesley R, et al. Systematic review: the effect of preventive lamivudine on hepatitis B reactivation during chemotherapy. Ann Intern Med. 2008;148:519-28.

09A14539



OPICAPONE

Molecola	Nome Commerciale
<i>Opicapone</i>	OGENTYS

Cosa controllare?

- Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati (**UU.OO. di Neurologia delle Aziende Sanitarie**)
- Verifica che il MMG abbia prescritto max 60 giorni di terapia

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di opicapone

Azienda Sanitaria _____	Unità Operativa del medico prescrittore _____
Nome e Cognome del medico prescrittore _____	tel _____
Paziente (nome e cognome) _____	Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Codice Fiscale _____ Regione _____
Indirizzo _____	tel _____
ASP di residenza _____	Medico curante _____
Indicazione rimborsata dal SSN terapia aggiuntiva alle combinazioni di levodopa /inibitori della DOPA decarbossilasi in pazienti adulti con malattia di Parkinson e fluttuazioni motorie di fine dose che non sono stabilizzati con queste combinazioni	
Farmaco prescritto e dosaggio _____	
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione di terapia <input type="checkbox"/>
Indicare il/i farmaco/i cui si aggiunge opicapone: farmaco _____ farmaco _____ farmaco _____ farmaco _____	

Copia valida per N. _____ confezioni

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

ANTIEPILETTICI

Molecola	Nome Commerciale
<i>Brivaracetam</i>	NUBRIVEO
<i>Perampel</i>	FYCOMPA
<i>Cenobamato</i>	ONTOZRY
<i>Eslicarbazina</i>	ZIBINIX

Cosa controllare?

- Verificare la validità del piano terapeutico: **6 mesi max**
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati
- Verifica che il MMG abbia prescritto max 60 giorni di terapia

CENTRI PRESCRITTORI ABILITATI	
NUBRIVEO	UU.OO. DI NEUROLOGIA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELLE AZIENDE SANITARIE
FYCOMPA	UU.OO. DI NEUROLOGIA, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E PEDIATRIA DELLE AZIENDE SANITARIE
ONTOZRY	UU.OO. DI NEUROLOGIA DELLE AZIENDE SANITARIE E NEUROLOGI AMBULATORIALI DELLE AA.SS.PP.
ZIBINIX	UU.OO. DI NEUROLOGIA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELLE AZIENDE SANITARIE

Le risposte devono essere SI per la prescrizione di Nubriveo a carico del SSN.

Il farmaco non dovrebbe essere somministrato in co-trattamento stabile con levetiracetam.

Posologia e modalità di somministrazione

(4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto)

Posologia

La dose iniziale raccomandata è di 50 mg/die o di 100 mg/die in base alla valutazione da parte del medico sulla necessità di ridurre le crisi rispetto ai potenziali effetti indesiderati. La dose deve essere somministrata in due dosi uguali, una volta al mattino e una volta alla sera. In base alla risposta individuale del paziente e alla tollerabilità, la dose può essere aggiustata nell'intervallo di dosaggio da 50 mg/die a 200 mg/die.

Dimenticanza della dose

Se i pazienti hanno dimenticato una o più dosi, si raccomanda che prendano una singola dose non appena se ne ricordino, assumendo la dose successiva alla solita ora al mattino o alla sera. Questo può evitare che la concentrazione plasmatica di brivaracetam scenda al di sotto del livello di efficacia e può prevenire il verificarsi di un aumento della frequenza delle crisi epilettiche.

Interruzione del trattamento

Se si deve interrompere il trattamento con brivaracetam si raccomanda di sospenderlo gradualmente, scalando la dose giornaliera di 50 mg ogni settimana. Dopo 1 settimana di trattamento a 50 mg/die, si raccomanda una settimana finale di trattamento alla dose di 20 mg/die.

Popolazioni speciali

Anziani (di età uguale o superiore a 65 anni)

Non è necessario alcun aggiustamento della dose in pazienti anziani (vedere paragrafo 5.2). L'esperienza clinica in pazienti di età uguale o superiore a 65 anni è limitata.

Danno renale

Non è necessario alcun aggiustamento della dose in pazienti con danno renale (vedere paragrafo 5.2). Brivaracetam non è raccomandato in pazienti con malattia renale allo stadio finale sottoposti a dialisi, a causa della mancanza di dati.

Compromissione epatica

L'esposizione a brivaracetam è risultata aumentata nei pazienti con malattia epatica cronica. Deve essere presa in considerazione una dose iniziale di 50 mg/die. In tutti gli stadi di compromissione epatica è raccomandata una dose massima giornaliera di 150 mg somministrata in 2 dosi divise (vedere paragrafo 4.4 e 5.2).

Modo di somministrazione

Le compresse rivestite con film di brivaracetam devono essere assunte per via orale, inghiottite intere con del liquido e possono essere assunte con o senza cibo (vedere paragrafo 5.2).

La soluzione orale di brivaracetam può essere diluita in acqua o succo poco prima di essere ingerita e può essere assunta con o senza cibo (vedere paragrafo 5.2). E' possibile utilizzare un sondino nasogastrico o un tubo da gastrostomia per la somministrazione di brivaracetam soluzione orale.

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco prescritto: Brivaracetam

Dose/die (mg): _____

Specificare se:

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura

Copia valida per N. _____ confezioni

Durata prevista del trattamento: 6 mesi

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di cenobamato nel trattamento 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 2 medicinali antiepilettici"

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa _____

Nome e Cognome dell'assistita/o _____ Sesso M F

Cod. Fiscale _____ Nata/o a _____ il ____/____/____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASP di residenza _____ Prov. _____

Diagnosi _____

Parametri Clinici _____

Farmaco prescritto _____

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia _____

Progressa terapia _____
(indicare almeno 2 farmaci antiepilettici)

Numero di confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Data ____/____/____

Timbro e firma
del Medico prescrittore

La durata massima del piano terapeutico è di 6 mesi

Attenzione:

- Se il paziente è di ceppo ancestrale europeo o giapponese ed è positivo per l'allele HLA-B*3101 è a maggior rischio di reazioni di ipersensibilità;
- Se il paziente è di ceppo ancestrale asiatico di origine cinese Han, thailandese, malese o filippina ed è positivo per l'allele HLA-B*1502 è a maggior rischio di reazioni di ipersensibilità.

Dose e durata del trattamento**ZEBINIX (eslicarbazepina acetato):** AIC da 800mg,**Numero delle confezioni:** _____**Posologia e modo di somministrazione (4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto).**

Adulti: Zebinix deve essere aggiunto alla terapia anticonvulsivante in atto. La dose iniziale consigliata è 400mg una volta al giorno, da aumentare a 800mg una volta al giorno dopo una o due settimane. In base alla risposta individuale si può aumentare la dose fino a 1200mg una volta al giorno (vedere paragrafo 5.1 del RCP).

Anziani (oltre i 65 anni di età): Procedere con cautela nel trattamento dei pazienti anziani dal momento che le informazioni sulla sicurezza dell'impiego di eslicarbazepina acetato in questi pazienti sono limitate.

Insufficienza renale: Procedere con cautela nel trattamento dei pazienti con insufficienza renale aggiustando così il dosaggio in base alla clearance della creatinina (ClCr):

- CLCR >60ml/min: non sono necessari aggiustamenti di dose;
- CLCR 30-60ml/min: dose iniziale di 200mg una volta al giorno o 400mg a giorni alterni per 2 settimane seguita dalla somministrazione giornaliera di 400mg. È possibile tuttavia incrementare la dose in base alla risposta individuale;
- CLCR <30ml/min: non disponendo di dati sufficienti se ne sconsiglia l'uso nei pazienti con insufficienza renale grave.

Insufficienza epatica: Nei pazienti con insufficienza epatica da lieve a moderata non sono necessari aggiustamenti di dose. La farmacocinetica di eslicarbazepina acetato non è stata valutata nei pazienti con grave insufficienza epatica (vedere paragrafi 4.4 e 5.2) per cui se ne sconsiglia l'uso in questi pazienti.

Durata prevista del trattamento:**6 mesi**Data / /

Timbro e firma del medico prescrittore

PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA

Per la prescrizione di **FYCOMPA** (perampanel)

(valido per 6 mesi)

Fycompa è indicato come trattamento aggiuntivo di crisi epilettiche parziali, con o senza generalizzazione secondaria, in pazienti affetti da epilessia, di età pari o superiore a 12 anni.

Centro prescrittore: _____

Nome e cognome del medico prescrittore: _____

Recapito telefonico: _____

Paziente (nome, cognome): _____ Data di nascita: _____

Sesso: M F Codice fiscale: _____

Indirizzo: _____ Recapito telefonico: _____

ASL di residenza: _____

MMG o PLS: _____

Il farmaco può essere prescritto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria Infantile e Pediatria

Criteri di eleggibilità (Le risposte devono essere Sì per la prescrizione di Fycompa a carico del SSN)

1- *Il paziente ha almeno 12 anni e presenta crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria?*

Sì No

2- *Il paziente non ha risposto a precedenti trattamenti con altri farmaci antiepilettici adeguati per indicazione e dosaggio?*

Sì No

Posologia e modalità di somministrazione (4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto)

Adulti e adolescenti: Il trattamento con Fycompa deve essere iniziato con una dose di 2 mg/die. La dose può essere aumentata in base alla risposta clinica e alla tollerabilità, con incrementi di 2 mg/die, fino a una dose di mantenimento di 4 mg/die fino a 8 mg/die. In base alla risposta clinica e alla tollerabilità individuale alla dose di 8 mg/die, la dose può essere aumentata con incrementi di 2 mg/die fino a una dose di 12 mg/die. Nei pazienti in terapia concomitante con medicinali che non riducono l'emivita di perampanel (paragrafo 4.5), la titolazione della dose deve essere eseguita ad intervalli di almeno due settimane. Nei pazienti in terapia concomitante con medicinali che riducono l'emivita di perampanel (paragrafo 4.5), la titolazione della dose deve essere eseguita ad intervalli di almeno una settimana.

Anziani (oltre i 65 anni di età): Procedere con cautela nel trattamento dei pazienti anziani dal momento che le informazioni sulla sicurezza dell'impiego di perampanel in questi pazienti sono limitate.

Insufficienza renale: Non è richiesto un aggiustamento della dose nei pazienti con insufficienza renale lieve. L'uso nei pazienti con insufficienza renale moderata o grave o nei pazienti emodializzati non è raccomandato.

Insufficienza epatica: La dose di perampanel nei pazienti con lieve e moderata insufficienza epatica non deve superare gli 8 mg. Rispettare intervalli di almeno due settimane tra gli incrementi della dose. L'uso nei pazienti con insufficienza epatica grave non è raccomandato.

Durata prevista del trattamento: **6 mesi**

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore

PAXLOVID

Indicato per il trattamento della malattia da Covid-19 lieve-moderata di recente insorgenza negli adulti non ospedalizzati e con condizioni cliniche concomitanti che rappresentino specifici fattori di rischio per lo sviluppo della malattia in forma grave.

Il **Medico di Medicina Generale** deve:

- . Compilare il PT sul *Sistema TS* al quale va allegata la ricetta dematerializzata; considerato che la farmacia può visualizzare il numero di protocollo del PT elettronico registrato sul *Sistema TS* e associato alla prescrizione dematerializzata, per la dispensazione del farmaco non è necessario consegnare la copia cartacea del PT; in caso di eccezionale indisponibilità dei servizi telematici, può compilare il PT AIFA cartaceo (timbrato e firmato in originale), al quale va allegata la ricetta SSN (rossa o DEM);
- . Redigere la ricetta dematerializzata o rossa: la prescrizione di *Paxlovid* è per ciclo e poiché un ciclo di terapia corrisponde ad una confezione, una **ricetta può contenere al massimo una confezione.**
- . Avviare il trattamento secondo quanto previsto in RCP ed entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

Il **Farmacista** deve:

- . richiedere il medicinale sulla piattaforma GoPenDPC al deposito Alliance Healthcare;
- . allegare il PT in originale alla ricetta;
- . indicare lotto e scadenza del farmaco sulla piattaforma GoPenDPC;
- . consegnare al paziente una copia del foglietto illustrativo in italiano;
- . chiudere la ricetta anche nei casi in cui venga prescritto il medicinale italiano ed erogato quello estero, a garanzia dell'avvenuta dispensazione del farmaco (AIC italiana 049853017 – AIC estera 700058783)

L'AIFA ha, inoltre, ribadito la possibilità di prescrizione del farmaco, sull'apposito Registro di Monitoraggio, da parte degli Specialisti che operano presso i Centri individuati dalle Regioni con Distribuzione Diretta del medicinale da parte dei centri stessi.

SI EVIDENZIA CHE IL PRODOTTO NON HA FUSTELLA!!!

ALLA FARMACIA PER L'EROGAZIONE DEL PAXLOVID, COME DA ACCORDI, **NON VIENE RICONOSCIUTO ALCUN AGGIO** INFATTI LA GOPENDPC, IN FASE DI FATTURAZIONE, NON INCLUDE LA SPECIALITA' TRA QUELLE EROGATE E CONSENTE DI STAMPARE SOLO UN FOGLIO DI RIEPILOGO DELLE CONFEZIONI ESITATE CHE PUO' ESSERE ALLEGATO ALLE RICETTE PER LA CONSEGNA ALL'ASP, METTENDOLE IN CODA ALLE RICETTE DPC.

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI NIRMATRELVIR/RITONAVIR (PAXLOVID®)
NEL TRATTAMENTO DEL COVID-19 LIEVE-MODERATO NEI SOGGETTI A RISCHIO NON OSPEDALIZZATI**

Medico prescrivitore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sessò M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____ peso (Kg) _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale (se non coincide con il prescrivitore) _____	
recapito Tel. _____	

Indicazione autorizzata:

Paxlovid è indicato per il trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che sono ad elevato rischio di progressione a COVID-19 severa.

