



ALLEGATO A

FRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

XXV edizione: Aggiornamento 2021

Sigle e simboli utilizzati:

RMP = Prescrizione su richiesta motivata per singolo paziente (diagnosi, dosaggio e durata);

PT = Piano Terapeutico;

Reg.AIFA = Registro AIFA

M. ADDIZIONALE = Monitoraggio addizionale (sostituisce Monitoraggio Intensivo)

Nel presente PTOR le scelte effettuate vanno intese come riferite al principio attivo e alla via di somministrazione. La forma farmaceutica che compare nel testo è esemplificativa della via di somministrazione,

I dosaggi dei singoli principi attivi non sono specificati in quanto se ne demanda la scelta alle singole strutture locali in funzione delle esigenze specifiche.

Quando nel testo nel PTOR compare come annotazione regionale che "Si demanda all'Azienda la scelta..." si intende che la scelta potrà essere effettuata direttamente dall'Ente.

Regione: MARCHE												
PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO (PTO) REGIONALE												
Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
A01AB03	CLOREXIDINA GLUCONATO	COLLUTORIO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFIAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
A01AB09	MICONAZOLO NITRATO	GEL OS	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFIAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
A01AD11	FLURBIPROFENE	COLLUTORIO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFIAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
A02AD01	MAGNESIO IDROSSIDO/ALGEDRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
A02BA02	RANITIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 48	RR - RIPETIBILE							I
A02BA02	RANITIDINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 48	RR - RIPETIBILE							I
A02BB01	MISOPROSTOLO	COMPRESSE	A	NOTA 1	RNR - NON RIPETIBILE							I
A02BC02	PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA PER GLI IPP. CATEGORIA OMOGENEA DELLA GARA REGIONALE PER LA FORMULAZIONE INIETTABILE. LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. LA FORMA EV È DA RISERVARE AI CASI DI IMPOSSIBILITÀ DI USO DELLA VIA ORALE. SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE. LA RMP POTRA' CONSENTIRE L'USO DI PRINCIPI ATTIVI NON INCLUSI NEL PTOR PER ESIGENZE PARTICOLARI					II
A02BX02	SUCRALFATO	MARMELLATA/GEL OS	A		RR - RIPETIBILE							I
A03AA06	ROCIVERINA	CONFETTI	C		RR - RIPETIBILE		A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO.					I
A03AA06	ROCIVERINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO.					I
A03AB18	PRIFINIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A03AD01	PAPAVERINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A03AX12	FLOROGLUCINOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		IN GRAVIDANZA ED ALLATTAMENTO.					I
A03AX12	FLOROGLUCINOLO/MEGLUCINOLO	COMPRESSE, SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE		IN GRAVIDANZA ED ALLATTAMENTO.					I
A03AX13	DIMETICONE	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A03BA01	ATROPINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A03BB01	SCOPOLAMINA BUTILBROMURO	COMPRESSE RIVESTITE	C		OTC - LIBERA VENDITA		A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO.					I
A03BB01	SCOPOLAMINA BUTILBROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO.					I
A03BB01	SCOPOLAMINA BUTILBROMURO	SUPPOSTE	C		OTC - LIBERA VENDITA		A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO.					I
A03FA01	METOCLOPRAMIDE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
A03FA01	METOCLOPRAMIDE CLORIDRATO	SCIROPPO	C		RR - RIPETIBILE							I
A03FA03	DOMPERIDONE	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
A03FA03	DOMPERIDONE	SOSPENSIONE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
A03FA05	ALIZAPRIDE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
A04AA01	ONDANSETRONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		CATEGORIA OMOGENEA DELLA GARA REGIONALE, LA SCELTA VERTE QUINDI SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. PER ESIGENZE PARTICOLARI CHE RICHIEDONO MOLECOLE ALTERNATIVE DELLA STESSA CLASSE UTILIZZARE LA RM.					I
A04AA01	ONDANSETRONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE/ORODISPERSIBILI E SCIROPPO	A		RR - RIPETIBILE		CATEGORIA OMOGENEA DELLA GARA REGIONALE, LA SCELTA VERTE QUINDI SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. PER ESIGENZE PARTICOLARI CHE RICHIEDONO MOLECOLE ALTERNATIVE DELLA STESSA CLASSE UTILIZZARE LA RM.					I
A04AA02	GRANISETRON	CEROTTI TRANSDERMICI	A		RR - RIPETIBILE		SOLO NEL VOMITO DA TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI ALTAMENTE O MODERTAMENTE EMETOGENI, QUALORA LA VIA ORALE NON POSSA ESSERE UTILIZZATA E IN CASO DI MALASSORBIMENTO					IX
A04AA05	PALONOSETRON CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SOLO NEL VOMITO DA TRATTAMENTI ALTAMENTE O MODERTAMENTE EMETIZZANTI IN ACCORDO CON LE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI, LIMITANDO L'IMPIEGO AI CASI NON ADEGUATAMENTE CONTROLLATI DA ALTERNATIVE ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSE					III
A04AA55	NETUPITANT/ PALONOSETRON	CAPSULA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			XII
A04AD	TIETILPERAZINA DIMALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
A04AD12	FOSAPREPITANT DIMEGLUMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			VII
A05AA02	ACIDO URSODESOSSICOLICO	CAPSULE	A	NOTA 2	RR - RIPETIBILE							I
A05AA04	ACIDO OBETICOLICO	COMPRESSE	H		RRL - LIMITATIVA	PT						XVII
A06AB06	SENNA FOGLIA (GLUCOSIDI PURI)	COMPRESSE RIVESTITE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A06AB08	SODIO PICOSOLFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A06AD11	LATTULOSIO	SCIROPPO	A	NOTA 59	RR - RIPETIBILE							I
A06AD12	LATTITOLO	POLVERE OS	A	NOTA 59	RR - RIPETIBILE							I
A06AD17	SODIO FOSFATO MONOBASICO/SODIO FOSFATO BIBASICO	POLVERE OS	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
A06AD65	MACROGOL 3350/SODIO BICARBONATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO	POLVERE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
A06AD65	MACROGOL 4000/SODIO SOLFATO ANIDRO/SODIO BICARBONATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/DIMETICONE	POLVERE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
A06AG01	SODIO FOSFATO MONOBASICO/SODIO FOSFATO BIBASICO	CLISMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A06AG20	GLICEROLO/CAMOMILLA/MALVA	CLISMA	C		SOP - NON RICHIESTA							I
A06AH01	METILNALTREXONE BROMURO	INIETTABILE	A	NOTA 90	RR - RIPETIBILE				SI			I
A06AH03	NALOXEGOL	ORALE	A	NOTA 90	RR - RIPETIBILE							XVI
A06AH05	NALDEMEDINA TOSILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	NOTA 90						XXIV
A06AX01	GLICEROLO	SUPPOSTE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
A07AA02	NISTATINA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE IN BASE AGLI STUDI SCIENTIFICI DISPONIBILI, LE INDICAZIONI ED IL COSTO.					I
A07AA06	PAROMOMICINA SOLFATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE.					I
A07AA06	PAROMOMICINA SOLFATO	SCIROPPO	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE.					I
A07AA09	VANCOMICINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
A07AA11	RIFAXIMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE.					I
A07AA11	RIFAXIMINA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
A07AA11	RIFAXIMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							XIV
A07BA01	CARBONE ATTIVO	SOSPENSIONE OS	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A07DA03	LOPERAMIDE CLORIDRATO	COMPRESSE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
A07EA06	BUDESONIDE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
A07EC02	MESALAZINA	CLISMA	A		RR - RIPETIBILE							I
A07EC02	MESALAZINA	COMPRESSE GASTRORESISTENTI E A RILASCIO MODIFICATO	A		RR - RIPETIBILE							I/XX
A07EC02	MESALAZINA	SCHIUMA RETTALE	A		RR - RIPETIBILE							I
A07FA	BACILLUS CLAUSII	SOSPENSIONE OS	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DI RIFERIMENTO NELLA CLASSE DEI MICROORGANISMI ANTIDIARROICI. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE DI UN PRODOTTO A SCELTA DELL'AZIENDA					I
A07XA04	RACECADOTRIL	GRANULATO	C		RR - RIPETIBILE		TRATTAMENTO SINTOMATICO COMPLEMENTARE DELLA DIARREA ACUTA NEI NEONATI (DI ETÀ SUPERIORE A 3 MESI) E NEI BAMBINI IN CONCOMITANZA CON LA REIDRATAZIONE ORALE E I CONSUETI RIMEDI COADIUVANTI, QUALORA SI RIVELINO DA SOLI INSUFFICIENTI.					I
A09AA02	PANCRELIPASI	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I/XXIII
A10AB04	INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLE INSULINE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE. DI SEGUITO SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLANTE DI UNA INSULINA PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA CLASSE DELLE INSULINE.					III
A10AB04	INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLE INSULINE AD AZIONE RAPIDA (A10AB) SULLA BASE DEL COSTO DI ACQUISTO DERIVANTE DALL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE					XVII/XXIV
A10AB05	INSULINA ASPART	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE INSULINE AD AZIONE RAPIDA (A10AB) SULLA BASE DEL COSTO DI ACQUISTO DERIVANTE DALL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE					XII/XVIII
A10AE04	INSULINA GLARGINE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE INSULINE AD AZIONE RITARDATA (A10AE) SULLA BASE DEL COSTO DI ACQUISTO DERIVANTE DALL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE					XII
A10AE04	INSULINA GLARGINE (CONCENTRATA)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	L'UTILIZZO DEVE ESSERE EFFETTUATO ESCLUSIVAMENTE CON APPOSITO DEVICE						XV
A10AE06	INSULINA DEGLUDEC	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			VI
A10AE54	INSULINA GLARGINE E LIXISENATIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XVIII
A10AE56	INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA			SI			XVII
A10BA02	METFORMINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
A10BB01	GLIBENCLAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
A10BB09	GLICLAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
A10BB12	GLIMEPIRIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
A10BD02	GLIBENCLAMIDE/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA.					I
A10BD02	GLIBENCLAMIDE/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
A10BD07	SITAGLIPTIN/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	PT	LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA POSSIBILITA' DI SCEGLIERE SOLO UN DPP4 IN ASSOCIAZIONE CON METFORMINA.		SI			I
A10BD08	VILDAGLIPTIN/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	PT	LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA POSSIBILITA' DI SCEGLIERE SOLO UN DPP4 IN ASSOCIAZIONE CON METFORMINA.		SI			I
A10BD09	ALOGLIPTIN/ PIOGLITAZONE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			VI
A10BD15	DAPAGLIFLOZIN/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BD16	CANAGLIFLOZIN/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BD19	EMPAGLIFLOZIN/LINAGLIPTIN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					PT CARTACEO ALLEGATO ALL G.U.		XXI
A10BD20	EMPAGLIFLOZIN/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			XII
A10BD23	ERTUGLIFLOZIN /METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT CARTACEO DA G.U.						XXII
A10BF01	ACARBOSIO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							II
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	RMP e Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
A10BH01	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	PT			SI			II
A10BH02	VILDAGLIPTIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	PT			SI			II
A10BH03	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
A10BH05	LINAGLIPTIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BJ01	SAXAGLIPTIN/DAPAGLIFLOZIN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					PT CARTACEO DA G.U.		XXI
A10BKJ05	Dulaglutide	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL					PT CARTACEO DA G.U.		XXIV
A10BJ06	SEMAGLUTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT CARTACEO DA G.U.				PT CARTACEO DA G.U.		XX/XXIV
A10BK04	ERTUGLIFLOZIN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT CARTACEO DA G.U.						XXII
A10BX02	REPAGLINIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
A10BX04	EXENATIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	PT			SI			I
A10BX07	LIRAGLUTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
A10BX09	DAPAGLIFLOZIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BX10	LIXISENATIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BX11	CANAGLIFLOZIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BX12	EMPAGLIFLOZIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A10BX14	DULAGLUTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	S		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XII
A11BA	COMPLESSO VITAMINICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPED. IN DEFINIZIONE							I
A11CA01	RETINOLO PALMITATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE							I
A11CC04	CALCITRIOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
A11CC05	COLECALCIFEROLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
A11CC06	CALCIFEDIOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
A11DA01	TIAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A11DB	COCARBOSSILASI/PIRIDOSSINA/IDROSICOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A11GA01	ACIDO ASCORBICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A11HA02	PIRIDOSSINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A11HA02	PIRIDOSSINA CLORIDRATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	C		SOP - NON RICHIESTA							I
A11HA03	TOCOFEROLO ACETATO ALFA	COMPRESSE RIVESTITE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
A11HA30	DEXPANTENOLO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A11JA	CIANOCOBALAMINA/ACIDO FOLICO/NICOTINAMIDE/ACIDO ASCORBICO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE DI UN PRODOTTO A SCELTA DELLE AZIENDE PER GLI STATI CARENZIALI PRINCIPALMENTE DI-VITAMINA B12 E FOLATI.					I
A12AA03	CALCIO GLUCONATO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A12AA20	CALCIO LATTOGLUCONATO/CALCIO CARBONATO	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
A12AX	CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROLO	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
A12BA01	POTASSIO CLORURO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE							I
A12CC08	MAGNESIO PIDOLATO	FLACONCINI OS	C		OTC - LIBERA VENDITA		IN GRAVIDANZA IN CASI DI EFFETTIVA NECESSITA.					I
A16AA01	LEVOCARNITINA	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		LIMITATAMENTE ALL INDICAZIONE CARENZA DOCUMENTATA DI CARNITINA PRIMARIA O SECONDARIA (A TRATTAMENTO-DIALITICO).					I
A16AB03	AGALSIDASI ALFA	INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE.		SI			I
A16AB04	AGALSIDASI BETA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE.		SI			I
A16AB07	ALGLUCOSIDASI ACIDA UMANA RICOMBINANTE	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE.		SI			I
A16AB15	VELMANASE ALFA	polvere per soluzione per infusione	H		RNRL					REG. AIFA		XXIV
A16AX	MIGALASTAT*	ORALE	A-PHT		RRL - RIPETIBILE LIMITATIVA		RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE.		SI			XVI
A16AX06	MIGLUSTAT	ORALE	H		RR - RIPETIBILE		RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
A16AX08	Teduglutide, analogo del peptide glucagone-simile 2 (GLP-2)	INIETTABILE	H		RRL					PT AIFA		XXIV
A16AX09	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	ORAL	A-PHT		RNRL				SI			XX
A16AX10	ELIGLUSTAT	ORALE	A-PHT		RRL	LA PRESCRIZIONE E'SOGGETTA A PT						XVIII
A16AX16	Givosiran	INIETTABILE	H		RRL					REG. AIFA		XXIV
B01AA03	WARFARIN SODICO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AA07	ACENOCUMAROLO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AB01	EPARINA CALCICA	INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					I
B01AB01	EPARINA SODICA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					I
B01AB01	EPARINA SODICA	INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					I
B01AB02	ANTITROMBINA III UMANA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AB04	DALTEPARINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					I
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					I/XVIII

