

Allegato 1 e parte integrante del 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

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A Nota 8	Si	Levocarnitina os		Cardiologia, Medicina interna, Nefrologia e Dialisi.	
A	Si	Clopidogrel		Cardiologia con o senza unità coronarica, Neurologia, Geriatria e Medicina Interna	
A	Si*	Prasugrel	Si	Cardiologia con emodinamica	*Obbligo di inviare con cadenza trimestrale al Servizio 7-Farmaceutica, copia del Piano terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga con raccomandazione di non utilizzo nei pazienti sottopeso, (≤ 60 Kg), di età maggiore di 75 anni, nei pazienti già in trattamento con dicumarolici, nei pazienti con documentata storia pregressa di ictus e/o pazienti con cirrosi epatica scompensata. La dispensazione deve avvenire esclusivamente da parte delle strutture prescrittrici. Per le case di cura private con emodinamica (ISCAS Morgagni di Ct e Villa Maria Eleonora di Pa) l'erogazione avverrà attraverso la farmacia territoriale di residenza del paziente.
A	Si*	Ivabradina	Si	Cardiologia	*La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro prescrittore.
A	Si*	Dronedarone	Si	Cardiologia, Medicina interna, Geriatria, Medicina d'urgenza con posti letto	*Obbligo di inviare con cadenza trimestrale, al Servizio 7-Farmaceutica, il Piano Terapeutico redatto dalla struttura pubblica che eroga o (se in convenzionata) che autorizza il Piano Terapeutico.
A	Si	Ranolazina	SI	Cardiologia	

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	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 Trasmfusionale e Malattie Infettive	* <u>Bambini e adulti sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo:</u> 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. Ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva è necessaria l'indicazione dei valori di emoglobina.
A Nota 15	Si	Albumina umana		Geriatria, Medicina Interna, Gastroenterologia e Chirurgia, Nefrologia.	
A	Si	Filgrastim Lenograstim	Si (Filgrastim Biosimilare)	Oncologia, Ematologia, Immunologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Pediatria e Malattie Infettive.	
A	Si	Peg-filgrastim		Oncologia ed Ematologia.	
H		Romiplostim	Si	Ematologia ed Oncoematologia 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		Eltrombopag	Si	Ematologia ed oncoematologia dell'A.O. Garibaldi di Catania, A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello di Palermo, A.O.U.P. G. Martino di Messina	Limitatamente ai pazienti dopo fallimento della terapia con romiplostim e con dispensazione diretta da parte dei centri individuati
A	Si*	1) Interferone alfa-2a ricombinante		<u>Per le epatiti B, C D:</u> Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna e Pediatria <u>Per le altre indicazioni:</u> 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.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
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*	Lamivudina		Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Interna, Oncologia ed Ematologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
H		Adalimumab Infliximab		<u>Limitatamente alle indicazioni riferite alla Malattia di Crohn e colite ulcerosa di cui alle relative schede tecniche: Gastroenterologia e Medicina Interna.</u>	
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.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
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	
A Nota 40	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 Nota 51	Si*	Buserelina Goserelina Leuprorelina Triptorelina		Urologia, Oncologia, Oncologia Chirurgica, Ostetricia, Ginecologia ed Endocrinologia <u>Leuprorelina e Triptorelina: pubertà precoce nei limiti di età previsti in scheda tecnica:</u>	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A	Si*	Gonadorelina		Endocrinologia, Urologia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia Centri di cui all'Allegato 3 del 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 Nota 74	Si*	Follitropina alfa da DNA ricomb Follitropina beta da DNA ricombinante Menotropina Urofollitropina Lutropina alfa		Endocrinologia, Urologia, Ostetricia e Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana Centri di cui all'Allegato 3 del 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.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
H A Nota 56	Si*	Imipenem+cilastatina Aztreonam Rifabutina Teicoplanina		Tutte le unità operative formalmente riconosciute.	<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata:</p> <p>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.</p> <p>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</p>
A Nota 79 H	Si*	Teriparatide* Ormone paratiroideo* Acido Zoledronico	Si	Esclusivamente Ortopedia e Geriatria delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie (teriparatide ed ormone paratiroideo) Ortopedia e geriatria (acido zoledronico)	*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.
A		Dabigatran	Si	Ortopedia	
A		Rivaroxaban	Si	Ortopedia	
A Nota 88	No*	Cortisonici per uso topico		Dermatologia, Allergologia, Malattie Infettive, Immunologia, Geriatria, Medicina Interna, Reumatologia e Pediatria	*Esclusivamente diagnosi