Condizioni cliniche e criteri di accesso al farmaco

Per avere accesso al farmaco devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- Et  ≥ 18 anni
- Test molecolare o antigenico positivo per SARS-COV-2 (inserire la data del test: _____)
- Se sintomatico, esordio dei sintomi da non oltre 5 giorni
- Soggetto non ospedalizzato per COVID-19
- Soggetto non in ossigenoterapia (o, in caso di soggetto gi  in ossigenoterapia per sottostanti comorbidit , non deve richiedere un incremento a seguito del COVID-19)
- Soggetto non in stato di compromissione renale severa ($eGFR > 30$ mL/min)
- Soggetto non in stato di compromissione epatica severa (Classe Child-Pugh A-B)

- Presenza di almeno uno tra i seguenti fattori di rischio:
 - Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva
 - Insufficienza renale cronica
 - Broncopneumopatia grave
 - Immunodeficienza primaria o acquisita
 - Obesit  (BMI ≥ 30)
 - Malattia cardiovascolare grave (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia)
 - Diabete mellito non compensato ($HbA_{1c} > 9.0\%$ 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
- Verifica accurata di tutte le possibili interazioni farmacologiche. In considerazione delle numerose interazioni



farmacologiche associate a Paxlovid, si raccomanda di indagare adeguatamente l'anamnesi farmacologica e di fare riferimento all'RCP del farmaco (par. 4.3, 4.4, 4.5; https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_it.pdf) e al sito disponibile al seguente indirizzo: <https://www.covid19-druginteractions.org/>. Una versione adattata e una possibile guida alla gestione delle principali interazioni è disponibile, in italiano, al sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/ptr/tabella-interazioni-paxlovid.pdf/@@download/file/Tabella%20interazioni%20Paxlovid.pdf> "

- Assenza di gravidanza in atto
- Non sono disponibili dati riguardo all'uso di Paxlovid nelle donne incinte che diano indicazioni sul rischio associato al medicinale di effetti avversi sullo sviluppo. In caso di paziente donna potenzialmente fertile, la donna accetta di evitare di iniziare una gravidanza durante il trattamento con Paxlovid e, come misura precauzionale, per 7 giorni dopo il completamento di Paxlovid.
- L'uso di ritonavir può ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali combinati. In caso di paziente donna potenzialmente fertile, la donna accetta di utilizzare un metodo contraccettivo alternativo efficace o un metodo contraccettivo di barriera aggiuntivo durante il trattamento con Paxlovid e fino a un ciclo mestruale dopo aver interrotto Paxlovid.

SCHEDA DI PRESCRIZIONE		
<input type="checkbox"/> eGFR \geq 60 ml/min		
Paxlovid	Posologia	Durata
Nirmatrelavir (PF-07321332), 150 mg compresse	2 compresse ogni 12 ore	5 giorni
Ritonavir, 100 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	
<input type="checkbox"/> eGFR da \geq 30 a $<$ 60 mL/min*		
Paxlovid	Posologia	Durata
Nirmatrelavir (PF-07321332), 150 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	5 giorni
Ritonavir, 100 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	
Le due compresse di nirmatrelvir (PF-07321332) e la compressa di ritonavir devono essere assunte insieme per via orale ogni 12 ore per 5 giorni. Le compresse devono essere deglutite intere e non devono essere masticate, spezzate o frantumate. Possono essere assunte con il cibo o lontano dai pasti. Il trattamento deve essere somministrato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19 ed entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Si raccomanda il completamento dell'intero ciclo di trattamento di 5 giorni anche se il paziente richiede il ricovero in ospedale per progressione a COVID-19 di grado severo o critico dopo l'inizio del trattamento con Paxlovid.		
* Avvertenza speciale per i pazienti con compromissione renale moderata. Nei pazienti con compromissione renale moderata (eGFR da \geq 30 a $<$ 60 mL/min), la dose di Paxlovid deve essere ridotta a PF-07321332/ritonavir 150 mg/100 mg ogni 12 ore per 5 giorni per evitare la sovraesposizione. Il blister giornaliero contiene due parti separate, ciascuna contenente due compresse di PF-07321332 e una compressa di ritonavir, corrispondente alla somministrazione giornaliera alla dose standard. Pertanto, i pazienti con compromissione renale moderata devono essere avvisati del fatto che deve essere assunta soltanto una compressa di PF-07321332 con la compressa di ritonavir ogni 12 ore.		
Per le modalità di prescrizione fare riferimento all'RCP del prodotto https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_it.pdf		

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

DRONEDARONE

Molecola	Nome Commerciale
<i>Dronedarone</i>	DRONEDARONE ARISTO

Cosa controllare?

- Verificare la validità del piano terapeutico: **3 mesi max**
- Verificare se il centro prescrittore è tra quelli autorizzati
- Verifica che il MMG abbia prescritto max 60 giorni di terapia
- Verificare il PT allegato alla ricetta SSN sia timbrato e firmato in originale

CENTRI PRESCRITTORI ABILITATI: UU.OO. DELLE AZIENDE SANITARIE

CARDIOLOGIA

MEDICINA INTERNA

GERIATRIA

MEDICINA D'URGENZA CON POSTI LETTO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE

Centro prescrizione _____			
Medico prescrittore (nome e cognome) _____			
Tel. _____		e-mail _____	
Paziente (nome e cognome) _____			
Data di nascita _____	Sex	M	F
Codice fiscale _____		Tel. _____	
Residente a _____		Regione _____	
ASL di residenza _____		Prov. _____	
Medico di Medicina Generale _____			

La prescrizione del Dronedaronone (*) è a carico del SSN solo se la prima prescrizione è eseguita dallo specialista cardiologo, dallo specialista in medicina d'urgenza e dallo specialista cardiocirurgo e se rispondente alle seguenti condizioni:

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

- Adulti clinicamente stabili con recente episodio di fibrillazione atriale parossistica o persistente in cui è stato ripristinato il ritmo sinusale.*

Motivazione per cui è stato prescritto il Dronedaronone

- Per il mantenimento del ritmo sinusale in pazienti con aumentata probabilità di recidive di fibrillazione atriale dopo che siano state valutate opzioni alternative di trattamento.*

MOTIVO DELLA NON SOMMINISTRAZIONE DI AMIODARONE

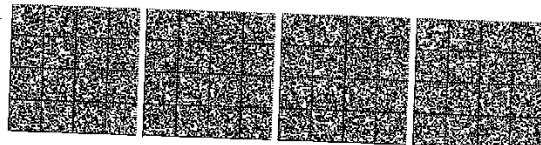
<input type="checkbox"/> IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO	
<input type="checkbox"/> PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO	
<input type="checkbox"/> ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE	
<input type="checkbox"/> ALTA PROBABILITA' DI DISTIROIDISMO DA AMIODARONE BASATA SU, specificare:	<input type="checkbox"/> alterazione della funzione tiroidea <input type="checkbox"/> malattia autoimmune tiroidea <input type="checkbox"/> gozzo <input type="checkbox"/> altro (_____)

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO	
Dronedaronone 400 mg compresse	
Dose/die: _____	Durata prevista del trattamento: _____
Indicare se: <input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura

Data (gg/mm/aaaa) _____

Titolo e firma del medico prescrittore _____

(*) Durante la terapia con Dronedaronone la funzionalità epatica e polmonare ed il ritmo cardiaco devono essere regolarmente monitorati. In particolare, la funzionalità epatica deve essere attentamente monitorata durante le prime settimane di trattamento. Il trattamento deve essere sospeso in caso di recidiva di fibrillazione atriale.



ALTRE SPECIALITA' MEDICINALI

Per tutte le altre specialità medicinali per le quali la prescrizione avviene su PT da parte dello Specialista viene utilizzato il MODELLO REGIONALE.

Attenzione:

CLOZAPINA

- la validità del PT è massimo **6 mesi**;
- verificare che sul PT sia presente l'attestazione "conta leucocitaria nella norma" (deve essere effettuata ogni 28 giorni);

*** ATTENZIONE ***

ANTIPSICOTICI ATIPICI NELLA DEMENZA

Non sono prescrivibili da MMG ma solo dallo Specialista abilitato su apposito modello di PT; vengono erogati tramite Distribuzione Diretta dai Servizi di Farmacia della ASP

NUOVO MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO REGIONE SICILIA

ALLEGATO A

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____
Indirizzo _____	Tel _____
ASP di residenza _____	Prov _____ Regione _____
Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: _____ _____	
Formulata da ⁽¹⁾ _____ _____ _____	
Farmaco prescritto (indicare il principio attivo) _____	
Nota AIFA (ove prevista) _____	P.T.O.R.S. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dosaggio _____	Posologia _____
Durata prevista della terapia _____	
Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____	
Annotazioni _____	
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione del trattamento <input type="checkbox"/>
Data successivo controllo _____	
Data _____	Timbro e firma in originale del Medico prescrittore
	Copia valida per N. ____ confezioni

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

(2) In caso di prescrizioni non conformi alle indicazioni riportate in scheda tecnica, di farmaci non inseriti nel P.T.O.R.S., e se non individuati quali Centri prescrittori, il costo della terapia sarà addebitato al Medico prescrittore.

ELENCO CENTRI PRESCRITTORI PRINCIPII ATTIVI E PIANI TERAPEUTICI

D.A. n. 01766 del 21/09/2011

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

ALLEGATO 1

Classe	P.T.	Principio attivo	Monit.int.	Aree terapeutiche	Note aggiuntive
A	Si	Epoetina alfa Epoetina alfa biosimilare Epoetina beta Darbepoietina alfa Epoetinabeta/ metossipolietilengicole Epoietina zeta	Si Si Si	Nefrologia e Dialisi, Ematologia, Medicina Interna, Geriatria, Chirurgia, Anestesia e Rianimazione, Oncologia, Pediatria, Gastroenterologia, Medicina Trasfusionale e Malattie Infettive Centri di dialisi limitatamente ai pazienti, sia in trattamento conservativo, seguiti dallo stesso Centro	* Bambini e adulti sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo: Per il trattamento dell'anemia associata ad insufficienza renale cronica con valori di Hb fino a 12 g/dL la prescrizione di eritropoietina è a carico del SSN e va interrotta quando l'Hb è maggiore di 12 g/dl. Per tali pazienti limitare a due mesi l'attivazione del piano terapeutico. **Pazienti oncologici che ricevono chemioterapia antiplaquetica: Per il trattamento dell'anemia (Hb<10g/dl ma non <8 g/dl), limitare a due mesi l'attivazione del piano terapeutico ed effettuare il successivo rinnovo solo nei pazienti oncologici in risposta terapeutica. Ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva è necessaria l'indicazione dei valori di emoglobina.
A	Si*	1) Interferone alfa-2a ricombinante		Per le epatiti B, C, D: Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria Per le altre indicazioni: Oncologia, Nefrologia, Urologia, Dermatologia, Malattie Infettive, Immunologia, Pediatria ed Ematologia.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	2) Interferone alfa-2b ricombinante		Per le epatiti B, C, D: Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria Per le altre indicazioni: Oncologia, Ematologia, Dermatologia, Immunologia, Gastroenterologia, Medicina Interna, Malattie Infettive e Pediatria.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	3) Peg-interferone alfa-2a Peg-interferone alfa-2b		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria	*La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	4) Interferone alfa naturale alfa n-3 (leucocitario)		Per le epatiti B, C, D: Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria Per le altre indicazioni: Ematologia, Oncologia, Nefrologia, Urologia, Pediatria, Dermatologia e Malattie Infettive.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Filgrastim Lenograstim	Si Filgrastim Biosimilare	Oncologia, Ematologia, Immunologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Pediatria e Malattie Infettive esclusi gli specialisti convenzionati interni	
A	Si	Peg-filgrastim		Oncologia e Ematologia esclusi specialisti convenzionati interni	
A	Si	Complesso prot. umano Complesso prot. antiemofil. umano Desmopressina Fattore VII di coagul. naturale, Nonacog Alfa, * Fattore VIII di coagul. nat. ** Moroctocog Alfa Octocog Alfa Fattore IX di coagul. Naturale Fattore di Von Willebrand-Fattore VIII		Limitatamente al Fattore VIII: Esclusivamente i Centri di cui al D.D.G. n. 87 del 30/01/2008 su modello di piano terapeutico e secondo le modalità di cui all'allegato A e B al sopra citato DDG n. 87/08. Per tutti gli altri: Ematologia, Medicina Interna, Cliniche Pediatriche, Ostetrica e Ginecologia e Servizi di Medicina Trasfusionale	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato. **Per i pazienti emofilici già in trattamento sostitutivo con i Fattori VIII e IX plasmatici o ricombinanti, i relativi piani terapeutici possono riportare il nome della specialità medicinale ove tale scelta è sostenuta da motivazioni clinicamente documentate.
H		Eptacog alfa attiv.			
A	Si*	Lanreotide Octreotide		Endocrinologia, Oncologia, Medicina Interna, Geriatria, Gastroenterologia e Immunologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Tacrolimus Sirolimus Everolimus	Si	Nefrologia, Chirurgia, Gastroenterologia ed Epatologia e Medicina Interna. Limitatamente alla forma topica di Tacrolimus: dermatologia Limitatamente all'Everolimus: Nefrologia, Chirurgia, Cardiologia e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Nota 8	Si	Levocarnitina os		Cardiologia, Medicina interna, Nefrologia e Dialisi.	
A Nota 15	Si	Albumina umana		Geriatria, Medicina Interna, Gastroenterologia e Chirurgia, Nefrologia.	
A Nota 36	Si*	Testosterone Metil-Testosterone		Endocrinologia, Urologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A Nota 39 H	Si*	Somatropina Mecasermina		CENTRI PRESCRITTORI Vedi Allegato	*La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a 6 mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up.
A Nota 51	Si*	Buserelina Goserelina Leuprorelina Triptorelina		Urologia, Oncologia, Oncologia Chirurgica, Ostetrica, Ginecologia ed Endocrinologia <u>Leuprorelina e Triptorelina:</u> pubertà precoce secondo quanto previsto in scheda tecnica: esclusivamente i Centri di cui all'allegato 5 al presente decreto	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A Nota 56	No	Aztreonam Rifabutina Teicoplanina			La prescrizione a carico del SSN è limitata: 1. Al trattamento iniziato in ambito ospedaliero: La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi ed in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio. 2. Al trattamento iniziato dal MMG solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica: Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco ed all'assenza di alternative terapeutiche. La limitazione della prescrivibilità all'ambito ospedaliero o da parte del MMG con il supporto di indagini microbiologiche è finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi
H		Imipenem+cilastatina		Tutte le unità operative formalmente riconosciute.	