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B01AB06	NADROPARINA CALCICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					III
B01AB07	PARNAPARINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					I
B01AB12	BEMIPARINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione).					IX
B01AC04	CLOPIDOGREL SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AC05	TICLOPIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
B01AC06	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AC06	ACIDO ACETILSALICILICO/MAGNESIO IDROSSIDO/ALGELDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	CAPSULE	C		RR - RIPETIBILE							I
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AC09	EPOPROSTENOLO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AC09	EPOPROSTENOLO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	FIALE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
B01AC13	ABCIXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AC16	EPTIFIBATIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AC17	TIROFIBAN CLORIDRATO MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AC21	TREPROSTINIL SODIO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			I
B01AC22	PRASUGREL	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT	NEL RISPETTO DEL PT E TENENDO PRESENTE CHE SONO DA ESCLUDERE PAZIENTI > A 75 ANNI, CON PESO < 60 KG O CON PREGRESSO ICTUS O TIA		SI			II
B01AC24	TICAGRELOR	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT	NEL RISPETTO DEL PT E TENENDO PRESENTE CHE L' EFFICACIA MAGGIORE, CLINICAMENTE RILEVANTE, VS CLOPIDOGREL E' DIMOSTRATA SOLO IN PZ CON IMPIANTO DI STENT, DIABETICI O CON MAGGIORE COMPLESSITA' DELLA LESIONE TRATTATA, MENTRE PER IL 60 MG SI RIPORTA ALL'INDICAZIONE RIPORTATA IN RCP		SI			III/XVI
B01AC25	CANGREOLOR	Polvere per concentrato per soluzione per iniezione/infusione.	H		OSP - USO OSPEDALIERO							XIX