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A	Si	Imiquimod		Dermatologia, Oncologia	
H		Alitretinoina		Dermatologia Ospedaliere ed Universitarie	Raccomandazioni: sospendere il trattamento in caso di <ul style="list-style-type: none"> • Risposta adeguata • Persistenza della forma grave (dopo 12 settimane) • Risposta inadeguata dopo 24 settimane
A	Si*	Tretinoina		Oncologia, Ematologia, Medicina Interna e Pediatria	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Sevelamer		Nefrologia e Dialisi e Medicina Interna	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Mesna		Medicina Interna, Oncologia e Urologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Valganciclovir		Malattie Infettive e Centri Trapianto.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato
A		Adefovir/Dipivoxil		Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
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
H		Fosamprenavir		Malattie Infettive	
H		Nelfinavir		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina		Malattie Infettive	
H		Emtricitabina/ Tenofovir disoproxil		Malattie Infettive	
H		Abacavir/Lamivudina		Malattie Infettive.	
H		Tipranavir		Malattie Infettive	

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A		Voriconazolo*		Malattie Infettive e Oncoematologia	* Il farmaco deve essere somministrato principalmente a pazienti con infezioni a carattere progressivo che possono mettere in pericolo la vita del paziente stesso.
A		Ribavirina	Si	Epatologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive e Medicina Interna <u>Limitatamente alla confezione “1 flacone 100 ml” 40mg/ml e utilizzabile esclusivamente:</u> “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	
H		Lopinavir/ Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Atazanavir	Si	Malattie Infettive	
A		Entecavir	Si	Malattie Infettive, Gastroenterologia, Medicina Interna ed Epatologia	
A		Linezolid		Pneumologia Malattie infettive Medicina Interna laddove non presente l’U.O. Malattie Infettive	
H		Enfuvirtide		Malattie Infettive	*per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 3/11/04 e provvedimento specifico.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
H		Darunavir	Si	Malattie Infettive	
H		Ritonavir		Malattie Infettive	
H		Maraviroc	Si	Malattie Infettive	
H		Raltegravir	Si	Malattie Infettive	
H		Efavirenz/emtricitabina/ Tenofovir disoproxil	Si	Malattie Infettive	
H		Tenofovir/ disoproxil		Malattie Infettive <u>Limitatamente all'indicazione per il trattamento dell'epatite cronica B anche Epatologia, Gastroenterologia, Medicina Interna</u>	
H		Etravirina	Si	Malattie Infettive	
A	Si*	Tacrolimus Sirolimus Everolimus	Si	Nefrologia, Chirurgia, Gastroenterologia ed Epatologia e Medicina Interna. <u>Limitatamente alla forma topica di Tacrolimus: dermatologia</u> <u>Limitatamente all'Everolimus: Nefrologia, Chirurgia, Cardiologia e Medicina Interna</u>	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si * **	Complesso prot. umano Complesso prot. antiemofil. umano Desmopressina Fattore VII di coagul. naturale, Nonacog Alfa, Fattore VIII di coagul. nat. Morococog Alfa Octocog Alfa Fattore IX di coagul. Naturale Fattore di Von Willebrand- Fattore VIII		<u>Limitatamente al Fattore VIII:</u> 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. <u>Per tutti gli altri:</u> 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. **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.			

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
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*	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). <u>Limitatamente al trattamento dei pazienti con insufficienza renale terminale (in dialisi di mantenimento):</u> Nefrologia	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A		Deferasirox	Si	<u>Limitatamente ai pazienti affetti da talassemia:</u> Prescrizione e distribuzione da parte dei Centri di Talassemia facenti parte della rete regionale. <u>Limitatamente ai pazienti con altre anemie:</u> Ematologia	
A		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).	
H A H		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	Si	Paracalcitolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	Distribuzione diretta
A		Bicalutamide		Urologia, Oncologia	
H		Metilaminolevulinato		Dermatologia, Ematologia, Oncologia	
A	Si*	Buprenorfina/Naloxone	Si	Strutture del Dipartimento di Salute Mentale dei SERT.	*L'uso del farmaco è indicato in adulti e adolescenti di età superiore ai 15 anni che abbiano dato il proprio consenso al trattamento della loro situazione di tossicodipendenza.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
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> <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		Acido carglumico	Si	Eclusivamente i Centri di cui all'Allegato 7 del DDG 3176/08	
A		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	Cinacalcet		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia <u>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:</u> Endocrinologia	
A		Zinco acetato diidrato	Si	Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al D.A. 781/11, specializzati nel trattamento del Morbo di Wilson.	