Classe	P.T.	Principio attivo	Monit.int.	Aree terapeutiche	Note aggiuntive
A Nota 74	Si*	Follitropina alfa da DNA ricomb Follitropina beta DNA ricombinante Menotropina Urofollitropina Lutropina alfa		Endocrinologia, Urologia, Ostetricia e Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana Centri di cui all'Allegato 3 del D.D.G 3176 nelle more della ridefinizione	* Limitare ad un mese la durata del piano terapeutico. Riportare il valore di FSH determinato in data non anteriore a sei mesi dalla data di redazione del piano terapeutico.
A Nota 79	Si*	Teriparatide* Ormone paratiroideo*		Esclusivamente Ortopedia e Geriatria delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie (teriparatide ed ormone paratiroideo) U.O. Complesse di ortopedia e geriatria dei Presidi ospedalieri territoriali	*Il piano terapeutico, della durata di 6 mesi , è prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre tre volte per un totale complessivo di 24 mesi pertanto per i pazienti che sono in corso di trattamento, il termine per la terapia può eventualmente essere esteso a 24 mesi purchè esista continuità terapeutica.
H		Acido Zoledronico	Si	Ortopedia e geriatria (acido zoledronico) esclusi gli specialisti convenzionati interni	
A Nota 88	No*	Cortisonici per uso topico		Dermatologia, Allergologia, Malattie Infettive, Immunologia, Geriatria, Medicina Interna, Reumatologia e Pediatria	*Esclusivamente diagnosi
A	No	Aripiprazolo* Olanzapina* Quetiapina* Risperidone*		Psichiatria e Neurologia Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri e neurologi dei SERT. Compatibilmente con le indicazioni autorizzate e i limiti d'uso in relazione all'età di cui alla scheda tecnica di ogni singola molecola anche Neuropsichiatria Infantile.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato. **Per il trattamento della psicosi e/o dei disturbi comportamentali correlati alla demenza nei pazienti anziani (PBSD) si rinvia al comunicato AIFA del 21 luglio 2005 e al percorso clinico allo stesso allegato (note DIRS/5/3166 del 16/11/05 e DIRS/5/3758 del 16/12/05) recante disposizioni nell'ambito di un programma di farmacovigilanza attiva mirato su tale trattamento.
H		Olanzapina fiale Risperidone (r.p. fiale)	Si	Psichiatria e Neurologia, Dipartimento di salute mentale, specialisti psichiatri e neurologi dei SERT. Strutture di ricovero e case di cura private accreditate per le stesse branche, con esclusione degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni	
A	No	Acido Carglumico	Si	Esclusivamente i Centri di cui all'Allegato 7 del DDG 3176/08	
A	No	Acido Ibandronico		Ortopedia e geriatria esclusi gli specialisti convenzionati interni.	NOTE AGGIUNTIVE
A	No	Acido Micofenolico (Micofenolato Mofetile e Micofenolato Sodico)		Nefrologia e Centri Trapianti.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a un anno è stabilita dal centro specializzato
A	No	Adefovir/Dipivoxil		Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A	No	Anagrelide	Si	Ematologia	* per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 09/05/06 e provvedimento specifico.
A	No	Asenapina*	Si	Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale Specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	
A	Si*	Atomoxetina	Si	Esclusivamente i Centri individuati con D.I.G. n. 083/04 e D.I.G. n.112/04 di cui all'Allegato 14 del D.D.G. 3176/08	* I P.T. relativi al trattamento con Atomoxetina devono essere accompagnati da copia dell'avvenuta registrazione on-line sul Registro Nazionale di Monitoraggio per l'ADHD
A	Si	Bicalutamide		Urologia, Oncologia	
A	Si*	Buprenorfina/Naloxone	Si	Strutture del Dipartimento di Salute Mentale dei SERT.	*L'uso del farmaco è indicato in adulti e adolescenti di età superiore ai 15 anni che abbiano dato il proprio consenso al trattamento della loro situazione di tossicodipendenza.
A	Si	Cabergolina		Neurologia, Neuropsichiatria, Geriatria e Psichiatria IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina.	
A	Si	Cinacalcet		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia Centri di dialisi e specialisti ambulatoriali convenzionati interni per la stessa branca, limitatamente ai pazienti dializzati seguiti dallo stesso Centro Limitatamente all'indicazione di iperparatiroidismo primario, nei quali la paratiroidectomia sarebbe indicata sulla base dei valori sierici di calcio, ma nei quali l'intervento chirurgico non è clinicamente appropriato o è controindicato: Endocrinologia	
A	Si	Clozapina*		Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale Specialisti psichiatri dei SERT.	*Le prescrizioni di clozapina devono contenere l'esecuzione (settimanale per le prime 18 settimane e mensile successivamente) della conta e della formula leucocitaria e la compatibilità dei valori riscontrati con l'inizio, la prosecuzione o la ripresa del trattamento.
A	No	Dabigatran	Si	Ortopedia	
A	Si*	Deferoxamina		Esclusivamente i Centri facenti parte della Rete Regionale di Talassemia di cui al D.A. n. 2014 del 04/11/2003 e successive modifiche e integrazioni (D.I.G. n. 88/04, DD.AA. n. 2727/04 e n. 3264/04). Limitatamente al trattamento dei pazienti con insufficienza renale terminale (in dialisi di mantenimento): Nefrologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	No	Deferasirox	Si	Limitatamente ai pazienti affetti da talassemia: Prescrizione e distribuzione da parte dei Centri di Talassemia facenti parte della rete regionale. Limitatamente ai pazienti con altre anemie: Ematologia	
A	No	Deferiprone	Si	Centri facenti parte della Rete Regionale di Talassemia di cui ai DD.AA. 2014 del 04/11/2003 e successive modifiche e integrazioni (D.I.G. n. 88/04, DD.AA. n. 2727/04 e n. 3264/04).	
A	Si*	Degarelix	Si	Prescrizione PT limitata U.O. di Oncologia e Urologia delle strutture pubbliche e private convenzionate stesse branche	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a tre mesi
A	No	Dornase alfa		Prescrizione e distribuzione riservata ai Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della L.548/93 e D.A. n.14633/95.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Dronedaron	Si	Cardiologia, Medicina interna, Geriatria, Medicina d'urgenza con posti letto	*Obbligo di inviare con cadenza trimestrale, al Servizio 7-Farmacaceutica, il Piano Terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga o (se in convenzionata) che autorizza il Piano Terapeutico. (Validità massima tre mesi)

Classe	P.T.	Principio attivo	Monit.int.	Aree terapeutiche	Note aggiuntive
A	Si*	Entacapone		Neurologia, Geriatria IRCCS Bonino Pulejo , Messina Specialisti neurologi accreditati esterni	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. La prima confezione di avvio della terapia deve essere richiesta gratuitamente alla Ditta secondo il modello allegato al DIG n. 5552/05.
A	No	Entecavir	Si	Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A	Si*	Exenatide	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si * BB e adolescenti	Fluoxetina		<u>Limitatamente all'indicazione: episodio di depressione maggiore da moderato a grave, se la depressione non risponde alla psicoterapia dopo 4-6 sedute;</u> Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La terapia con antidepressivo deve essere proposta ad un bambino o ad una persona giovane con depressione da moderata a grave solo in associazione con una contemporanea psicoterapia.
A	Si*	Gonadorelina		Endocrinologia, Urologia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia Centri di cui all'Allegato 3 del D.D.G 3176 nelle more della ridefinizione.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Imiquimod		Dermatologia, Oncologia	
A	Si*	Immunoglobulina anti-D (rh)		Ematologia, Medicina Interna, Cliniche Pediatriche, Ostetricia e Ginecologia e Servizi di Medicina Trasfusionale	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Insulina deglutec	Si	Endocrinologia, Medicina interna e Geriatria	
A	No	Insulina detemir	Si	Endocrinologia, Medicina interna e Geriatria	
A	No	Insulina glargine	Si	Endocrinologia, Medicina interna e Geriatria	
A	No	Ivabradina	Si	Cardiologia	*La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro prescrittore.
A	Si*	Lamivudina		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna, Oncologia ed Ematologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Levodopa/Carbidopa/Entacapone	Si	Neurologia e Geriatria IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina Specialisti neurologi accreditati esterni	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	No	Linezolid		Pneumologia Malattie infettive Medicina Interna laddove non presente l'U.O. Malattie Infettive	
A	Si*	Liraglutide	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*I piani terapeutici relativi al trattamento con Liraglutide devono essere accompagnati da copia della prescrizione avvenuta on-line sul Registro Monitoraggio Farmaci
A	Si*	Mesna		Medicina Interna, Oncologia e Urologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si * **	Metadone Cloridrato		<u>Limitatamente alle sindromi dolorose di entità severa in pazienti che non rispondono più a un trattamento sequenziale con farmaci analgesici antinfiammatori non steroidei, steroidei, oppioidi deboli:</u> Tutte le UU.OO. Ospedaliere, Universitarie e dei Presidi ospedalieri, con o senza posti letto. <u>Limitatamente al trattamento di disassuefazione da narcotico-stupefacenti:</u> Prescrizione e dispensazione da parte dei SERT	*All'attivazione del piano terapeutico riportare un riferimento specifico alla pregressa terapia con farmaci analgesici antinfiammatori non steroidei, steroidei, oppioidi deboli. **L'attivazione del piano terapeutico è limitata alle confezioni di cui al Comunicato AIFA pubblicato sulla GURI n. 163 del 15.07.06
A	Si*	Metilfenidato	Si	Esclusivamente i Centri individuati con D.I.G. n. 083/04 e D.I.G. n.112/04 di cui all'Allegato 14 del D.D.G. 3176/08	*I P.T. relativi al trattamento con Metilfenidato devono essere accompagnati da copia dell'avvenuta registrazione on-line sul Registro Nazionale di Monitoraggio per l'ADHD
A	No	Miglustat	Si	U.O. Ematologia A.O. Ospì Riuniti "Villa Sofia -Cervello" Centro di Riferimento Regionale per la cura ed il controllo delle malattie metaboliche congenite dell'infanzia A.O.U. Policlinico di Catania Centri di riferimento regionali previsti dal D.A. 781/11.	
A	Si*	Modafinil		Neurologia e pneumologia IRCCS Bonino Pulejo, Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	No	Paliperidone	Si	Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale Specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	
A	Si	Paracalcitolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia Centri di dialisi e specialisti ambulatoriali convenzionati interni per la stessa branca, limitatamente ai pazienti dializzati seguiti dallo stesso Centro	Distribuzione diretta
A	Si	Pentamidina		U.O. formalmente riconosciute di Malattie Infettive, Medicina Interna, Pediatria ed Ematologia.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A	Si	Pergolide		Psichiatria, Neuropsichiatria, Geriatria e Neurologia.	
A		Pilocarpina cloridrato		<u>Per la Sindrome di Sjogren:</u> Oculistica e Reumatologia	
A	No	Pramipexolo			
A	Si*	Prasugrel	Si	Cardiologia con emodinamica	*Obbligo di inviare con cadenza trimestrale al Servizio 7-Farmaceutica, copia del Piano terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga con raccomandazione di non utilizzo nei pazienti sottopeso, (S 60 Kg), di età maggiore di 75 anni, nei pazienti già in trattamento con dicumarolici, nei pazienti con documentata storia pregressa di ictus e/o pazienti con cirrosi epatica scompensata. La dispensazione deve avvenire esclusivamente da parte delle strutture prescrittrici. Per le case di cura private con emodinamica (ISCAS Morgagni di Ct e Villa Maria Eleonora di Pa) l'erogazione avverrà attraverso la farmacia territoriale di residenza del paziente.
A	Si*	Rasagilina	Si	Neurologia e Geriatria IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina Specialisti neurologi accreditati esterni	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. Le prime due confezioni di avvio della terapia devono essere richieste gratuitamente alla Ditta secondo il modello allegato al presente decreto