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B01AC27	SELEXIPAG	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RRL					PT AIFA CARTACEO		XVIII
B01AD02	ALTEPLASI	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AD04	UROCHINASI	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AD10	DROTRECOGIN ALFA ATTIVATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
B01AD11	TENECTEPLASE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AD12	PROTEINA C UMANA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AE03	ARGATROBAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							II
B01AE06	BIVALIRUDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	CAPSULE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR		I/VIII
B01AF01	RIVAROXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - RIPETIBILE RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	PT-SMR		I/XXIV
B01AF02	APIXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR (G.U. N.300 DEL 23/12/13)		III
B01AF02	APIXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR (G.U. N.118 DEL 23/05/15)		IX
B01AF03	EDOXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR (G.U. N198 DEL 25/08/16)		XIII
B01AX05	FONDAPARINUX SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO DI APPROPRIATEZZA CRAT.					I
B01AX07	CAPLACIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							XXII
B02AA02	ACIDO TRANEXAMICO	FIACLE, CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
B02AB	GABEXATO MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		ESCLUSIVAMENTE NEL TRATTAMENTO DELLA PANCREATITE ACUTA.					I
B02AB02	ALFA 1 ANTITRIPSINA UMANA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		PER LA TERAPIA SOSTITUTIVA CRONICA IN SOGGETTI CON CARENZA CONGENITA DI ALFA 1 ANTITRIPSINA CON ENFISEMA-PANACINARE CLINICAMENTE DIAGNOSTICABILE.					I
B02BA01	FITOMENADIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
B02BC	PROTEINA COAGULABILE UMANA/TROMBINA UMANA/CALCIO CLORURO	SOLUZIONE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B02BC30	PROTEINE PLASMATICHE UMANE COAGULABILI/FATTORE XIII/PLASMINOGENO/APROTIMINA/P ROTEINE/CALCIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B02BC30	FIBRINOGENO UMANO/TROMBINA UMANA	MATRICE SIGILLANTE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							XI
B02BD	COMPLESSO PROTROMBINICO UMANO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B02BD01	FATTORE II, VII, IX E X UMANO, PROTEINA C, PROTEINA S	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				II
B02BD02	DAMOCTOCOG ALFA PEGOL	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT						XXIII
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO DA INGEGNERIA GENETICA*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali				I
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
I01	EFMOROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE			SI			XVI
B02BD02	LONOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE			SI			XVII
B02BD02	TUROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			VII/XXIV
B02BD02	SIMOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XV
B02BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XV
B02BD02	RURIOCTOCOG ALFA PEGOL (FATTORE VIII DELLA COAGULAZIONE RICOMBINANTE PEGILATO)	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XXII
B02BD03	COMPLESSO PROTROMBINICO ANTIEMOFILICO UMANO ATTIVATO	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
B02BD04	FATTORE IX DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I/XXVIII
B02BD04	ALBUTREPENONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE)	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XVI
B02BD04	EFTRENONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RRL - RIPETIBILE LIMITATIVA	PT REGIONALE			SI			XVI

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B02BD05	FATTORE VII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO*	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
B02BD08	EPTACOG ALFA ATTIVATO (FATTORE VII DI COAGULAZIONE DA DNA RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
B02BD09	NONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
B02BD10	FATTORE DI VON WILLEBRAND	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							II
B02BD11	CATRIDECACOG (FATTORE XIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			VII
B02BD14	SUSOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			XVI
B02BX04	ROMIPLOSTIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I/XVII
B02BX05	ELTROMBOPAG OLAMINA	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II/XVIII
B02BX06	EMICIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL				SI	REG. AIFA		XX/XXIII
B02BX07	Lusutrombopag	COMPRESSE	H		RNRL							XIV
B02BX08	Avatrombopag	COMPRESSE	H		RNRL							XXIV
B02BX09	Fostamatinib	COMPRESSE	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XXIV
B03AA03	FERROSO GLUCONATO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A	NOTA 76	RR - RIPETIBILE							I
B03AA07	FERROSO SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
B03AB	FERROMALTOSO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 76	RR - RIPETIBILE							I
B03AB	SODIO FERRIGLUCONATO	FLACONCINI/FIALOIDI	H		RR - RIPETIBILE							I
B03AC	CARBOSSIMALTOSIO FERRICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							VI
B03AX01	ERITROPOETINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL	PT		piano terapeutico regionale, il clinico deve allegare il risultato dell'epo endogena per una verifica oggettiva dell'indicazioneTrattamento dell'anemia sintomatica				XX
B03BA01	CIANOCOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
B03BB01	ACIDO FOLICO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
B03XA01	EPOETINA TETA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE.					II

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B03XA01	EPOETINA BETA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE.					I
B03XA01	EPOETINA ALFA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE.					I
B03XA01	EPOETINA ZETA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE.					I
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE.					I
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE.					I
B05AA01	ALBUMINA UMANA SOLUZIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 15	RR - RIPETIBILE	RMP	DOCUMENTO REGIONALE DI APPROPRIATEZZA E RICHIESTA MOTIVATA SPECIFICA PER L'ALBUMINA.					I
B05AA06	LISATO DI GELATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI TRA LE SPECIALITÀ A BASE DI DERIVATI DELLA GELATINA ATC B05AA06.					I
B05AA07	ETAMIDO/SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI TRA LE SPECIALITÀ A BASE DI-DROSSIETILAMIDO ATC B05AA07.					I
B05BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		NELL'INSUFFICIENZA EPATICA GRAVE.					I
B05BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B05BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B05BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SOLI AMINOACIDI RAMIFICATI. NELL'ENCEFALOPATIA EPATICA E COME INTEGRAZIONE DI SOLUZIONI AMINOACIDICHE-CONVENZIONALI IN STATI POST TRAUMATICI CHIRURGICI E NON.					I
B05BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		TRATTAMENTO NUTRIZIONALE NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE ACUTA O CRONICA O IN CAPD (DIALISI PERITONEALE AMBULATORIALE CONTINUA).					I
B05BA02	OLIO DI SOIA/LECITINA D UOVO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER IL CODICE ATC B05BA02, SCEGLIERE 1-2 MISCELE.					I
B05BA03	GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B05BA10	ASSOCIAZIONI DI SOSTANZE PER LA NUTRIZIONE PARENTERALE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE FORMULAZIONI ADEGUATE A SODDISFARE LE NECESSITA' TERAPEUTICHE. (ES. CONCENTRAZIONI NUTRIENTI, OSMOLARITA', PRESENZA/ASSENZA DI ELETTROLITI E LORO CONCENTRAZIONE, PRESENZA/ASSENZA DI LIPIDI E/O DI AMMINOACIDI ECC.)					IV
B05BB01	SODIO BICARBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB01	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB01	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/CALCIO CLORURO/SODIO ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB01	SODIO CLORURO/SODIO ACETATO/SODIO GLUCONATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB01	ACIDO LATTICO/SODIO IDROSSIDO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/CALCIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB02	SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOidrato	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB02	SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOidrato	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB02	SODIO CLORURO/POTASSIO ACETATO/MAGNESIO ACETATO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOidrato	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BB02	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO ACETATO/SODIO ACETATO/SODIO GLUCONATO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOidrato	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B05BB03	TROMETAMOLO/ACIDO ACETICO GLACIALE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRNL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
B05BC	GLICEROLO/SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05BC01	MANNITOLE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05CB01	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
B05CX10	GLICINA/MANNITOLE	SOLUZIONE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA	POTASSIO ASPARTATO	FIALE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA01	POTASSIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B05XA02	SODIO BICARBONATO/SODIO EDETATO BIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA03	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B05XA05	MAGNESIO SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA06	POTASSIO FOSFATO MONOBASICO/POTASSIO FOSFATO BIBASICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA07	CALCIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA08	SODIO ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA16	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO ESAIDRATO/CALCIO CLORURO BIIDRATO/SODIO BICARBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA30	CALCIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA30	ZINCO/RAME/MANGANESE/SELENIO/ FERRO/IODIO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI CON ELEMENTI TRACCIA (OLIGOELEMENTI)-PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL ADULTO.					I
B05XA30	SODIO LATTATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/SODIO FOSFATO MONOBASICO MONOIDRATO/SODIO FOSFATO BIBASICO DODECAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
B05XA30	FERRO/ZINCO/MANGANESE/RAME/ CROMO/SELENIO/MOLIBDENO/FLUORO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI CON ELEMENTI TRACCIA (OLIGOELEMENTI)-PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL ADULTO.					I
B05XC	RETINOLO PALMITATO/ERGOCALCIFEROLO/TOCOFEROLO ALFA/FITOMENADIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
B05XC	TIAMINA MONONITRATO/RIBOFLAVINA/SODIO FOSFATO/NICOTINAMIDE/PIRIDOSSINA CLORIDRATO/ACIDO PANTOTENICO/ACIDO ASCORBICO/BIOTINA/ACIDO FOLICO/CIANOCOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B06AC01	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	PT AIFA DEDICATO VALIDO 12MESI	1° PR.CENT.SPEC.,ESPER.ANGIOEDEMA	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			VI
B06AC02	ICATIBANT ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE	RMP	NELLA TERAPIA SINTOMATICA DEGLI ATTACCHI ACUTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (AEE) NEGLI ADULTI, ADOLESCENTI E BAMBINI (CON CARENZA DI INIBITORE ESTERASI C1), RICHIESTA MOTIVATA DEL CENTRO REGIONALE AUTORIZZATO.		SI			II /XX
B06AC05	LANADELUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT						XXIII/XXIV
C01AA05	DIGOSSINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01AA05	DIGOSSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01AA08	METILDIGOSSINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01AA08	METILDIGOSSINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
C01BA	DIIDROCHINIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01BA02	PROCAINAMIDE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01BC04	FLECAINIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01BC04	FLECAINIDE ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01BD01	AMIODARONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01BD01	AMIODARONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01BD05	IBUTILIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01CA01	ETILEFRINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE							I
C01CA01	ETILEFRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C01CA02	ISOPRENALINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C01CA03	NORADRENALINA TARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01CA04	DOPAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01CA07	DOBUTAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01CA17	MIDODRINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
C01CA17	MIDODRINA CLORIDRATO	SOSPENSIONE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
C01CA19	FENOLDOPAM MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01CA24	ADRENALINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01CA24	ADRENALINA STABILIZZATA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE							I
C01CA26	EFEDRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C01CE03	ENOXIMONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
C01CX08	LEVOSIMENDAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01DA02	NITROGLICERINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							I
C01DA02	NITROGLICERINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01DA02	NITROGLICERINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							I
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01EA01	ALPROSTADIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01EA01	ALPROSTADIL ALFACILOCLESTRINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01EB07	FRUTTOSIO DIFOSFATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C01EB10	ADENOSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C01EB16	IBUPROFENE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		TRATTAMENTO DEL DOTTO ARTERIOSO PERVIO EMODINAMICAMENTE SIGNIFICATIVO NEI NEONATI PRETERMINE DI ETÀ-GESTAZIONALE INFERIORE ALLE 34 SETTIMANE.		SI			I
C01EB17	IVABRADINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C01EB18	RANOLAZINA	COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO	A-PHT		RR - RIPETIBILE							X
C01EB19	ICATIBANT ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE				SI			I
C01EB21	REGADENOSON	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							VI
C02AC01	CLONIDINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							I
C02AC01	CLONIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C02AC01	CLONIDINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C02CA04	DOXAZOSIN MESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C02CA06	URAPIDIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C02DC01	MINOXIDIL	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE	RMP						I
C02DD01	SODIO NITROPRUSSATO ANIDRO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C02KX01	BOSENTAN MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LIMITATO A PAZIENTI NON RESPONDERS AL TEST DI VASOREATTIVITÀ POLMONARE, CHE NON HANNO UN ADEGUATO-CONTROLLO CON SILDENAFIL 20MGX3 O 40MGX3.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			II
C02KX02	AMBRISENTAN	COMPRESSE RIVESTITE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LIMITATO A PAZIENTI NON RESPONDERS AL TEST DI VASOREATTIVITÀ POLMONARE, CHE NON HANNO UN ADEGUATO-CONTROLLO CON SILDENAFIL 20MGX3 O 40MGX3. REGISTRO AIFA	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI	REG. AIFA		I
C02KX04	MACITENTAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			VI