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
A		Sapropterina cloridrato		Centri di Riferimento Regionale inseriti nella rete dei presidi per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare di cui al 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		Pilocarpina cloridrato		<u>Per la Sindrome di Sjogren:</u> Oculistica e Reumatologia	
A		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
H		Calcitriolo		Nefrologia e Dialisi ed Oncologia	
A		Tobramicina		Centri Regionali di Riferimento per la Fibrosi Cistica e Servizi di supporto abilitati alla certificazione ai sensi della L.548/93 e D.A. n.14633/95.	
A		Anagrelide	Si	Ematologia	* per le condizioni e modalità di impiego vedi determinazione AIFA 09/05/06 e provvedimento specifico.
H		Glutatione (solo "2500 mg/ml polv. e solv. per soluzione per infusione)		Oncologia.	
A		Miglustat	Si	U.O. di Ematologia A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia -Cervello" Centro di Riferimento Regionale per la cura ed il controllo delle malattie metaboliche congenite dell'Infanzia A.O.U. Policlinico di Catania Centri di riferimento regionali previsti dal D.A. 781/11.	
A		Telbivudina	Si	Medicina interna, Gastroenterologia, Epatologia e Malattie infettive	

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
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	Si*	Olanzapina* Quetiapina* Risperidone*	Si	Psichiatria e Neurologia Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri e neurologi dei SERT. <u>Compatibilmente con le indicazioni autorizzate e i limiti d'uso in relazione all'età di cui alla scheda tecnica di ogni singola molecola anche</u> 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		Utilizzo esclusivamente presso strutture specialistiche in regime ambulatoriale, secondo le modalità prevista nella scheda tecnica	
H		Risperidone (r.p. fiale)			
A	Si*	Aripiprazolo*		Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale e specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si	Levodopa/Carbidopa/Entacapone	Si	Neurologia e Geriatria IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Entacapone		Neurologia, Geriatria IRCSS Bonino Pulejo , Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. La prima confezione di avvio della terapia deve essere richiesta gratuitamente alla Ditta secondo il modello allegato al DIG n. 5552/05.
A	Si*	Tolcapone		Neurologia e Geriatria IRCCS Bomnino Pulejo, Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.

ALLEGATO 1

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
H		Levodopa/Carbidopa		Neurologia e Geriatria	
H		Apomorfina cloridrato		Neurologia	
A	Si	Ziprasidone cloridrato		Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	
A	Si	Paliperidone	Si	Neurologia e Psichiatria Dipartimento di Salute Mentale specialisti psichiatri e neurologi dei SERT.	
A	Si*	Modafinil		Neurologia e pneumologia IRCCS Bonino Pulejo, Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato.
A	Si*	Rasagilina	Si	Neurologia e Geriatria IRCCS “Bonino Pulejo” di Messina	* La durata del piano terapeutico che in ogni caso non potrà essere superiore a sei mesi è stabilita dal centro specializzato in relazione al follow up. Le prime due confezioni di avvio della terapia devono essere richieste gratuitamente alla Ditta secondo il modello allegato al presente decreto
A	Si	Cabergolina		Neurologia, Neuropsichiatria, Geriatria e Psichiatria IRCCS “Bonino Pulejo” di Messina.	
A	PT* BB e adolescenti	Fluoxetina		<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	Pergolide		Psichiatria, Neuropsichiatria, Geriatria e Neurologia.	
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*	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

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	AREE TERAPEUTICHE	NOTE AGGIUNTIVE
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*	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*	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*	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*	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	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*	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

CLASSE	P.T.	PRINCIPIO ATTIVO	M. INTENSIVO	CENTRI PRESCRITTORI	NOTE AGGIUNTIVE
A		Bosentan	Si	Az. Osp. Vitt. Emanuele Ferrarotto	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A		Ambrisentan	Si	Casa di Cura G.B. Morgagni Az. Osp. Civile M.P. Arezzo	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Epoprostenolo		Policlinico Az. Osp. Umberto I Az. Osp. Villa Sofia - Cervello	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	A.R.N.A.S. Garibaldi A.R.N.A.S. Civico	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
A		Sildenafil	Si	Fondazione San Raffaele Giglio Casa di Cura Musumeci Gecas S.r.l.	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA
H		Treprostinil	Si	A.O. Papardo-Piemonte	Prescrizione ed erogazione vincolata all'acclusione della copia del referto del cateterismo cardiaco effettuato per la diagnosi di IPA