Classe	P.T.	Principio attivo	Monit.int.	Aree terapeutiche	Note aggiuntive
A	No	Ranolazina	Si	Cardiologia	
A	No	Ribavirina	Si	Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive e Medicina Interna Limitatamente alla confezione "1 flacone 100 ml" 40mg/ml e utilizzabile esclusivamente: "in regime di combinazione con interferone alfa-2b, per il trattamento di bambini e adolescenti dai tre anni in su, affetti da epatite cronica C, mai trattati in precedenza, senza scompenso epatico, e con presenza di HCV-RNA sierico": Pediatria	
A	Si	Rifaximina	Si	Dermatologi	
A		Rivaroxaban	Si	Ortopedia	
A	No	Sapropterina cloridrato		Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al D.A. 781/11.	Limitatamente ai casi di carenza di tetraidrobiopterina. Ai fini della rimborsabilità SSN è indispensabile che la richiesta sia corredata dalla copia dell'avvenuta registrazione nel Registro ISS.
A	Si*	Saxagliptin	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*I piani terapeutici relativi al trattamento con Saxagliptin devono essere accompagnati da copia della prescrizione avvenuta on-line sul Registro Monitoraggio Farmaci
A	Si*	Sevelamer		Nefrologia e Dialisi e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Sildenafil Vardenafil	Si	La prescrizione di inibitori della PDE5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil) a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da danno transitorio o parziale del midollo spinale o del plesso pelvico secondo un piano terapeutico specialistico (andrologo, endocrinologo, neurologo o urologo).	
A	Si*	Sitagliptin	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Sitagliptin/metformina	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si	Tadalafil	Si	La prescrizione di inibitori della PDE5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil) a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da danno transitorio o parziale del midollo spinale o del plesso pelvico secondo un piano terapeutico specialistico (andrologo, endocrinologo, neurologo o urologo).	
A	No	Telbivudina	Si	Medicina interna, Gastroenterologia, Epatologia e Malattie infettive	
A	No	Tobramicina		Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della L.548/93 e D.A. n.14633/95.	
A	Si*	Tolcapone		Neurologia e Geriatria IRCCS Bomnino Pulejo, Messina Specialisti neurologi accreditati esterni	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Tretinoina		Oncologia, Ematologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Valganciclovir		Malattie Infettive e Centri Trapianto.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A	Si*	Vildagliptin	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	Si*	Vildagliptin/metformina	Si	Diabetologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Geriatria Centri di diabetologia di I, II e III livello secondo la classificazione di cui al D.A. 30/04/02.	*Piano terapeutico on-line
A	No	Voriconazolo*		Malattie Infettive e Oncoematologia	* Il farmaco deve essere somministrato principalmente a pazienti con infezioni a carattere progressivo che possono mettere in pericolo la vita del paziente stesso.
H A H	No	Didanosina Zidovudina Didanosina polv. 2g*		Prescrizione riservata ai soli centri ospedalieri autorizzati con D.M. 17/05/96.	*Per la didanosina polvere non tamponata 2g prescrizione e distribuzione riservata ai centri autorizzati con DM 17/05/96.
A	No	Zinco acetato diidrato	Si	Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al D.A. 781/11, specializzati nel trattamento del Morbo di Wilson.	
A	No	Ziprasidone cloridrato		Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale Specialisti psichiatri e neurologi dei SERT. Compatibilmente con le indicazioni autorizzate ed i limiti d'uso in relazione all'età, di cui alla scheda tecnica, prescrivibili anche da U.O. da Neuropsichiatria infantile.	
H		Adalimumab Infliximab		Limitatamente alle indicazioni riferite alla <u>Malattia di Crohn e colite ulcerosa</u> di cui alle relative schede tecniche: Gastroenterologia e Medicina Interna.	
H		Abacavir/Lamivudina		Malattie Infettive.	
H		Alitretinoina		Dermatologia Ospedaliera ed Universitarie	Raccomandazioni:sospendere il trattamento in caso di - Risposta adeguata - Persistenza della forma grave (dopo 12 settimane) - Risposta inadeguata dopo 24 settimane
H		Apomorfina cloridrato		Neurologia	
H		Atazanavir	Si	Malattie Infettive	
H		Calcitriolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	
H		Darunavir	Si	Malattie Infettive	
H		Efavirenz/emtricitabina/Tenofovir disoproxil	Si	Malattie Infettive	

Classe	P.T.	Principio attivo	Monit.int.	Aree terapeutiche	Note aggiuntive
H		Eltrombopag	Si	Ematologia ed oncematologia dell'A.O. Garibaldi di Catania, A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello di Palermo, A.O.U.P. G. Martino di Messina	Impiego secondo le indicazioni autorizzate dall'AIFA
H		Emtricitabina		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina/ Tenofovir disoproxil		Malattie Infettive	
H		Enfuvirtide		Malattie Infettive	*per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 3/11/04 e provvedimento specifico.
H		Etravirina	Si	Malattie Infettive	
H		Fosamprenavir		Malattie Infettive	
H		Glutazione (solo "2500 mg/ml polv. e solv. per soluzione per infusione)		Oncologia.	
H		Levodopa/Carbidopa		Neurologia e Geriatria	
H		Lopinavir / Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Maraviroc	Si	Malattie Infettive.	
H		Metilaminolevulinato		Dermatologia, Ematologia, Oncologia	
H		Nelfinavir		Malattie Infettive	
H		Pegvisomant	Si	Esclusivamente i Centri di cui all'allegato 12 del D.D.G. 3176/08 modificato secondo il nuovo assetto della rete ospedaliera	
H		Raltegravir	Si	Malattie Infettive	
H		Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Romiplostim	Si	Ematologia ed Oncematologia dell' A.O. Garibaldi di Catania, degli Ospedali riuniti Villa Sofia – Cervello e dell'A.O.U.P "G. Martino" di Messina	I Centri prescrittori devono comunicare con cadenza semestrale alla Commissione PTORS in N° dei pazienti in trattamento
H		Tipranavir		Malattie Infettive	
H		Tenofovir/ disoproxil		Malattie Infettive Limitatamente all'indicazione per il trattamento dell'epatite cronica B anche Epatologia, Gastroenterologia, Medicina Interna	
A	No	Bosentan	Si	Az. Osp. Vitt. Emanuele Ferrarotto CT Divisione di Cardiologia - U.O. Cardiologia Pediatrica Az. Osp. Civile M.P. Arezzo RG U.O.di Cardiologia - U.O.. Malattie Infettive (amb. di reumatologia e pneumologia) Policlinico CT U.O.C. cardiologia	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A	No	Ambrisentan	Si	Az. Osp. Umberto I SR U.O.C. di Cardiologia – UTIC Az. Osp. Villa Sofia - Cervello PA U.O. di Cardiologia U.O. Pneumologia (amb. I.P.) A.R.N.A.S. Garibaldi CT U.O. Pneumologia	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Epoprostenolo		A.R.N.A.S Civico PA U.O. Malattie dell'Apparato Respiratorio ISMETT PA Servizio di Pneumologia Policlinico ME	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Iloprost sale di trometanololo	Si	U.O. Pneumologia U.O. Reumatologia Policlinico PA U.O. Reumatologia U.O. C. Cardiologia Fondazione San Raffaele Giglio PA U.O. Medicina Interna	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Treprostinil	Si	Casa di Cura Musumeci Gecas S.r.l. CT U.O. Malattie Apparato Respiratorio A.O. Papardo-Piemonte ME U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio P.O. S. Vincenzo di Taormina ME Centro Cardiologico Pediatrico Mediterraneo	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A	Si	Apixaban Dabigatran Edoxaban Rivaroxaban		Prevenzione della TEV nei pz adulti sottoposti a interventi di sostituzione elettiva di anca o di ginocchio con prescrizione limitata ai Centri di cui all'allegato 1 del D.A. 1766/11 e s.m.i. Per le indicazioni: "Prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV), con uno o più fattori di rischio, quali precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA); età ≥ 75 anni; insufficienza cardiaca (Classe NYHA ≥ II); diabete mellito; ipertensione" e "Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP e EP negli adulti", la prescrizione è riservata alle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, medicina interna, neurologia, geriatria, e ematologi di centri di trombosi ed emostasi nonchè da parte degli specialisti delle stesse branche convenzionati interni. La dispensazione deve avvenire in forma diretta da parte dell'ASP di residenza del paziente previa consegna della stampa del PT on line. Limitatamente all'uso nella FANV il PT deve essere corredato dal referto dell'indagine ecocardiografica (da richiedere una sola volta) e, in relazione ai fattori di rischio, una delle seguenti certificazioni: classe NYHA ≥II, diabete, ipertensione, attestazione di avvenuto ictus. Per i pazienti che modificano la terapia da anti-vitamina K a NAO, la documentazione attestante l'instabilità dell'INR rilevata nei sei mesi precedenti al cambio di terapia, deve essere conservata da parte del prescrittore ed esibita su richiesta da parte dell'ASP.	

FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 95

PRINCIO ATTIVO	SPECIALITA'
FLUORURACILE/ACIDO SALICILICO	ACTIKERALL
DICLOFENAC SODICO	SOLARAZE
FLUORURACILE	TOLERAK
IMIQUIMOD 3,75%	ZYCLARA
DISTRIBUZIONE DIRETTA DALLA ASP, SE MANCANTI POSSONO ESSERE EROGATI IN CONVENZIONATA	

FARMACI NO PHT DA EROGARE IN CONVENZIONATA CON PT

PRINCIPIO ATTIVO	MODALITA' EROGAZIONE
ALBUMINA	PT -NOTA 15
FLUOXETINA SOL/CPR	PT solo bambini
LACOSAMIDE	PT solo adulti naive
RASAGILINA	PT Neurologi
SAFINAMIDE	PT Neurologi
TERIPARATIDE	PT – NOTA 79
MIDAZOLAM	PT- NOTA 93
VILANTEROLO/UMECLIDINIO/FLUTICASONE (ELEBRATO ELL, TRELEGY ELL)	PT SISTEMA TS PENUMOLOGO – NOTA 99
BECLOMETASONE, FORMOTEROLO, GLICOPIRRONIO (TRIMBOW)	PT SISTEMA TS PENUMOLOGO – NOTA 99
FORMOTEROLO, GLICOPIRRONIO, BUDENOSIDE (TRIXEO AEROSPHERE)	PT SISTEMA TS PENUMOLOGO – NOTA 99

ELENCO FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE PER CONTO - DPC

AIC	SPECIALITA'	PRINCIPIO ATTIVO	ATC
000000000	MODIODAL 100MG CPR	MODAFINIL	N06BA07
018610079	CARNITENE*OS 10FL 2G/10ML	LEVOCARNITINA	A16AA01EB
020417022	DEFERAL*10FL 500MG/5ML+10F5ML	DEFEROXAMINA MESILATO	V03AC01BA
022547044	IMMUNORHO*IM 1SIR 2ML 300MCG	IMMUNOGLOBULINA UMANA RHO	J06BB01AD
022579142	CALCIPARINA*10SIR 5000UI 0,2ML	EPARINA CALCICA	B01AB01AE
022579155	CALCIPARINA*10SIR 12500UI0,5ML	EPARINA CALCICA	B01AB01AF
025540030	SUPREFACT*1SIR 6,3MG RP	BUSERELIN ACETATO	L02AE01AB
025540042	SUPREFACT*DEPOT 1SIR 9,45MG	BUSERELIN ACETATO	L02AE01AC
025969039	NALOREX*14CPR RIV 50MG	NALTREXONE CLORIDRATO	N07BB04CC
026270076	FLUXUM*SC 6SIR 0,3ML 3200UIAXA	PARNAPARINA SODICA	B01AB07AA
026270088	FLUXUM*SC 6SIR 0,4ML 4250UIAXA	PARNAPARINA SODICA	B01AB07AB
026471019	ZOLADEX*SC 1SIR 3,6MG RP	GOSERELIN ACETATO	L02AE03AA
026471021	ZOLADEX*SC SIR 10,8MG RP	GOSERELIN ACETATO	L02AE03AB
026738017	SELEPARINA*6SIR 0,3ML 2850UI	NADROPARINA CALCICA	B01AB06BA
026738056	SELEPARINA*6SIR 0,4ML 3800UI	NADROPARINA CALCICA	B01AB06BB
026738070	SELEPARINA*10SIR 5700UI/0,6ML	NADROPARINA CALCICA	B01AB06BC
026738094	SELEPARINA*10SIR 7600UI/0,8ML	NADROPARINA CALCICA	B01AB06BD
026966034	CLEXANE*6SIR 2000UI 0,2ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BA
026966046	CLEXANE*6SIR 4000UI 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BB
026966061	CLEXANE 4000AXA 6S 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05
026999021	DECAPEPTYL*FL 3,75MG+2ML+1SIR	TRIPTORELINA	L02AE04AC
026999058	DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR	TRIPTORELINA EMBONATO	L02AE04AB
026999060	DECAPEPTYL*FL22,5MG/2ML RP+SIR	TRIPTORELINA EMBONATO	L02AE04AD
027015142	EPREX*1SIR 1000UI 0,5ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BB
027015155	EPREX*1SIR 2000UI 0,5ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BC
027015167	EPREX*1SIR 3000UI 0,3ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BD
027015179	EPREX*1SIR 4000UI 0,4ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BE
027015181	EPREX*1SIR 10000UI 1ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BI
027015231	EPREX*1SIR 5000UI 0,5ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BF
027015243	EPREX*1SIR 6000UI 0,6ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BG
027015268	EPREX*1SIR 8000UI 0,8ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BH
027015282	EPREX*1SIR 40000UI 1ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BM
027066024	ENANTONE 3,75/2ML 1F+1SIR	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02
027066125	ENANTONE*IM SC SIR3,75MG/ML RP	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AA
027066137	ENANTONE*IM SC SIR11,25MG/MLRP	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AB
027083082	SANDOSTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02AB
027083094	SANDOSTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02AC
027083106	SANDOSTATINA LAR*FL 30MG+SIR	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02AD
027104088	LONGASTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02AB
027104090	LONGASTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02AC
027104102	LONGASTATINA LAR*FL 30MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02AD
027772096	GRANULOKINE 30MU 0,5ML SIR	FILGRASTIM	L03AA02
028752095	RISPERDAL*OS SOLUZ100ML 1MG/ML	RISPERIDONE	N05AX08EB
029059096	MYELOSTIM 34*FL 34MUI/ML+SIR	LENOGRASTIM	L03AA10BA
029399019	IPSTYL*IM FL30MG RP+F 2ML SOLV	LANREOTIDE ACETATO	H01CB03AA
029399110	IPSTYL*SC 1SIR 60MG	LANREOTIDE ACETATO	H01CB03AB
029399122	IPSTYL*SC SIR 90MG	LANREOTIDE ACETATO	H01CB03AC
029399134	IPSTYL*SC SIR 120MG	LANREOTIDE ACETATO	H01CB03AD
029485048	PROGRAF*30CPS 5MG	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CC
029485075	PROGRAF*60CPS 1MG	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CB
029485099	PROGRAF*30CPS 0,5MG	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CA
029503012	ZELITREX*42CPR RIV 500MG	VALACICLOVIR CLORIDRATO	J05AB11CB
029520184	PUREGON*IM SC 5FL 50UI/0,5ML	FOLLITROPINA BETA	G03GA06AA