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
C02KX05	RIOCIGUAT	COMPRESSE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					SMR (G.U. N. 49 DEL 28/02/15), SMR (G.U. N.204 DEL 01/09/16)		VIII/XIII
C03AA03	IDROCLOROTIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DIURETICO TIAZIDICO (OBBLIGATORIA-IDROCLOROTIAZIDE O ALTRO DIURETICO TIAZIDICO).					I
C03BA08	METOLAZONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	RMP						I
C03BA11	INDAPAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DIURETICO AD AZIONE MINORE NON TIAZIDICO (NON OBBLIGATORIO CATEGORIA C03B INDAPAMIDE, CLORTALIDONE ECC.)					I
C03CA01	FUROSEMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03CA01	FUROSEMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03CA04	TORASEMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03CC01	ACIDO ETACRINICO SALE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C03DA01	SPIRONOLATTONE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03DA02	POTASSIO CANRENOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C03DA03	CANRENONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03EA01	AMILORIDE CLORIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03EA14	POTASSIO CANRENOATO/BUTIZIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03EB01	FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
C03XA01	TOLVAPTAN	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: END NEF ONC			SI	REG. AIFA		XVII/XXIII
C04AD03	PENTOXIFILLINA	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
C04AD03	PENTOXIFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C05AA01	IDROCORTISONE/BENZOCAINA/EPARINA SODICA	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE C05A.					I
C05AA10	FLUOCINOLONE ACETONIDE/KETOCAINA CLORIDRATO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE C05A.					I
C05BA01	SULFOPOLIGLICANO	CREMA	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLA SPECIALITA' PIU' CONVENIENTE TRA QUELLE CON PARI INDICAZIONI D'USO ANCHE SE APPARTENENTI A CLASSI ATC DIVERSE					VIII
C05BB02	LAUROMACROGOL 400	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C05CX	ESCINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
C05CX	ESCINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C07AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE							I
C07AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	SOLUZIONE PER OS	A-PHT		RNRL- RICETTA NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT						XIV
C07AA07	SOTALOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AB02	METOPROLOLO TARTRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AB02	METOPROLOLO TARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C07AB03	ATENOLOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AB03	ATENOLOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AB09	ESMOLOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
C07AB12	NEBIVOLOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AG01	LABETALOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07AG01	LABETALOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
C07AG02	CARVEDILOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07BB07	BISOPROLOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C07CB03	ATENOLOLO/CLORTALIDONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C08CA01	AMLODIPINA BESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
C08CA05	NIFEDIPINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
C08CA05	NIFEDIPINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
C08CA06	NIMODIPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
C08CA16	CLEVIDIPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							XXIII
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
C09AA01	CAPTAPRIL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C09AA02	ENALAPRIL MALEATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C09AA03	LISINAPRIL DIIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C09AA04	PERINDOPRIL ARGININA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
C09AA05	RAMIPRIL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
C09BA05	RAMIPRIL/IDROCLOROTIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 ASSOCIAZIONI (FAVORENDO GLI EQUIVALENTI) IN BASE ALLE INDICAZIONI, COSTO ANCHETERRITORIALE ED EVIDENZE SCIENTIFICHE.					I
C09CA01	LOSARTAN POTASSICO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE TRA LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO.SI RICORDA CHE ATTUALMENTE NON ESISTONO DATI DI LETTERATURA CHE DIMOSTRINO LA SUPERIORITÀ DEI SARTANI RISPETTO AGLI ACE-I A PARITÀ DI INDICAZIONI DI USO, PER QUESTO NON SE NE RITIENE OPPORTUNO L'USO IN PRIMA LINEA TERAPEUTICA MA PIUTTOSTO SE NE RACCOMANDA L'IMPIEGO IN CASO DI INTOLLERANZA AGLI ACE-I O PER NECESSITÀ SPECIFICHE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SARTANI DI CUI 1 DEVE ESSERE IL LOSARTAN.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
C09DA01	LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE	ORALE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE ASSOCIAZIONI (IN BASE ALLA SCELTA DEL PRINCIPIO ATTIVO NON ASSOCIATO).					I
C09DX04	SACUBITRIL/ VALSARTAN	ORALE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					PT AIFA WEB BASED		XV
C09XA02	ALISKIREN EMIFUMARATO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
C10AA01	SIMVASTATINA	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL USO DELLE STATINE.					I
C10AA03	PRAVASTATINA SODICA	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL USO DELLE STATINE.					I
C10AA05	ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL USO DELLE STATINE.					I
C10AB05	FENOFIBRATO	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE							VI
C10AC01	COLESTIRAMINA CLORIDRATO	POLVERE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
C10AX06	OMEGA POLIENOICI (ESTERI ETILICI DI ACIDI GRASSI POLINSATURATI)	CAPSULE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE							I
C10AX13	EVOLOCUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Solo Centri individuati dalla Regione	Farmaco sottoposto a registro aifa nuova indicazione negli adulti con malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata			REG. AIFA		XV/XXII
C10AX14	ALIROCUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Solo Centri individuati dalla Regione				REG. AIFA		XVI
C10AX18	Volanesorsen	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		XXIV
C10BA05	Ezetimibe/Atorvastatina	CPSULE	A		RR					NOTA 13		XXIV
D01AC01	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
D01AC03	ECONAZOLO	SOLUZIONE/EMULSIONE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
D02AB	ZINCO OSSIDO	UNGUENTO	C		SOP - NON RICHIESTA							I
D03AX	FRUMENTO ESTRATTO/FENOSSETOLO	GARZE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
D03AX	SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
D03AX	SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GARZE	C		RR - RIPETIBILE							I
D03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
D03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GARZE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
D03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GEL	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
D03BA52	COLLAGENASI/CLORAMFENICOLO	POMATA	C		RR - RIPETIBILE							I
D03BA52	COLLAGENASI	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE							I
D04AA10	PROMETAZINA	CREMA	C		SOP - NON RICHIESTA							I
D04AB01	LIDOCAINA CLORIDRATO	GEL	C		SOP - NON RICHIESTA							I/XXVII
D05BB02	ACITRETINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
D06AA02	CLORTETRACICLINA CLORIDRATO	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE							I
D06AX07	GENTAMICINA SOLFATO	CREMA/UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE							I
D06AX09	MUPIROCINA CALCICA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
D06BA01	SULFADIAZINA ARGENTICA	CREMA	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
D06BB03	ACICLOVIR	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
D06BB10	IMIQUIMOD	CREMA	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
D06BB12	1g di unguento contiene 100 mg di estratto (come estratto secco, raffinato) di Camellia sinensis (L.) O. Kuntze, folium (tè verde foglie) (24-56:1), corrispondente a: 55-72 mg di (-)-epigallocatechina gallato	CREMA	A		RR - RIPETIBILE					PT AIFA CARTACEO		XVIII
D07AB01	CLOBETASONE BUTIRRATO	CREMA	A	NOTA 88	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
D07AC03	DESOSSIMETASONE	EMULSIONE	A	NOTA 88	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
D07AC04	FLUOCINOLONE ACETONIDE	POMATA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
D07CA01	CLORAMFENICOLO/IDROCORTISONE	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
D07CB01	TRIAMCINOLONE/CLORTETRACICLINA	POMATA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
D07CC01	GENTAMICINA/BETAMETASONE	CREMA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
D07XC01	BETAMETASONE/ACIDO SALICILICO	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO TOPICO DI ASSOCIAZIONE. NEL PTOR SI RIPORTA UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I
D08AL30	ARGENTO METALLICO/BENZOPEROSSIDO	POLVERE U.E.	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DA ADOTTARE IN BASE AI PROTOCOLLI IN USO ED AL PROPRIO PRONTUARIO DEGLI ANTISETTICI/DISINFETTANTI. NEL PTOR SI RIPORTA SOLO UN ESEMPIO ALLO SCOPO DI VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA.					I
D11AH01	TACROLIMUS	UNGUENTO	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
D11AH02	PIMECROLIMUS	CREMA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
D11AH04	ALITRETINOINA	CAPSULE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		II
D11AH05	DUPILUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XIX/XXIV
G01AA	TIOTRACINA/NITROFURAZONE	OVULI	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G01AA.					I
G01AA05	CLORAMFENICOLO	OVULI	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G01AA.					I
G01AF02	CLOTRIMAZOLO	CREMA VAGINALE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
G01AX11	IODOPOVIDONE	LAVANDE VAGINALI	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
G02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
G02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
G02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
G02AD02	DINOPROSTONE	SISTEMA A RILASCIO VAGINALE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
G02AD02	DINOPROSTONE	GEL	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
G02AD03	GEMEPROST	OVULI	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
G02AD05	SULPROSTONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
G02AD06	MISOPROSTOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							XVII
G02CA	ISOXSUPRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
G02CA01	RITODRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
G02CB01	BROMOCRIPTINA MESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
G02CB03	CABERGOLINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
G02CX01	ATOSIBAN ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		FARMACO INDICATO PER RITARDARE LA NASCITA PREMATURA IMMINENTE IN PAZIENTI GRAVIDE NELLE CONDIZIONI SPECIFICATE IN SCHEDA TECNICA.					I
G03AA10	ETINILESTRADILO/GESTODENE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN CONTRACCETTIVO ORMONALE SISTEMICO. NEL PTOR SI RIPORTA SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA.					I
G03BA03	TESTOSTERONE	GEL	A-PHT		RR - RIPETIBILE							I/XXIII
G03BA03	TESTOSTERONE UNDECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
G03CA03	ESTRADILO EMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
G03DA04	PROGESTERONE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
G03DA04	PROGESTERONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
G03DC02	NORETISTERONE ACETATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
G03GA01	GONADOTROPINA CORIONICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
G03GA10	FOLLITROPINA DELTA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL-LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale		PT				XX
G03HA01	CIPROTERONE ACETATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
G03HA01	CIPROTERONE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
G03XB02	ULIPRISTAL ACETATO	COMPRESSE	A	51	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PT - Prescrizione ospedaliera (spec. Ginecologo)	Nel trattamento intermittente solo per fibromi di dimensione tra 3 e 12 cm					VII/XV
G03XC02	BAZEDOXIFENE ACETATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale			SI			II
G04BD04	OXIBUTININA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							II
G04BD04	OXIBUTININA CLORIDRATO	CEROTTO TRANSDERMICO	C		RR - RIPETIBILE							II
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			I
G04BE08	TADALAFIL	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LIMITATO A PAZIENTI CON IAP DIAGNOSTICATA MEDIANTE CATETERISMO CARDIACO DESTRO NON RESPONDERS AL TEST DI VASOREATTIVITÀ POLMONARE. LA SCELTA TRA SILDENAFIL E TADALAFIL VA FATTA IN BASE A VALUTAZIONI DI COSTO/TERAPIA ED ADERENZA ALLE LINEE-GUIDA.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			II
G04BE09	VARDENAFIL	COMPRESSE RIVESTITE	A/PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT REGIONALE	NOTA AIFA 75: La prescrizione di inibitori della PDE5 (avanafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil) a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degenerativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica), secondo un piano terapeutico redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN. PIANO TERAPEUTICO REGIONALE (DECRETO 45/2016)		SI			XVII
G04CA02	TAMSULOSINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA, SI SUGGERISCE IL TAMSULOSIN PER MIGLIOR PROFILO COSTO/BENEFICO.					I
G04CB01	FINASTERIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
G04CB02	DUTASTERIDE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE	RMP						I
H01AA02	TETRACOSACTIDE ESACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
H01AC01	SOMATROPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 39	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I/XXIV