029520234	PUREGON*IM SC 5FL 100UI/0,5ML	FOLLITROPINA BETA	G03GA06AB
029520386	PUREGON*SC 1CART 300UI/0,36ML	FOLLITROPINA BETA	G03GA06AD
029520398	PUREGON*SC 1CART 600UI/0,72ML	FOLLITROPINA BETA	G03GA06AE
029520400	PUREGON*SC 1CART 900UI/1,08ML	FOLLITROPINA BETA	G03GA06AF
032166047	BETAFERON*15FL SC 0,25MG/ML+15	INTERFERONE BETA 1B	L03AB08AA
032392211	GONAL F*SC 1FL 1050UI/1,75ML	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AL
032392250	GONAL F*SC FL 75UI+SIR 1ML	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AB
032392274	GONAL F*SC 10FL 75UI+10SIR 1ML	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AB
032392336	GONAL F*SC 1PEN 300UI/0,5ML+8A	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AF
032392348	GONAL F*SC 1PEN450UI/0,75ML+12	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AG
032392351	GONAL F*SC 1PEN 900UI/1,5ML+20	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AH
032921013	FOSTIMON 75UI/ML 1FLC+F	UROFOLLITROPINA UMANA	G03GA04
032921049	FOSTIMON*10FL 75UI+10F 1ML	UROFOLLITROPINA	G03GA04AA
032921102	FOSTIMON 150UI/ML 1FL+1S	UROFOLLITROPINA UMANA	G03GA04
032921114	FOSTIMON*5FL 150UI/ML+5SIR	UROFOLLITROPINA	G03GA04AB
032921138	FOSTIMON 225UI/ML 1FL+1S	UROFOLLITROPINA UMANA	G03GA04
032921140	FOSTIMON*5FL 225UI/ML+5SIR	UROFOLLITROPINA	G03GA04AC
032921165	FOSTIMON 300UI/ML 1FL+1S	UROFOLLITROPINA UMANA	G03GA04
032921177	FOSTIMON*5FL 300UI/ML+5SIR	UROFOLLITROPINA	G03GA04AD
032944112	SEROQUEL*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CA
032944163	SEROQUEL*60CPR 150MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CG
033254018	ARICEPT*28CPR RIV 5MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	N06DA02CA
033254020	ARICEPT*28CPR RIV 10MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	N06DA02CB
033280049	TASMAR*100CPR RIV 100MG FL	TOLCAPONE	N04BX01CA
033283033	AVONEX*IM 4SIR 30MCG/0,5ML+4AG	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AA
033283045	AVONEX*IM 4PEN 30MCG/0,5ML+4AG	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AA
033638127	ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
034078283	EXELON*30CER 13,3MG/24H	RIVASTIGMINA	N06DA03LC
034078446	EXELON*30CER 13,3MG/24H	RIVASTIGMINA	N06DA03LC
034091037	REBIF*SC 12SIR 6MUI 22MCG	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AA
034091064	REBIF*SC 12SIR 12MUI 44MCG	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AB
034091076	REBIF*SC 4CART 22MCG/0,5ML	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AC
034091088	REBIF*SC 4CART 44MCG/0,5ML	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AD
034091138	REBIF*SC 12PEN 6MUI 22MCG	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AA
034091165	REBIF*SC 12PEN 12MUI 44MCG	INTERFERONE BETA 1A	L03AB07AB
034128013	PLAVIX*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO	B01AC04CA
034231035	COMTAN 200MG 100CPR	ENTACAPONE	N04BX02
034231062	COMTAN*100CPR RIV 200MG FL	ENTACAPONE	N04BX02CA
034369013	PROVIGIL*30CPR 100MG	MODAFINIL	N06BA07CA
034405011	ALDARA*CREMA 5% 12BUST 250MG	IMIQUIMOD	D06BB10FA
034430292	NEORECORMON EV 2000UI 1SIR	EPOETINA BETA	B03XA01
034430304	NEORECORMON*IV SC 6SIR 2000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BC
034430316	NEORECORMON EV 3000UI 1SIR	EPOETINA BETA	B03XA01
034430328	NEORECORMON*IV SC 6SIR 3000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BD
034430330	NEORECORMON EV 5000UI 1SIR	EPOETINA BETA	B03XA01
034430342	NEORECORMON*IV SC 6SIR 5000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BF
034430355	NEORECORMON*IV SC 1SIR 10000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BI
034430417	NEORECORMON EV 4000UI 1SIR	EPOETINA BETA	B03XA01
034430429	NEORECORMON*IV SC 6SIR 4000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BE
034430431	NEORECORMON EV 6000UI 1SIR	EPOETINA BETA	B03XA01
034430443	NEORECORMON*IV SC 6SIR 6000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BG
034430456	NEORECORMON*IV SC 1SIR 30000UI	EPOETINA BETA	B03XA01BL
034506030	ZEFFIX*OS FL 240ML 5MG/ML	LAMIVUDINA	J05AF05EA
034707012	FLUTAMIDE EG*21CPR 250MG	FLUTAMIDE	L02BB01CA
034752042	REMINYL*56CPR RIV 12MG	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CC
034752081	REMINYL*56CPR RIV 4MG	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CA

034752117	REMINYL*28CPS 8MG RP	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CB
034752131	REMINYL*28CPS 16MG RP	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CD
034752170	REMINYL*28CPS 24MG RP	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CE
034946044	ACTOS*28CPR 30MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03CB
034946121	ACTOS*28CPR 45MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03CC
034951044	LUVERIS*SC 1FL 75UI+1FL SOLV	LUTROPINA ALFA	G03GA07AA
034951057	LUVERIS*SC 3FL 75UI+3FL SOLV	LUTROPINA ALFA	G03GA07AA
035120017	RAPAMUNE*OS FL 60ML+30SIR DOS+	SIROLIMUS	L04AA10EA
035120070	RAPAMUNE*100CPR RIV 1MG	SIROLIMUS	L04AA10CA
035120094	RAPAMUNE*30CPR RIV 2MG	SIROLIMUS	L04AA10CB
035120120	RAPAMUNE*100CPR RIV 0,5MG	SIROLIMUS	L04AA10CC
035136050	CLOZAPINA ORION*FL 28CPR 100MG	CLOZAPINA	N05AH02CB
035390018	CLOZAPINA CHIESI*28CPR 25MG	CLOZAPINA	N05AH02CA
035390032	CLOZAPINA CHIESI*28CPR 100MG	CLOZAPINA	N05AH02CB
035418060	COPAXONE*SC 12SIR 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATO	L03AX13AB
035562014	GONAPEPTYL DEPOT*SIR 3,75MG+SO	TRIPTORELINA	L02AE04AC
035606033	ARIXTRA*SC 10SIR 2,5MG 0,5ML	FONDAPARINUX SODICO	B01AX05AA
035606072	ARIXTRA*SC 10SIR 1,5MG 0,3ML	FONDAPARINUX SODICO	B01AX05AE
035606110	ARIXTRA*SC 10SIR 5MG 0,4ML	FONDAPARINUX SODICO	B01AX05AB
035606146	ARIXTRA*SC 10SIR 7,5MG 0,6ML	FONDAPARINUX SODICO	B01AX05AC
035606173	ARIXTRA*SC 10SIR 10MG 0,8ML	FONDAPARINUX SODICO	B01AX05AD
035681055	EBIXA*OS SOLUZ 5MG/EROGAZIONE	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01EB
035681081	EBIXA*56CPR RIV 10MG	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01CA
035681105	EBIXA*28CPR RIV 20MG	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01CB
035683059	PEGASYS*SC SIR 0,5ML 135MCG+AG	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	L03AB11AA
035691017	ARANESP*SC EV 1SIR 10MCG 0,4ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BA
035691157	ARANESP 1SIR 80MCG 0,4ML	DARBEPOETIN ALFA	B03XA02
035691575	ARANESP*SC EV 1SIR 20MCG 0,5ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BC
035691599	ARANESP*SC EV 1SIR 30MCG 0,3ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BD
035691613	ARANESP*SC EV 1SIR 40MCG 0,4ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BE
035691637	ARANESP*SC EV 1SIR 50MCG 0,5ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BF
035691652	ARANESP*SC EV 1SIR 60MCG 0,3ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BG
035691676	ARANESP*SC EV 1SIR 80MCG 0,4ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BH
035691690	ARANESP*SC EV 1SIR 100MCG 0,5M	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BJ
035691738	ARANESP*SC EV 1SIR 150MCG 0,3M	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BI
035691753	ARANESP*SC EV 1SIR 300MCG 0,6M	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BL
035691777	ARANESP*SC EV 1SIR 500MCG 1ML	DARBEPOETINA ALFA	B03XA02BM
035716012	NEULASTA 6MG 1SIR PR 0,6ML	PEGFILGRASTIM	L03AA13
035716036	NEULASTA*SC 1SIR 6MG 0,6ML	PEGFILGRASTIM	L03AA13AA
035724069	LANTUS*SC 5CART 100U/ML 3ML	INSULINA GLARGINE	A10AE04AA
035724121	LANTUS*SC 1FL 100U/ML 10ML	INSULINA GLARGINE	A10AE04AC
035724246	LANTUS*SOLOST 5PEN 100U/ML 3ML	INSULINA GLARGINE	A10AE04AA
035739010	VALCYTE*60CPR RIV 450MG FL	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	J05AB14CA
035739022	VALCYTE*OS POLV FL 12G 50MG/ML	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	J05AB14EB
036373025	CERTICAN*60CPR 0,25MG	EVEROLIMUS	L04AA18CA
036373102	CERTICAN*60CPR 0,75MG	EVEROLIMUS	L04AA18CB
036373227	CERTICAN*60CPR DISPERS 0,25MG	EVEROLIMUS	L04AA18CA
036374054	ZEMPLAR*28CPS MOLLI 1MCG	PARACALCITOLE	H05BX02CA
036374080	ZEMPLAR*28CPS MOLLI 2MCG	PARACALCITOLE	H05BX02CB
036582183	ABILIFY*OS FL 150ML 1MG/ML	ARIPIPRAZOLO	N05AX12EA
036598023	MIMPARA*28CPR RIV 30MG	CINACALCET CLORIDRATO	H05BX01CA
036598050	MIMPARA*28CPR RIV 60MG	CINACALCET CLORIDRATO	H05BX01CB
036598098	MIMPARA*28CPR RIV 90MG	CINACALCET CLORIDRATO	H05BX01CC
036638029	CLOZAPINA HEX*28CPR 25MG	CLOZAPINA	N05AH02CA
036638221	CLOZAPINA HEX*28CPR 100MG	CLOZAPINA	N05AH02CB
036749024	MEROPUR SC IM 75UI 10F+10F	MENOTROPINA UMANA	G03GA02

036749036	MEROPUR*SC IM FL 600UI+SIR 1ML	MENOTROPINA	G03GA02AB
036749048	MEROPUR*SC IM FL1200UI+2SIR1ML	MENOTROPINA	G03GA02AC
036825038	STALEVO*100CPR 50+12,5+200MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CB
036825077	STALEVO*100CPR 100+25+200MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CA
036825115	STALEVO*100CPR 150+37,5+200MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CC
036825216	STALEVO*100CPR 200+50+200MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CD
036825242	STALEVO*100CPR 75+18,75+200MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CE
036850055	LEVEMIR*FLEX 5PEN 3ML 100U/ML	INSULINA DETEMIR	A10AE05AA
036967038	ELIGARD*SC SIR+SIR 7,5MG+KIT	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AE
036967040	ELIGARD*SC SIR+SIR 22,5MG+KIT	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AD
036967065	ELIGARD*SC SIR+SIR 45MG KIT	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AF
037061037	PROCORALAN*56CPR RIV 5MG ALL/P	IVABRADINA CLORIDRATO	C01EB17CA
037061102	PROCORALAN*56CPR RIV 7,5MG ALL	IVABRADINA CLORIDRATO	C01EB17CB
037063056	STRATTERA*7CPS 10MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CA
037063094	STRATTERA*7CPS 18MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CB
037063118	STRATTERA*28CPS 18MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CB
037063132	STRATTERA*7CPS 25MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CC
037063157	STRATTERA*28CPS 25MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CC
037063171	STRATTERA*7CPS 40MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CD
037063195	STRATTERA*28CPS 40MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CD
037063233	STRATTERA*28CPS 60MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CE
037063272	STRATTERA*28CPS 80MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CF
037063310	STRATTERA*28CPS 100MG	ATOMOXETINA CLORIDRATO	N06BA09CG
037092222	RISPERIDONE TE*60CPR RIV 2MG	RISPERIDONE	N05AX08CB
037097096	FOZNL*90CPR MAST 750MG FL	LANTANIO CARBONATO IDRATO	V03AE03CB
037097134	FOZNL*90CPR MAST 500MG FL	LANTANIO CARBONATO IDRATO	V03AE03CA
037097209	FOZNL*90CPR MAST 1000MG FL	LANTANIO CARBONATO IDRATO	V03AE03CC
037097223	FOZNL*OS POLV 90BUST 750MG	LANTANIO CARBONATO IDRATO	V03AE03DA
037097235	FOZNL*OS POLV 90BUST 1000MG	LANTANIO CARBONATO IDRATO	V03AE03DB
037225099	COMPETACT*56CPR RIV 15MG+850MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD05CA
037314010	TOSTREX*GEL MULTID 60G 2%+DOSA	TESTOSTERONE	G03BA03FB
037568019	BYETTA*SC1PEN 1,2ML 5MCG/20MCL	EXENATIDE	A10BJ01AA
037568033	BYETTA*SC1PEN2,4ML 10MCG/40MCL	EXENATIDE	A10BJ01AB
037794029	XELEVIA*28CPR RIV 25MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	A10BH01CB
037794082	XELEVIA*28CPR RIV 50MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	A10BH01CC
037794144	XELEVIA*28CPR RIV 100MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	A10BH01CA
037835030	RISPERIDONE SAND*OS GTT 100ML	RISPERIDONE	N05AX08EB
038024016	INVEGA*28CPR 3MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CA
038024067	INVEGA*28CPR 6MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CB
038024117	INVEGA*28CPR 9MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CC
038085015	PERGOVERIS 150+75 1+ 1FLC	FOLLITROPINA ALFA+LUTROPINA ALFA	G03GA30
038085039	PERGOVERIS*SC 10FL 150UI+75UI	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	G03GA30
038085041	PERGOVERIS*SC 1PEN 300UI+150UI	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	G03GA30
038085054	PERGOVERIS*SC 1PEN 450UI+225UI	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	G03GA30
038085066	PERGOVERIS*SC 1PEN 900UI+450UI	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	G03GA30
038144059	GALVUS*56CPR 50MG	VILDAGLIPTIN	A10BH02CA
038188037	RISPERIDONE MY*OS GTT 100ML	RISPERIDONE	N05AX08EB
038190017	BINOCRIT 1000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190031	BINOCRIT 2000UI/1,0ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190056	BINOCRIT 3000UI/0,3ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190070	BINOCRIT 4000UI/0,4ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190094	BINOCRIT 5000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190118	BINOCRIT 6000UI/0,6ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190132	BINOCRIT 8000UI/0,8ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190157	BINOCRIT 10000UI/1ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190219	BINOCRIT 20000UI/0,5ML 1SI	EPOETINA ALFA	B03XA01

038190233	BINOCRIT 30000UI/0,75ML1SI	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190258	BINOCRIT 40000UI/1,0ML 1SI	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190284	BINOCRIT*6SIR 1000UI 0,5ML+DIS	EPOETINA ALFA	B03XA01BB
038190308	BINOCRIT*6SIR 2000UI 1ML+DISP	EPOETINA ALFA	B03XA01BC
038190322	BINOCRIT*6SIR 3000UI 0,3ML+DIS	EPOETINA ALFA	B03XA01BD
038190346	BINOCRIT*6SIR 4000UI 0,4ML+DIS	EPOETINA ALFA	B03XA01BE
038190359	BINOCRIT 5000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA
038190361	BINOCRIT*6SIR 5000UI 0,5ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BF
038190373	BINOCRIT 6000UI/0,6ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA
038190385	BINOCRIT*6SIR 6000UI 0,6ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BG
038190411	BINOCRIT 8000UI/0,8ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA
038190423	BINOCRIT*6SIR 8000UI 0,8ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BH
038190450	BINOCRIT 10000UI/1ML 1SIR	EPOETINA ALFA	B03XA01
038190462	BINOCRIT*6SIR 10000UI 1ML	EPOETINA ALFA	B03XA01BI
038190474	BINOCRIT*1SIR 20000UI 0,5ML+DI	EPOETINA ALFA	B03XA01BN
038190498	BINOCRIT*1SIR 30000UI 0,75ML+D	EPOETINA ALFA	B03XA01BL
038190512	BINOCRIT*1SIR 40000UI 1ML+DISP	EPOETINA ALFA	B03XA01BM
038218018	ADVAGRAF*30CPS 0,5MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CA
038218057	ADVAGRAF*60CPS 1MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CB
038218071	ADVAGRAF*30CPS 5MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CC
038218119	ADVAGRAF*30CPS 3MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CD
038250054	RISPERIDONE TEVA*60CPR RIV 1MG	RISPERIDONE	N05AX08CA
038250128	RISPERIDONE TEVA*60CPR RIV 2MG	RISPERIDONE	N05AX08CB
038252033	EUCREAS*60CPR RIV 50MG+850MG	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	A10BD08CA
038252096	EUCREAS*60CPR RIV 50MG+1000MG	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	A10BD08CB
038345029	TANDEMACT*28CPR 30MG+4MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE	A10BD06CA
038345144	TANDEMACT*28CPR 30MG+2MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE	A10BD06CA
038348088	MIRCERA*IV SC SIR 50MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BA
038348090	MIRCERA*IV SC SIR 75MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BB
038348102	MIRCERA*IV SC SIR 100MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BC
038348114	MIRCERA*IV SC SIR 150MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BD
038348126	MIRCERA*IV SC SIR 200MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BE
038348138	MIRCERA*IV SC SIR 250MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BF
038348177	MIRCERA*IV SC SIR 30MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BG
038348203	MIRCERA*IV SC SIR 120MCG 0,3ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BL
038348215	MIRCERA*IV SC SIR 360MCG 0,6ML	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	B03XA03BM
038381012	RETACRIT 1000UI/0,3ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381036	RETACRIT 2000UI/0,6ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381051	RETACRIT 3000UI/0,9ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381075	RETACRIT 4000UI/0,4ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381099	RETACRIT 5000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381113	RETACRIT 6000UI/0,6ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381137	RETACRIT 8000UI/0,8ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381152	RETACRIT10000UI/1,0ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381176	RETACRIT20000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381188	RETACRIT30000UI/0,75 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381190	RETACRIT40000UI/1,0ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381265	RETACRIT 1000UI/0,3ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381289	RETACRIT 2000UI/0,6ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381303	RETACRIT 3000UI/0,9ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381327	RETACRIT 4000UI/0,4ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381341	RETACRIT 5000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381366	RETACRIT 6000UI/0,6ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381380	RETACRIT 8000UI/0,8ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381404	RETACRIT10000UI/1,0ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381428	RETACRIT20000UI/0,5ML 1SIR	EPOETINA ZETA	B03XA01

038381430	RETACRIT3000UI/0,75ML 1S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381442	RETACRIT4000UI/1,00ML 1S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381543	RETACRIT*1SIR 1000UI 0,3ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BB
038381556	RETACRIT 1000UI/0,3ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381568	RETACRIT*1SIR 2000UI 0,6ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BC
038381570	RETACRIT 2000UI/0,6ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381582	RETACRIT*1SIR 3000UI 0,9ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BD
038381594	RETACRIT 3000UI/0,9ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381606	RETACRIT*1SIR 4000UI 0,4ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BE
038381618	RETACRIT 4000UI/0,4ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381620	RETACRIT*1SIR 5000UI 0,5ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BF
038381632	RETACRIT 5000UI/0,5ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381644	RETACRIT*1SIR 6000UI 0,6ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BG
038381657	RETACRIT 6000UI/0,6ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381669	RETACRIT*1SIR 8000UI 0,8ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BH
038381671	RETACRIT 8000UI/0,8ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381683	RETACRIT*1SIR 10000UI 1ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BI
038381695	RETACRIT 10000UI/1,0ML 6S	EPOETINA ZETA	B03XA01
038381707	RETACRIT*1SIR 20000UI 0,5ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BN
038381733	RETACRIT*1SIR 30000UI 0,75ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BL
038381760	RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML	EPOETINA ZETA	B03XA01BM
038448027	TESAVEL*28CPR RIV 25MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	A10BH01CB
038448080	TESAVEL*28CPR RIV 50MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	A10BH01CC
038451074	PRADAXA*60CPS 110MG	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	B01AE07CB
038451112	PRADAXA*60CPS 150MG	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	B01AE07CC
038605109	DONEPEZIL MY*28CPR RIV 5MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	N06DA02CA
038605236	DONEPEZIL MY*28CPR RIV 10MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	N06DA02CB
038672034	JANUMET*56CPR RIV 50MG+850MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA	A10BD07CA
038672109	JANUMET*56CPR RIV 50MG+1000MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA	A10BD07CB
038744076	XARELTO*30CPR RIV 10MG	RIVAROXABAN	B01AF01CA
038744138	XARELTO*42CPR RIV 15MG	RIVAROXABAN	B01AF01CB
038744189	XARELTO*28CPR RIV 20MG	RIVAROXABAN	B01AF01CC
038773038	EFFICIB*56CPR RIV 50MG+850MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA	A10BD07CA
038773103	EFFICIB*56CPR RIV 50MG+1000MG	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA	A10BD07CB
038917011	RANEXA*60CPR 375MG RP	RANOLAZINA	C01EB18CA
038917035	RANEXA*60CPR 500MG RP	RANOLAZINA	C01EB18CB
038917050	RANEXA*60CPR 750MG RP	RANOLAZINA	C01EB18CC
039055025	EFIENT*28CPR RIV 5MG	PRASUGREL CLORIDRATO	B01AC22CA
039055090	EFIENT*28CPR RIV 10MG	PRASUGREL CLORIDRATO	B01AC22CB
039056015	BERINERT*IV FL500UI+FL10ML+SET	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA	B06AC01BA
039056027	BERINERT*IV FL1500UI+FL3ML+SET	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA	B06AC01BB
039107139	VALACICLOVIR MY*42CPR RIV500MG	VALACICLOVIR CLORIDRATO	J05AB11CB
039107180	VALACICLOVIR MY*21CPR RIV 1G	VALACICLOVIR CLORIDRATO	J05AB11CA
039125012	ZARZIO*1SIR 30MU 0,5ML	FILGRASTIM	L03AA02BA
039125051	ZARZIO*1SIR 48MU 0,5ML	FILGRASTIM	L03AA02BB
039186123	QUETIAPINA AUR*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CA
039232018	FIRMAGON*INIET 1FL 80MG+1SIR	DEGARELIX ACETATO	L02BX02AA
039232020	FIRMAGON*INIET 2FL 120MG+2SIR	DEGARELIX ACETATO	L02BX02AB
039243011	BICALUTAMIDE AHCL*28CPR RIV50M	BICALUTAMIDE	L02BB03CA
039365010	VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML	LIRAGLUTIDE	A10BJ02AA
039397031	CLOPIDOGREL TAW*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL CLORIDRATO	B01AC04CA
039440021	CLOPIDOGREL EG*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
039453028	ONGLYZA*28CPR RIV 5MG	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO	A10BH03CA
039453129	ONGLYZA*28CPR RIV 2,5MG	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO	A10BH03CB
039480037	RENVELA*180CPR RIV 800MG FL	SEVELAMER CARBONATO	V03AE02CB
039480064	RENVELA*OS POLV 60BUST 2,4G	SEVELAMER CARBONATO	V03AE02DA

039482031	CLOPIDOGREL KRKA*28CPR 75MG	CLOPIDOGREL CLORIDRATO	B01AC04CA
039494024	CLOPINOVO*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
039528029	CARDER*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
039589039	MULTAQ*60CPR RIV 400MG	DRONEDARONE CLORIDRATO	C01BD07CA
039599030	CLOPIDOGREL ZEN*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO	B01AC04CA
039640038	CLOPIDOGREL ACT*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
039643022	CLOPIDOGREL DOC*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
039671021	BICALUTAMIDE EG*28CPR RIV150MG	BICALUTAMIDE	L02BB03CB
039678026	CLOPIDOGREL ALT*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
039763091	DUOPLAVIN*28CPR RIV 75MG+100MG	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO/ACIDO ACETILSAL	B01AC30
039814013	LEPTOPROL*1 IMPIANTO 3,6MG	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AH
039814052	LEPTOPROL*1 IMPIANTO 5MG	LEUPRORELINA ACETATO	L02AE02AG
039889136	GALNORA*28CPS 8MG RP	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CB
039889314	GALNORA*28CPS 16MG RP	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CD
039889504	GALNORA*28CPS 24MG RP	GALANTAMINA BROMIDRATO	N06DA04CE
039910171	ZEBINIX*30CPR 800MG	ESLICARBAZEPINA ACETATO	N03AF04CA
039943016	ELONVA*SC 1SIR 100MCG 0,5ML+AG	CORIFOLLITROPINA ALFA	G03GA09AA
039943028	ELONVA*SC 1SIR 150MCG 0,5ML+AG	CORIFOLLITROPINA ALFA	G03GA09AB
039949045	OLANZAPINA DOC*28CPR RIV 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
040014021	OCTREOTIDE LIM*10F 0,1MG/ML	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02BB
040014033	OCTREOTIDE LIM*10F 0,5MG/ML	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02BC
040014045	OCTREOTIDE LIM*FL 1MG 5ML	OCTREOTIDE ACETATO	H01CB02BD
040072011	BICALUTAMIDE SUN*28CPR RIV50MG	BICALUTAMIDE	L02BB03CA
040072035	BICALUTAMIDE SUN*28CPR RIV 150	BICALUTAMIDE	L02BB03CB
040078192	RISPERIDONE AURO*60CPR 1MG	RISPERIDONE	N05AX08CA
040078394	RISPERIDONE AURO*60CPR 3MG	RISPERIDONE	N05AX08CC
040085019	DONEPEZIL EG*28CPR RIV 5MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	N06DA02CA
040085045	DONEPEZIL EG*28CPR RIV 10MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	N06DA02CB
040089029	OLANZAPINA EG*28CPR RIV 2,5MG	OLANZAPINA	N05AH03CA
040107029	DAXAS*30CPR RIV 500MCG	ROFLUMILAST	R03DX07CA
040108033	PROLIA*SC 1SIR 60MG/ML	DENOSUMAB	M05BX04AA
040158014	NIVESTIM*SC EV 1SIR 12MU 0,2ML	FILGRASTIM	L03AA02BD
040158040	NIVESTIM*SC EV 1SIR 30MU 0,5ML	FILGRASTIM	L03AA02BA
040158077	NIVESTIM*SC EV 1SIR 48MU 0,5ML	FILGRASTIM	L03AA02BB
040261240	OLANZAPINA ACT*28CPR RIV 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
040402051	QUETIAPINA SAN*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CA
040433068	QUETIAPINA TE*60CPR 50MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CE
040433221	QUETIAPINA TE*60CPR 300MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CD
040470015	OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV2,5MG	OLANZAPINA	N05AH03CA
040470041	OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV 5MG	OLANZAPINA	N05AH03CB
040470128	OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
040470231	OLANZAPINA TEVA*28CPR ORO 5MG	OLANZAPINA	N05AH03CB
040470270	OLANZAPINA TEVA*28CPR ORO 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
040476032	PIOGLITAZONE MY*28CPR 15MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03CA
040476121	PIOGLITAZONE MY*28CPR 30MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03CB
040510152	QUETIAPINA TE*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CA
040546044	BRILIQUE*56CPR RIV 90MG	TICAGRELOR	B01AC24CA
040546083	BRILIQUE*56CPR RIV 60MG	TICAGRELOR	B01AC24CB
040546133	BRILIQUE*56CPR ORODISP 90MG	TICAGRELOR	B01AC24CA
040564054	OLANZAPINA ACT*28CPR OROD 5MG	OLANZAPINA	N05AH03CB
040616207	RISPERIDONE MY*60CPR RIV 4MG	RISPERIDONE	N05AX08CD
040669184	CLOPIDOGREL MY*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BROMIDRATO MONOIDRATO	B01AC04CA
040675035	PIOGLITAZONE SAN*28CPR 15MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03CA
040682027	QUETIAPINA DOC*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CA
040694022	PIOGLITAZONE ZEN*28CPR 15MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BG03CA
040761025	SYCREST*60CPR SUBLING 5MG	ASENAPINA MALEATO	N05AH05CA