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
H01AX01+A4 A464:N464	PEGVISOMANT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
H01BA02	DESMOPRESSINA ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
H01BA02	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
H01BA04	TERLIPRESSINA ACETATO PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
H01BB02	OXITOCINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
H01CA01	GONADORELINA	SPRAY	A		RR - RIPETIBILE							I
H01CA01	GONADORELINA ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
H01CB01	SOMATOSTATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
H01CB02	OCTREOTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE							I
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE							I
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE	PT						I
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE	PT						XII
H01CB05	PASIREOTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
H01CB05	PASIREOTIDE (G.U. 115 DEL 18/05/16)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XIV
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB02	DESAMETASONE 21-FOSFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB02	DESAMETASONE 21-FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
H02AB04	METILPREDNISOLONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB04	METILPREDNISOLONE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
H02AB07	PREDNISONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB08	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB09	IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB09	IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
H02AB09	IDROCORTISONE	COMPRESSE RILASCIO MODIFICATO	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							VI
H02AB09	IDROCORTISONE	GRANULATO	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							XXIV
H02AB10	CORTISONE ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
H02AB13	DEFLAZACORT	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE	RMP	FARMACO AD ALTO COSTO RISPETTO AGLI ANALOGHI DI CLASSE A.					I
H03AA01	LEVOTIROXINA SODICA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
H03BB02	TIAMAZOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
H04AA01	GLUCAGONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H05AA02	TERIPARATIDE	CARTUCCIA PER PREP. INIETT	A	NOTA 79	RR - RIPETIBILE							XXI
H05AA02	TERIPARATIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 79	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale	TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI NELLE DONNE IN POSTMENOPAUSA E NEGLI UOMINI AD AUMENTATO RISCHIO DI FRATTURA.					I
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
H05BX02	PARACALCITOLE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
H05BX02	PARACALCITOLE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
H05BX04	ETELCALCETIDE	SOLUZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL-LIMITATIVA	PT						XVII
J01AA02	DOXICICLINA ICLATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01AA12	TIGECICLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP			SI			I
J01BA01	CLORAMFENICOLO SUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01BA02	TIAMFENICOLO GLICINATO ACETILCISTEINATO	AEROSOL	C		RR - RIPETIBILE		IN CASO DI USO TOPICO UTILIZZARE UN APPARECCHIO PER NEBULIZZAZIONE ADATTO (IN VETRO E PLASTICA).					I
J01CA01	AMPICILLINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01CA01	AMPICILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01CA04	AMOXICILLINA TRIIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01CA12	PIPERACILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 92	RR - RIPETIBILE							II
J01CF04	OXACILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01CR01	AMPICILLINA/SULBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
J01CR01	AMPICILLINA/SULBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J01CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01CR05	PIPERACILLINA SODICA/TAZOBACTAM SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
J01DB04	CEFAZOLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01DC02	CEFUROXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J01DC04	CEFACLORO MONOIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA).					I
J01DC06	CEFONICID BISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J01DD01	CEFOTAXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01DD01	CEFOTAXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		CATEGORIA OMOGENA CEFTAZIDIME E CEFEPIME. LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA.					I
J01DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		CATEGORIA OMOGENA CEFTAZIDIME E CEFEPIME. LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA.					I
J01DD04	CEFTRIAXONE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01DD04	CEFTRIAXONE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01DD08	CEFIXIMA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA).					I
J01DD52	CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RICHIESTA MOTIVATA			SI			XVIII
J01DF01	AZTREONAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
J01DH02	MEROPENEM TRIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	NOTA 56	OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO.					I
J01DH03	ERTAPENEM SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	NOTA 56	OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALL'E AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO.					I
J01DH51	IMIPENEM/CILASTATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO.					I
J01DI01	CEFTOBIPROLO MEDOCARIL SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LA PRESCRIZIONE DOVRA' ESSERE EFFETTUATA SOLO DOPO FALLIMENTO DI PRECEDENTE TERAPIA UTILIZZANDO IL MODULO DI RICHIESTA PERSONALIZZATO.					VIII /XIV (eliminazione antibiogramma)
J01DI02	CEFTAROLINA FOSAMIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		scheda di prescrizione cartacea presente in allegato GU		SI			VI/XVIII
J01DI04	CEFIDEROCOL	Polvere per concentrato per soluzione per iniezione/infusione.	H		OSP - USO OSPEDALIERO					SCHEDA		XXIV
J01DH52	Meropenem/Vaborbactam	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		Polvere per concentrato per soluzione per infusione		SI	REG. AIFA		XXIV
J01DI54	CEFTOLOZANO/ TAZOBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA			SI			XIV/XXIV
J01EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J01EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA01	ERITROMICINA LATTOBIONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA01	ERITROMICINA ETILSUCCINATO	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA09	CLARITROMICINA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA09	CLARITROMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01FA09	CLARITROMICINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J01FF01	CLINDAMICINA FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01GB01	TOBRAMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGLUCOSIDI.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J01GB03	GENTAMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGLUCOSIDI.					I
J01GB06	AMIKACINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGLUCOSIDI.					I
J01MA02	CIPROFLOXACINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J01MA12	LEVOFLOXACINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01MA12	LEVOFLOXACINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01MA14	MOXIFLOXACINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01MB04	ACIDO PIPEMIDICO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
J01XA01	VANCOMICINA CLORIDRATO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01XA02	TEICoplanina	INIETTABILE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
J01XA04	DALBAVANCINA	INIETTABILE	H	OSP		SCHEDE DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEDICATA (G.U. 134 DEL 10/06/16) SOLO SPECIALISTI INFETTIVOLOGI O IDENTIFICATI DA CIO			SI			XII
J01XB01	COLISTIMETATO SODICO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J01XD01	METRONIDAZOLO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J01XX01	FOSFOMICINA DISODICA	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J01XX01	FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
J01XX08	LINEZOLID	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	RMP		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J01XX08	LINEZOLID	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J01XX09	DAPTOMICINA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP			SI			I
J01XX11	TEDIZOLID	ORALE	A-PHT		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA	SCHEDE DI PRESCRIZIONE CARTACEA (INFETTIVOLOGO O, IN ASSENZA) ALTRO SPECIALISTA INDIVIDUATO DAL CIO	INDICATO: - NEI PAZIENTI IN CUI LINEZOLID E' CONTROINDICATO, - IN CASO DI ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA PREESISTENTI O PAZIENTI A RISCHIO PER ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, - PAZIENTI CANDIDABILI ALLA DIMISSIONE PRECOCE					XVI