040761052	SYCREST*60CPR SUBLING 10MG	ASENAPINA MALEATO	N05AH05CB
040968063	QUETIAPINA SANDOZ*60CPR 100MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CB
041024023	QUETIAPINA MY*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CA
041079056	LEFLUNOMIDE ZEN*30CPR 20MG FL	LEFLUNOMIDE	L04AA13CB
041088042	DONEPEZIL MY*28CPR OROD 5MG	DONEPEZIL CLORIDRATO MONOIDRATO	N06DA02CA
041088170	DONEPEZIL MY*28CPR OROD 10MG	DONEPEZIL CLORIDRATO MONOIDRATO	N06DA02CB
041180062	ADOPORT*30CPS 0,5MG	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CA
041180187	ADOPORT*60CPS 1MG	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CB
041180264	ADOPORT*30CPS 5MG	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CC
041195049	QUENTIAX*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA EMIFUMARATO	N05AH04CA
041195381	QUENTIAX*60CPR RIV 200MG	QUETIAPINA EMIFUMARATO	N05AH04CC
041225032	ELIQUIS*60CPR RIV 2,5MG	APIXABAN	B01AF02CB
041225095	ELIQUIS*60CPR RIV 5MG	APIXABAN	B01AF02CA
041225145	ELIQUIS 5MG 28CPR RIV	APIXABAN	B01AF02
041230107	LEFLUNOMIDE MY*30CPR RIV 20MG	LEFLUNOMIDE	L04AA13CB
041258029	RIVASTIGMINA ZENT*30CER 4,6MG	RIVASTIGMINA	N06DA03LA
041258068	RIVASTIGMINA ZENT*30CER 9,5MG	RIVASTIGMINA	N06DA03LB
041258132	RIVASTIGMINA ZENT*30CER13,3MG	RIVASTIGMINA	N06DA03LC
041260023	RIVASTIGMINA MY*30CER 4,6MG	RIVASTIGMINA	N06DA03LA
041276039	BYDUREON 2MG 4P S/CUT RP	EXENATIDE	A10BJ01
041276054	BYDUREON*SC 4PEN BCISE 2MG RP	EXENATIDE	A10BJ01AC
041339060	ZIPRASIDONE SAN*56CPS 20MG	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	N05AE04CA
041339161	ZIPRASIDONE SAN*56CPS 40MG	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	N05AE04CB
041339262	ZIPRASIDONE SAN*56CPS 60MG	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	N05AE04CC
041393012	IMUNOCARE*CR 5% 12BUST 250MG	IMIQUIMOD	D06BB10FA
041401035	TRAJENTA*28CPR RIV 5MG	LINAGLIPTIN	A10BH05CA
041503071	QUETIAPINA AHCL*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA EMIFUMARATO	N05AH04CA
041503246	QUETIAPINA AHCL*60CPR RIV100MG	QUETIAPINA EMIFUMARATO	N05AH04CB
041503386	QUETIAPINA AHCL*60CPR RIV200MG	QUETIAPINA EMIFUMARATO	N05AH04CC
041503525	QUETIAPINA AHCL*60CPR RIV300MG	QUETIAPINA EMIFUMARATO	N05AH04CD
041598018	OLANZAPINA ACC*28CPR RIV2,5MG	OLANZAPINA	N05AH03CA
041598057	OLANZAPINA ACC*28CPR RIV5MG	OLANZAPINA	N05AH03CB
041598133	OLANZAPINA ACC*28CPR RIV10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
041673043	NIMVASTID*56CPS 1,5MG	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	N06DA03CA
041673106	NIMVASTID*56CPS 3MG	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	N06DA03CB
041673169	NIMVASTID*56CPS 4,5MG	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	N06DA03CC
041673221	NIMVASTID*56CPS 6MG	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	N06DA03CD
041689023	KOMBOGLYZE*56CPR RIV2,5+850MG	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD10CA
041689086	KOMBOGLYZE*56CPR RIV2,5+1000MG	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD10CB
041924046	TIXTELLER*56CPR RIV 550MG	RIFAXIMINA	A07AA11CB
041966045	QUETIAPINA ACC*60CPR 200MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CC
041966096	QUETIAPINA ACC*60CPR 300MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CD
041966146	QUETIAPINA ACC*60CPR 400MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CF
041966223	QUETIAPINA ACC*60CPR 50MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CE
041966375	QUETIAPINA ACC*60CPR 150MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CG
042018010	TEGLUTIK*OS SOSP FL300ML5MG/ML	RILUZOLO	N07XX02EA
042203051	JENTADUETO*56CPR RIV2,5+850MG	METFORMINA CLORIDRATO/LINAGLIPTIN	A10BD11CB
042203190	JENTADUETO*56CPR RIV2,5+1000MG	METFORMINA CLORIDRATO/LINAGLIPTIN	A10BD11CC
042227013	ESMYA*28CPR 5MG	ULIPRISTAL ACETATO	G03XB02CA
042245047	MEMANTINA DOC*56CPR RIV 10MG	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01CA
042374076	SEVELAMER SA*180CPR 800MG FL	SEVELAMER CARBONATO	V03AE02CB
042441028	RISPERIDONE AURO*GTT 100ML	RISPERIDONE	N05AX08EB
042494070	FORXIGA*28CPR RIV 10MG	DAPAGLILOZIN PROPANEDILO MONOIDRATO	A10BK01CB
042557025	CLOPIDOGREL AUR*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
042581013	FYCOMPA*7CPR RIV 2MG	PERAMPANEL	N03AX22CA
042581037	FYCOMPA*28CPR RIV 4MG	PERAMPANEL	N03AX22CB

042581064	FYCOMPA*28CPR RIV 6MG	PERAMPANEL	N03AX22CC
042581090	FYCOMPA*28CPR RIV 8MG	PERAMPANEL	N03AX22CD
042581126	FYCOMPA*28CPR RIV 10MG	PERAMPANEL	N03AX22CE
042581153	FYCOMPA*28CPR RIV 12MG	PERAMPANEL	N03AX22CF
042581241	FYCOMPA*SOSP 340ML 1FL+2S+1AD	PERAMPANEL	N03AX22EA
042657015	LYXUMIA*1PEN 3ML 10MCG	LIXISENATIDE	A10BJ03AA
042657039	LYXUMIA*2PEN 3ML 20MCG	LIXISENATIDE	A10BJ03AB
042658029	TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100U/ML	INSULINA DEGLUDEC	A10AE06AA
042692032	PARACALCITOLLO SA*5F 1ML5MCG/ML	PARACALCITOLLO	H05BX02BA
042757068	MARIXINO 10MG 56CPR RIV	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01
042850014	CLOPIDOGREL ACT*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	B01AC04CA
042919011	LONQUEX*SC 1SIR 6MG 0,6ML+DISP	LIPEGFILGRASTIM	L03AA14AA
043029014	OVALEAP 300UI/0,5 1C 10AG	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043029026	OVALEAP 450UI/0,75 1C 10A	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043029038	OVALEAP*SC CART 900UI/1,5ML+20	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AH
043030030	INCRESYNC*28CPR RIV 12,5+30MG	ALOGLIPTIN BENZOATO/PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BD09CA
043030218	INCRESYNC*28CPR RIV 25+30MG	ALOGLIPTIN BENZOATO/PIOGLITAZONE CLORIDRATO	A10BD09CA
043040507	VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+850MG	ALOGLIPTIN BENZOATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD13CA
043045172	VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+1000MG	ALOGLIPTIN BENZOATO/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD13CB
043051034	VIPIDIA*28CPR RIV 6,25MG	ALOGLIPTIN BENZOATO	A10BH04CA
043051123	VIPIDIA*28CPR RIV 12,5MG	ALOGLIPTIN BENZOATO	A10BH04CB
043051212	VIPIDIA*28CPR RIV 25MG	ALOGLIPTIN BENZOATO	A10BH04CC
043057052	QUETIAPINA MY*60CPR 150MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	N05AH04CG
043128356	LEVODOPA CAR ENT TE*100MG+25+	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CA
043128483	LEVODOPA CAR ENT TE*125+31,25	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CF
043128610	LEVODOPA CAR ENT TE*150MG+37,5	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CC
043128875	LEVODOPA CAR ENT TE*200MG+50+	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CD
043145022	INVOKANA*30CPR RIV 100MG	CANAGLILOZIN EMIIDRATO	A10BK02CA
043145061	INVOKANA*30CPR RIV 300MG	CANAGLILOZIN EMIIDRATO	A10BK02CB
043146012	VALGANCICLOVIR MY*60CPR 450MG	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	J05AB14CA
043152038	CORBILTA*100CPR 50+12,5+200MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CB
043171053	MEMANTINA ACC*56CPR RIV 10MG	MEMANTINA CLORIDRATO	N06DX01CA
043192347	TOUJEO*SOLOS 3PEN 300U/ML1,5ML	INSULINA GLARGINE	A10AE04AD
043208038	XIGDUO*56CPR RIV 5MG+850MG	DAPAGLILOZIN PROPANEDIOLO MONOIDRATO/MET	A10BD15CA
043208091	XIGDUO*56CPR RIV 5MG+1000MG	DAPAGLILOZIN PROPANEDIOLO MONOIDRATO/MET	A10BD15CB
043220019	PLAVIX*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO	B01AC04CA
043275027	MERIOFERT*SC IM 5FL75UI+5SIR	MENOTROPINA	G03GA02AA
043275054	MERIOFERT*SC IM 5FL150UI+5SIR	MENOTROPINA	G03GA02AD
043335025	LATUDA*28CPR RIV 18,5MG	LURASIDONE CLORIDRATO	N05AE05CA
043335090	LATUDA*28CPR RIV 37MG	LURASIDONE CLORIDRATO	N05AE05CB
043335153	LATUDA*28CPR RIV 74MG	LURASIDONE CLORIDRATO	N05AE05CC
043361017	DEFEROXAMINA NORIDEM*10F 500MG	DEFEROXAMINA MESILATO	V03AC01BA
043364013	BEMFOLA 75UI/0,125MLPEN PR	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043364025	BEMFOLA 150UI/0,25MLPEN PR	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043364037	BEMFOLA 225UI/0,375MLPEN P	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043364049	BEMFOLA 300UI/0,50MLPEN PR	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043364052	BEMFOLA 450UI/0,75MLPEN PR	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE (Follitro	G03GA05
043364064	BEMFOLA*SC 5PEN 75UI/0,125ML+A	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AB
043364088	BEMFOLA*SC 5PEN 150UI/0,25ML+A	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AC
043364102	BEMFOLA*SC 5PEN 225UI/0,375ML+	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AI
043364126	BEMFOLA*SC 5PEN 300UI/0,50ML+A	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AF
043364140	BEMFOLA*SC 5PEN 450UI/0,75ML+A	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	G03GA05AG
043375029	VOKANAMET*60CPR 50+850MG FL	CANAGLILOZIN EMIIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD16CA
043375056	VOKANAMET*60CPR 50+1000MG FL	CANAGLILOZIN EMIIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD16CB
043375082	VOKANAMET*60CPR 150+850MG FL	CANAGLILOZIN EMIIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD16CA
043375118	VOKANAMET*60CPR 150+1000MG FL	CANAGLILOZIN EMIIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD16CB