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J01XX11	TEDIZOLID	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA (INFETTIVOLOGO O, IN ASSENZA) ALTRO SPECIALISTA INDIVIDUATO DAL CIO	INDICATO: - NEI PAZIENTI IN CUI LINEZOLID E' CONTROINDICATO, - IN CASO DI ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA PREESISTENTI O PAZIENTI A RISCHIO PER ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, - PAZIENTI CANDIDABILI ALLA DIMISSIONE PRECOCE					XVI
J02AA01	AMFOTERICINA B	INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J02AA01	AMFOTERICINA B	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J02AC01	FLUCONAZOLO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J02AC01	FLUCONAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J02AC01	FLUCONAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
J02AC02	ITRACONAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
J02AC02	ITRACONAZOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J02AC03	VORICONAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J02AC03	VORICONAZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J02AC04	POSACONAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	RMP		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J02AC04	POSACONAZOLO	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	RMP		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				IX
J02AC05	ISAVUCONAZOLO	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOLO SPECIALISTI INFETTIVOLOGI ED EMATOLOGI		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			XII
J02AC05	ISAVUCONAZOLO	POLVERE PER PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP					Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			XII
J02AX01	FLUCITOSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP						I
J02AX04	CASPOFUNGIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP						I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J02AX05	MICAFUNGIN SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
J02AX06	ANIDULAFUNGINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	RISERVARE L USO AI PAZIENTI RESISTENTI AD ALTRE ALTERNATIVE TERAPEUTICHE O IN PAZIENTI CON COMPROMISSIONE EPATICA, CON INSUFFICIENZA RENALE O SOTTOPOSTI A DIALISI.		SI			I
J04AB02	RIFAMPICINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
J04AB02	RIFAMPICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
J04AB03	RIFAMPICINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J04AB03	RIFAMPICINA SODICA	FIACLE + FIALE SOLVENTE TOPICO	C		RR - RIPETIBILE							I
J04AB04	RIFABUTINA	CAPSULE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
J04AC01	ISONIAZIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J04AC01	ISONIAZIDE	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
J04AC01	ISONIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
J04AC51	ETAMBUTOLO/ISONIAZIDE/PIRIDOSINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J04AK01	PIRAZINAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
J04AK02	ETAMBUTOLO CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J04AK02	ETAMBUTOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J04AK05	BEDAQUILINA FUMARATO	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: INFETT PNEU			SI	SI		VII
J04AM02	RIFAMPICINA/ISONIAZIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J05AB01	ACICLOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
J05AB01	ACICLOVIR	SOSPENSIONE OS	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
J05AB01	ACICLOVIR	COMPRESSE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
J05AB04	RIBAVIRINA	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J05AB04	RIBAVIRINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J05AB06	GANCICLOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J05AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
J05AB12	CIDOFOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J05AB14	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J05AD01	FOSCARNET SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J05AE01	SAQUINAVIR MESILATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AE02	INDINAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AE03	RITONAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
J05AE03	RITONAVIR	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AE04	NELFINAVIR	POLVERE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J05AE07	FOSAMPRENAVIR	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AE07	FOSAMPRENAVIR	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AE08	ATAZANAVIR SOLFATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
J05AE09	TIPRANAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AE10	DARUNAVIR ETANOLATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
J05AE11	TELAPREVIR	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PDTA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			III
J05AE12	BOCEPREVIR	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PDTA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			III
J05AE14	SIMEPREVIR	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
J05AF01	ZIDOVUDINA	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
J05AF01	ZIDOVUDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
J05AF01	ZIDOVUDINA	SCIROPPO	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
J05AF02	DIDANOSINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF04	STAVUDINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF05	LAMIVUDINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
J05AF05	LAMIVUDINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
J05AF05	LAMIVUDINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF05	LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF06	ABACAVIR SOLFATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF06	ABACAVIR SOLFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF07	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF08	ADEFOVIR DIPIVOXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J05AF09	EMTRICITABINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AF10	ENTECAVIR	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
J05AF11	TELBIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J05AF13	TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATO	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					pt cartaceo allegato all g.u. p.a. già presente in PTOR, nuovo dosaggio solo per specifici pazienti		XXI
J05AG01	NEVIRAPINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AG01	NEVIRAPINA	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AG03	EFAVIRENZ	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AG04	ETRAVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
J05AG05	RILPIVIRINA CLORIDRATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			III
J05AG06	DORAVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XXII
J05AH01	ZANAMIVIR	POLVERE PER INALAZIONE	C		RR - RIPETIBILE							I
J05AH02	OSELTAMIVIR FOSFATO	CAPSULE	C		RR - RIPETIBILE							I
J05AP56	SOFOBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVIII
J05AP57	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XXIV
J05AR01	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AR02	ABACAVIR SOLFATO/LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AR03	EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA J05AR17						I
J05AR04	ABACAVIR/LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AR06	EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
J05AR08	EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			III
J05AR09	EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOXOPRIL/ELVITEGRAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA J05AR18			SI			VI
J05AR10	LOPINAVIR/RITONAVIR	COMPRESSE RIVESTITE, SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AR13	DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/ LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XII
J05AR14	DARUNAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XI
J05AR15	ATAZANAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XIII
J05AR17	EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOSTITUISCE J05AR03 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE			SI			XVI
J05AR18	ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/ EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOSTITUISCE J05AR09 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE						XV
J05AR19	EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE/ RILPIVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVII
J05AR20	BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/ ENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XX
J05AR21	DOLUTEGRAVIR/RILPIVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XXI

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J05AR22	800 MG DI DARUNAVIR (COME ETANOLATO), 150 MG DI COBICISTAT, 200 MG DI EMTRICITABINA E 10 MG DI TENOFOVIR ALAFENAMIDE (COME FUMARATO)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XIX
J05AR24	DORAVIRINA/LAMIVUDINA/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XXII
J05AR25	DOLUTEGRAVIR/ LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XXIV
J05AX	SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVI
J05AX	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVII
J05AX07	ENFUVRTIDE	INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
J05AX08	RALTEGRAVIR POTASSICO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I/XII
J05AX09	MARAVIROC	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
J05AX12	DOLUTEGRAVIR	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
J05AX14	DACLATASVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG.AIFA		VIII
J05AX15	SOFOSBUVIR	ORALE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
J05AX16	DASABUVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
J05AX18	LETERMOVIR	COMPRESSE/SOLUZIONE PER INFUSIONE	A-PHT/H		RR/OSP				SI	REG. AIFA		XIX
J05AX65	SOFOSBUVIR E LEDIPASVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
J05AX67	OMBITASVIR, PARITAPREVIR E RITONAVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
J05AX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		XV
J06BA01	IMMUNOGLOBULINE UMANE NORMALI	SOTTOCUTANEA	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE						XV/XVI/XXI II
J06BA01	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	SOTTOCUTANEA	A- PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE						XV/XVII
J06BA02	IMMUNOGLOBULINA UMANA USO ENDOVENOSO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. DOCUMENTO REGIONALE DI APPROPRIATEZZA E MODULO SPECIFICO DI RICHIESTA MOTIVATA.					I
J06BB01	IMMUNOGLOBULINA UMANA RHO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
J06BB02	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTITETANICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
J06BB03	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIVARICELLA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
J06BB04	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTI EPATITE B USO ENDOVENOSO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J06BB04	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIEPATITE B	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
J06BB09	IMMUNOGLOBULINA UMANA CITOMEGALOVIRUS USO ENDOVENOSO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
J06BB16	PALIVIZUMAB	INTRAMUSCOLARE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						X
J06BB21	BEZLOTOXUMAB	SOLUZIONE INIETTABILE	H-OSP					VALUTAZIONE CONSUMI DOPO 6 MESI		PT AIFA CARTACEO		XIX
J07AM01	VACCINO TETANICO ADSORBITO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI VACCINI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.		SI			I
L.....	FRAZIONE CELLULARE ARRICCHITA DI CELLULE AUTOLOGHE CD34+	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIII
L01	AXICABTAGENE CILOLEUCEL	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XXII
L01	TISAGENLECLEUC	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XXIII
L01	LINFOCITI T ALLOGENICI	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG.AIFA		XVIII
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01AA02	CLORAMBUCILE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01AA03	MELFALAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01AA03	MELFALAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01AA06	IFOSFAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01AB01	BUSULFANO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
L01AC01	TIOTEPA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01AD05	FOTEMUSTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L01AX04	DACARBAZINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01BA01	METOTREXATO SODICO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01BA01	METOTREXATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01BA01	METOTREXATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL							X
L01BA04	PEMETREXED DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
L01BB02	MERCAPTOPURINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01BB03	TIOGUANINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01BB04	CLADRIBINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	(H) ESTERO		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	RICHIESTA MOTIVATA DA PARTE DELLE UU.OO. DI EMATOLOGIA.		SI			II
L01BB05	FLUDARABINA FOSFATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01BB05	FLUDARABINA FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L01BB07	NELARABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
L01BC01	CITARABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01BC02	5-FLUOROURACILE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I/XXIV
L01BC05	GEMCITABINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01BC06	CAPECITABINA	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L01BC07	AZACITIDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II/XVIII
L01BC08	DECITABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	RIC. OSPED/SPEC.ONCOL EMATOL			SI	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XII	VII/XIX
L01BC53	TEGAFUR/GIMERICIL/ OTERACIL	CAPSULE	A-PHT		RNRL				SI			X
L01BC59	TRIFLURIDINA/TIPIRACIL	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RNRL							XVIII
L01CA01	VINBLASTINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CA02	VINCRISTINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CA03	VINDESINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CA04	VINORELBINA BITARTRATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L01CA05	VINFLUMINA BITARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG. AIFA		II
L01CB01	ETOPOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CB01	ETOPOSIDE	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01CB02	TENIPOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CD01	PACLITAXEL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CD01	PACLITAXEL ALBUMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			indicata nel trattamento del tumore metastatico della mammella in pazienti adulti che hanno fallito il trattamento di prima linea per la malattia metastatica e per i quali la terapia standard, contenente antraciclina, non è indicata				III
L01CD01	PACLITAXEL ALBUMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			IN ASSOCIAZIONE A GEMCITABINA NEL TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA DI PAZIENTI ADULTI CON ADENOCARCINOMA METASTATICO DEL PANCREAS		REG. AIFA		VIII
L01CD02	DOCETAXEL ANIDRO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01CD04	CABAZITAXEL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01CX01	TRABECTEDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
L01DA01	DACTINOMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB01	DOXORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB01	DOXORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB02	DAUNORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB03	EPIRUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB06	IDARUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB06	IDARUBICINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01DB07	MITOXANTRONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DB11	PIXANTRONE DIMALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO							XIX
L01DC01	BLEOMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01DC03	MITOMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01ED05	Lorlatinib	COMPRESSE	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG. AIFA		XXIV
L01EM03	Alpelisib	COMPRESSE	H		RNRL					REG. AIFA		XXIV
L01EX12	LAROTRECTINIB SOLFATO	COMPRESSE	H		RNRL					REG. AIFA		XXIV
L01EX14	entrectinib	CAPSULE	H		RNRL					REG. AIFA		XXIV
L01XA01	CISPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01XA02	CARBOPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01XA03	OXALIPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01XB01	PROCARBAZINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01XC02	RITUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV			REG. AIFA		I/VII/XVII
L01XC02	RITUXIMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV		SI	REG. AIFA		XVII/XVIII
L01XC03	TRASTUZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: ONCOL	REGISTRO AIFA SOLO PER ADENOCARCINOMA GASTRICO		SI	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XII	I-VII
L01XC03	TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: ONCOL			SI	REG. AIFA		XIX
L01XC05	GEMTUZUMAB OZOGAMICIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			centri prescrittori individuati	SI	REG. AIFA		XX
L01XC06	CETUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
L01XC07	BEVACIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I/XIV
L01XC08	PANITUMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I/XVI
L01XC09	CATUMAXOMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
L01XC10	OFATUMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II/XIV
L01XC11	IPILIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		III
L01XC12	BRENTIXIMAB VEDOTIN	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		(XXII) Farmaco sottoposto a registro aifa nuova indicazione per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma cutaneo a cellule T con innovazione potenziale		SI	REG. AIFA		V/XXII/XXI V