043443047	JARDIANCE*28CPR RIV 25MG	EMPAGLIFLOZIN	A10BK03CA
043443136	JARDIANCE*28CPR RIV 10MG	EMPAGLIFLOZIN	A10BK03CB
043527011	PLEGRIDY*SC SIR 63MCG+SIR94MCG	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	L03AB13
043527023	PLEGRIDY*SC PEN 63MCG+PEN94MCG	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	L03AB13
043527035	PLEGRIDY*SC 2SIR 125MCG 0,5ML	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	L03AB13AA
043527050	PLEGRIDY*SC 2PEN 125MCG 0,5ML	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	L03AB13AA
043531019	ENVARUS*30CPR 0,75MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CE
043531058	ENVARUS*60CPR 1MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CB
043531072	ENVARUS*30CPR 4MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CF
043564020	VELPHORO*90CPR MAST 500MG FL	OSSIDROSSIDO SUCROFERRICO	V03AE05CA
043569019	LAMIVUDINA MY*28CPR RIV 100MG	LAMIVUDINA	J05AF05CA
043615057	ACCOFIL*1SIR 30MU 0,5ML+AGO	FILGRASTIM	L03AA02BA
043615119	ACCOFIL*1SIR 48MU 0,5ML+AGO	FILGRASTIM	L03AA02BB
043619030	XULTOPHY*5PEN 100U/ML+3,6MG/ML	INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE	A10AE56
043658032	ABASAGLAR*SC 5CART 100U/ML 3ML	INSULINA GLARGINE	A10AE04AA
043658121	ABASAGLAR*SC 5 KWIKPEN 100U/ML	INSULINA GLARGINE	A10AE04AA
043730011	ARIPIRAZOLO DOC*28CPR 5MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CA
043732039	ARIPIRAZOLO TE*28CPR ORO 10MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CB
043732155	ARIPIRAZOLO TE*28CPR ORO 15MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CC
043733043	ARIPIRAZOLO MY*28CPR ORO 10MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CB
043783024	TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML	DULAGLUTIDE	A10BJ05AA
043783075	TRULICITY*4PEN 1,5MG 0,5ML	DULAGLUTIDE	A10BJ05AB
043783125	TRULICITY SC 3MG 0,5 4PEN	DULAGLUTIDE	A10BJ05
043783152	TRULICITY SC 4,5MG 4PEN	DULAGLUTIDE	A10BJ05
043807039	CLOZAPINA ACC*28CPR 25MG	CLOZAPINA	N05AH02CA
043807130	CLOZAPINA ACC*28CPR 100MG	CLOZAPINA	N05AH02CB
043860028	COPEMYL*28SIR 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATO	L03AX13AA
044039028	ENOXAPARINA ROVI*6SIR 2000UI	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BA
044039079	ENOXAPARINA ROVI*6SIR 4000UI	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BB
044039358	ENOXAPAR.2000 20/0,2 6S RV	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05
044039408	ENOXAPAR.4000 40/0,4 6S RV	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05
044193086	LEVODOPA CAR ENT MY*100CPR75MG	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CE
044193163	LEVODOPA CAR ENT MY*100CPR125	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CF
044193288	LEVODOPA CAR ENT MY*100CPR200	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	N04BA03CD
044229045	SYNJARDY*56CPR RIV 5MG+850MG	EMPAGLIFLOZIN/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD20
044229134	SYNJARDY*56CPR RIV5MG+1000MG	EMPAGLIFLOZIN/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD20
044229223	SYNJARDY*56CPR RIV 12,5+850MG	EMPAGLIFLOZIN/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD20
044229312	SYNJARDY*56CPR RIV 12,5+1000MG	EMPAGLIFLOZIN/METFORMINA CLORIDRATO	A10BD20
044265027	ARIPIRAZOLO ZEN*28CPR 5MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CA
044269037	GHEMAXAN*10SIR 2000UI 0,2ML+S	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BA
044269064	GHEMAXAN*10SIR 4000UI 0,4ML+S	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BB
044285029	ARIPIRAZOLO MY*28CPR 5MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CA
044285056	ARIPIRAZOLO MY*28CPR 10MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CB
044285082	ARIPIRAZOLO MY*28CPR 15MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CC
044315051	LIXIANA*28CPR RIV 30MG	EDOXABAN TOSILATO	B01AF03CB
044315188	LIXIANA*28CPR RIV 60MG	EDOXABAN TOSILATO	B01AF03CC
044326015	CLOZAPINA DOC*28CPR 25MG	CLOZAPINA	N05AH02CA
044326027	CLOZAPINA DOC*28CPR 100MG	CLOZAPINA	N05AH02CB
044349037	CLOZAPINA TEVA*28CPR 25MG	CLOZAPINA	N05AH02CA
044349090	CLOZAPINA TEVA*28CPR 100MG	CLOZAPINA	N05AH02CB
044407183	ARIPIRAZOLO SAND*28CPR 10MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CB
044407310	ARIPIRAZOLO SAND*28CPR 15MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CC
044543080	ARIPIRAZOLO ACC*28CPR 10MG	ARIPIRAZOLO	N05AX12CB
044672044	IVABRADINA DOC*56CPR RIV 5MG	IVABRADINA CLORIDRATO	C01EB17CA
044698013	NUBRIVEO*14CPR RIV 10MG	BRIVARACETAM	N03AX23CA
044698064	NUBRIVEO*56CPR RIV 25MG	BRIVARACETAM	N03AX23CB

044698102	NUBRIVEO*56CPR RIV 50MG	BRIVARACETAM	N03AX23CC
044698140	NUBRIVEO*56CPR RIV 75MG	BRIVARACETAM	N03AX23CD
044698189	NUBRIVEO*56CPR RIV 100MG	BRIVARACETAM	N03AX23CE
044698215	NUBRIVEO*OS SOL 300ML 10MG/ML	BRIVARACETAM	N03AX23EA
044723017	DUOPLAVIN75/100MG 28C GPS	CLOPIDOGREL+ACIDO ACETILSALICILICO	B01AC30
044737017	ARIPIRAZOLO MY*OS 150ML1MG/ML	ARIPIRAZOLO	N05AX12EA
044905293	IVABRADINA MY*56CPR RIV 5MG	IVABRADINA OSSALATO	C01EB17CA
044924025	QTERN*28CPR RIV 5MG+10MG	SAXAGLIPTIN/DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOLO MONO	A10BD21
044932034	ONGENTYS*30CPS 50MG	OPICAPONE	N04BX04CB
045104027	INHIXA*10SIR 2000UI 0,2ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BA
045104041	INHIXA*10SIR 4000UI 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BB
045104128	INHIXA 2000UI 10S C/A0,2ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05
045104142	INHIXA 4000UI 10S C/A0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05
045104332	INHIXA*6SIR 2000UI 0,2ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BA
045104357	INHIXA*6SIR 4000UI 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	B01AB05BB
045182021	PARSABIV*6FL INIETT2,5MG 0,5ML	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	H05BX04BA
045182060	PARSABIV*6FL INIETT 5MG 1ML	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	H05BX04BB
045182108	PARSABIV*6FL INIETT 10MG 2ML	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	H05BX04BC
045183050	GLYXAMBI*30CPR RIV 10MG+5MG	EMPAGLIFLOZIN/LINAGLIPTIN	A10BD19CA
045183148	GLYXAMBI*30CPR RIV 25MG+5MG	EMPAGLIFLOZIN/LINAGLIPTIN	A10BD19CA
045196033	IVABRADINA KR*56CPR RIV 5MG	IVABRADINA CLORIDRATO	C01EB17CA
045226014	REKOVELLE 12 1CRT+3AG 0,36	FOLLITROPINA DELTA RICOMBINANTE	G03GA10
045226026	REKOVELLE 36 1CRT+6AG 1,08	FOLLITROPINA DELTA RICOMBINANTE	G03GA10
045226038	REKOVELLE 72 1CRT+9AG 2,16	FOLLITROPINA DELTA RICOMBINANTE	G03GA10
045226040	REKOVELLE*SC 1PEN 12MCG+3AGHI	FOLLITROPINA DELTA	G03GA10AA
045226053	REKOVELLE*SC 1PEN 36MCG+9AGHI	FOLLITROPINA DELTA	G03GA10AB
045226065	REKOVELLE*SC 1PEN 72MCG+15AGHI	FOLLITROPINA DELTA	G03GA10AC
045254012	SULIQUA*3PEN 100U/ML+50MCG/ML	INSULINA GLARGINE/LIXISENATIDE	A10AE54
045254036	SULIQUA*3PEN 100U/ML+33MCG/ML	INSULINA GLARGINE/LIXISENATIDE	A10AE54
045428036	IVABRADINA ACC*56CPR RIV 5MG	IVABRADINA CLORIDRATO	C01EB17CA
045490048	REAGILA*30CPS 1,5MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	N05AX15CA
045490149	REAGILA*30CPS 3MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	N05AX15CB
045490226	REAGILA*30CPS 4,5MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	N05AX15CC
045490303	REAGILA*30CPS 6MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	N05AX15CD
045492016	VELTASSA*OS POLV 30BUST 8,4G	PATIROMER CALCIO SORBITOLO	V03AE09DA
045492042	VELTASSA*OS POLV 30BUST 16,8G	PATIROMER CALCIO SORBITOLO	V03AE09DB
045567017	TESTAVAN*GEL 85,5G 56D 20MG/G	TESTOSTERONE	G03BA03FG
045597186	PRASUGREL TEVA*28CPR RIV 5MG	PRASUGREL BROMIDRATO	B01AC22CA
045597402	PRASUGREL TEVA*28CPR RIV 10MG	PRASUGREL BROMIDRATO	B01AC22CB
045673023	COPEMYLTRI*12SIR 40MG/ML 1ML	GLATIRAMER ACETATO	L03AX13AB
045965023	PIOGLITAZONE MET DOC*56CPR RIV	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD05CA
045969021	PALIPERIDONE KRKA*28CPR 3MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CA
045969058	PALIPERIDONE KRKA*28CPR 6MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CB
045969084	PALIPERIDONE KRKA*28CPR 9MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CC
046022012	CINACALCET TIL*28CPR RIV 30MG	CINACALCET CLORIDRATO	H05BX01CA
046022048	CINACALCET TIL*28CPR RIV 60MG	CINACALCET CLORIDRATO	H05BX01CB
046022075	CINACALCET TIL*28CPR RIV 90MG	CINACALCET CLORIDRATO	H05BX01CC
046028015	CLOZAPINA AUR*28CPR 25MG	CLOZAPINA	N05AH02CA
046036087	PALIPERIDONE TE*28CPR 9MG RP	PALIPERIDONE	N05AX13CC
046128029	OZEMPIC*1PEN 0,25MG/D+4AGHI	SEMAGLUTIDE	A10BJ06AA
046128031	OZEMPIC*1PEN 0,5MG/D+4AGHI	SEMAGLUTIDE	A10BJ06AB
046128056	OZEMPIC*1PEN 1MG/D+4AGHI	SEMAGLUTIDE	A10BJ06AC
046335028	LOKELMA*OS SOSP 30BUST 5G	SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO	V03AE10DA
046335042	LOKELMA*OS SOSP 30BUST 10G	SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO	V03AE10DB
046339026	STEGLATRO*28CPR RIV 5MG	ERTUGLIFLOZIN	A10BK04CA
046339089	STEGLATRO*28CPR RIV 15MG	ERTUGLIFLOZIN	A10BK04CB

046343113	SEGLUOMET*56CPR 2,5MG+1000MG	ERTUGLIFLOZIN PIROGLUTAMMATO/METFORMINA C	A10BD23
046343253	SEGLUOMET*56CPR 7,5MG+1000MG	ERTUGLIFLOZIN PIROGLUTAMMATO/METFORMINA C	A10BD23
046652044	DRONEDARONE ARI*60CPR 400MG	DRONEDARONE	C01BD07CA
046927036	RXULTI*10CPR RIV 1MG	BREXPIRAZOLO	N05AX16CC
046927051	RXULTI*28CPR RIV 2MG	BREXPIRAZOLO	N05AX16CD
046927063	RXULTI*28CPR RIV 3MG	BREXPIRAZOLO	N05AX16CE
046927075	RXULTI*28CPR RIV 4MG	BREXPIRAZOLO	N05AX16CF
047090016	PELGRAZ*SC 1SIR 6MG 0,6ML	PEGFILGRASTIM	L03AA13AA
047364017	ZIEXTENZO*SC 1SIR 0,6ML 6MG	PEGFILGRASTIM	L03AA13AA
047400015	PELMEG*SC 1SIR 0,6ML 6MG	PEGFILGRASTIM	L03AA13AA
047486016	FARPENTA*28CPR 2,5MG	OLANZAPINA	N05AH03CA
047486030	FARPENTA*28CPR 5MG	OLANZAPINA	N05AH03CB
047486067	FARPENTA*28CPR 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
047486117	FARPENTA*28CPR ORO 5MG	OLANZAPINA	N05AH03CB
047486131	FARPENTA*28CPR ORO 10MG	OLANZAPINA	N05AH03CC
047494036	INNOHEP*10SIR 8000UI/0,4ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BB
047494075	INNOHEP*10SIR 2500UI/0,25ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BC
047494087	INNOHEP*10SIR 3500UI/0,35ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BD
047494099	INNOHEP*10SIR 4500UI/0,45ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BE
047494125	INNOHEP*10SIR 10000UI/0,5ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BF
047494188	INNOHEP*10SIR 12000UI/0,6ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BG
047494240	INNOHEP*10SIR 14000UI/0,7ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BH
047494303	INNOHEP*10SIR 16000UI/0,8ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BI
047494366	INNOHEP*10SIR 18000UI/0,9ML	TINZAPARINA SODICA	B01AB10BJ
047885025	CONFEROPORT*30CPS 0,5MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CA
047885052	CONFEROPORT*60CPS 1MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CB
047885090	CONFEROPORT*30CPS 3MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CD
047885114	CONFEROPORT*30CPS 5MG RP	TACROLIMUS MONOIDRATO	L04AD02CC
048013015	PIOGLITAZONE MET ARI*56CPR RIV	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDR	A10BD05CA
048719025	RYBELSUS*30CPR 3MG	SEMAGLUTIDE	A10BJ06CA
048719052	RYBELSUS*30CPR 7MG	SEMAGLUTIDE	A10BJ06CB
048719088	RYBELSUS*30CPR 14MG	SEMAGLUTIDE	A10BJ06CC
700077492	COMTAN*100CPR RIV 200MG	ENTACAPONE	N04BX02CA