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01XC13	PERTUZUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		V/XXIV
L01XC14	TRASTUZUMAB/ EMTANSINE	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
L01XC15	OBINUTUZUMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		inserimento con limitazione d'impiego in prima linea nel linfoma follicolare per pazienti con score di rischio flipi 3, mentre impiego solo con richiesta motivata personalizzata per i pazienti con score flipi 2	centri prescrittori individuati	SI	REG. AIFA		XVI/XVIII/X X
L01XC16	DINUTUXIMAB BETA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XX
L01XC17	NIVOLUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		(XXII) Farmaco sottoposto a registro aifa per il trattamento adiuvante di adulti con melanoma con coinvolgimento dei linfonodi o malattia metastatica che sono stati sottoposti a resezione completa con innovazione piena		SI	REG. AIFA (MELANOMA, RENE E POLMONE)		XII/XV/XIX/ XXII/XXIII
L01XC18	PEMBROLIZUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		(XXII) inserimento per estensione di indicazione polmone e melanoma adiuvante, nuove indicazioni carcinoma uroteliale e linfoma hodgkin classico, innovativita'		SI	REG. AIFA (MELANOMA E POLMONE)		XII/XVI/XXII /XXIII/XXIV
L01XC19	BLINATUMOMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI/XXIV
L01XC21	RAMUCIRUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		X
L01XC23	ELOTUZUMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI/XXIV
L01XC24	DARATUMUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVIII/XXIV
L01XC25	Mogamulizumab	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XXIV
L01XC26	INOTUZUMAB OZOGAMICIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XIX
L01XC27	OLARATUMAB	INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVII
L01XC28	DURVALUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XXI
L01XC31	AVELUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIX
L01XC32	ATEZOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIX/XXIV
L01XC33	CEMIPLIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XXIII
L01XC38	Isatuximab	PREPARAZIONE INIETTABILE	#RIF!		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XXIV
L01XD03	METILAMINOLEVULINATO	CREMA	H		USPL - USO SPECIALISTICO							I
L01XD04	ACIDO 5-AMINOLEVULINICO	TRASDERMICA	H					prescrivibilità solo da parte dei neurochirurghi adeguatamente formati				XXI
L01XE01	IMATINIB MESILATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
L01XE02	GEFITINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
L01XE03	ERLOTINIB CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
L01XE04	SUNITINIB MALEATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01XE04	SUNITINIB MALEATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		X
L01XE05	SORAFENIB TOSILATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
L01XE06	DASATINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
L01XE07	LAPATINIB DITOSILATO MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
L01XE08	NILOTINIB CLORIDRATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
L01XE09	TEMSIROLIMUS	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
L01XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			MANIPOLAZIONE DEL FARMACO IN AMBIENTE OSPEDALIERO	SI			XX
L01XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PIANO TERAPEUTICO		SI	REG. AIFA		II
L01XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PIANO TERAPEUTICO		SI	REG. AIFA		XVII
L01XE11	PAZOPANIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
L01XE12	VANDETANIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
L01XE13	AFATINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
L01XE14	BOSUTINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
L01XE15	VEMURAFENIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
L01XE16	CRIZOTINIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX/XVI/XVII i
L01XE17	AXITINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
L01XE18	RUXOLITINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI/XVIII
L01XE21	REGORAFENIB	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SOLO PER CARCINOMA METASTATICO DEL COLON RETTO.		SI	REG. AIFA		IX
L01XE21	REGORAFENIB	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST). NUOVA INDICAZIONE: in monoterapia per il trattamento dei pazienti adulti affetti da epatocarcinoma (Hepato Cellular Carcinoma, HCC) precedentemente trattati con sorafenib.		SI	REG. AIFA PER NUOVA INDIC.		IX/XIX
L01XE23	DABRAFENIB (G.U. n. 245/14 e G.U.n. 5/17)	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT		Trametinib in associazione con dabrafenib registro aifa nuova indicazione nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa con innovazione piena; Trametinib in associazione con dabrafenib è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XII	VII/XV/XXII
L01XE24	PONATINIB CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VII

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01XE25	TRAMETINIB (G.U. n. 2/17)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		Trametinib in associazione con dabrafenib registro aifa nuova indicazione nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa con innovazione piena; Trametinib in associazione con dabrafenib è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600			REG. AIFA		XV/XXII
L01XE27	IBRUTINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XI/XIV/XIX
L01XE26	CABOZANTINIB	CAPSULE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		(XX) nuova indicazione per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma midollare tiroideo (MTC) in progressione, non resecabile, localmente avanzato o metastatico. (XXI) per carcinoma renale in prima linea SENZA REGISTRO AIFA		SI	REG. AIFA		XVIII/XX/XI/XXIV
L01XE26	CABOZANTINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		INDICAZIONE RENE I LINEA		SI			XXI
L01XE28	CERITINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		(XXII) Farmaco sottoposto a registro aifa nuova indicazione per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK).		SI	REG. AIFA		XVII/XXII
L01XE29	LENVATINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		(XXII) Farmaco sottoposto a registro aifa nuova indicazione per il trattamento del carcinoma epatocellulare		SI	REG. AIFA		XIII/XXII
L01XE31	NINTEDANIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XII
L01XE31	NINTEDANIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVI
L01XE33	PALBOCICLIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVIII
L01XE35	OSIMERTINIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		(XXII) Farmaco sottoposto a registro aifa nuova indicazione per il trattamento di prima linea dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule con innovazione piena		SI	REG. AIFA		XVII/XXII
L01XE36	ALECTINIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA PER NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato		XIX
L01XE38	COBIMETINIB (G.U. 230 01/10/16)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XIV
L01XE39	MIDOSTAURINA	CAPSULA MOLLE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REGISTRO AIFA PER INDICAZIONE LMA		XIX
L01XE42	RIBOCICLIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	NUOVA INDICAZIONE INNOVATIVA			SI	REG. AIFA		XIX/XXIII
L01XE43	brigatinib	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XXIV
L01XE46 + L01XE41	ENCORAFENIB+BINIMETINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XXIII
L01XE50	ABEMACICLIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XXII
L01XE54	Gilteritinib	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XXIV

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01XX05	IDROXICARBAMIDE	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01XX11	ESTRAMUSTINA FOSFATO SODICO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01XX14	TRETINOINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
L01XX19	IRINOTECAN CLORIDRATO TRIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L01XX23	MITOTANO	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
L01XX24	PEGASPARGASI	SOLUZIONE PER INFUSIONE	NC		USO- OSPEDALIERO				SI	REGISTRO AIFA		XVII
L01XX25	BEXAROTENE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L01XX32	BORTEZOMIB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
L01XX35	ANAGRELIDE CLORIDRATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
L01XX41	ERIBULINA MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
L01XX43	VISMODEGIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
L01XX44	AFLIBERCEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
L01XX45	CARFILZOMIB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIV/XVIII
L01XX46	OLAPARIB (G.U. 96 26/04/16)	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XII/XXIV
L01XX47	IDELALISIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
L01XX48	SONIDEGIB FOSFATO	CPASULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XXIII
L01XX50	IXAZOMIB CITRATO	CPASULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XX

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L01XX52	VENETOCLAX	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		Farmaco sottoposto a registro aifa nuova indicazione per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica con innovazione potenziale		SI	REG. AIFA		XVII/XXII
L01XX54	NIRAPARIB	COMPRESSE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA CARTACEO		XIX
L01XX55	Rucaparib	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XXIV
L01XX60	Talazoparib	COMPRESSE	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XXIV
L01XY01	CITARABINA E DAUNORUBICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP	FARMACO INNOVATIVO			SI	REG. AIFA		XX
L02AB01	MEGESTROLO ACETATO	COMPRESSE	A	NOTA 28	RNR - NON RIPETIBILE							I
L02AE01	BUSERELIN ACETATO	IMPIANTO	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE							I
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I/XVIII
L02AE03	GOSERELIN ACETATO	IMPIANTO	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE							I
L02AE04	TRIPTORELINA EMBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02AE04	TRIPTORELINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BA01	TAMOXIFENE CITRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BA03	FULVESTRANT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BB01	FLUTAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BB03	BICALUTAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BB04	ENZALUTAMIDE	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI	REG. AIFA (GU 286 del 10/12/14)		VI
L02BB04	ENZALUTAMIDE	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (nuova indicazione-GU n.81 del 7/04/16)		XII/XXIV
L02BB05	APLUTAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XXII
L02BB06	Darolutamide	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL							XXIV
L02BG03	ANASTROZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BG04	LETROZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
L02BG06	EXEMESTAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale			SI			I
L02BX03	ABIRATERONE	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI	REG. AIFA		III/XVIII
L03AA02	FILGRASTIM (INCLUSI BIOSIMILARI)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA TRA GLI IMMUNOSTIMOLANTI FILGRASTIM E LENOGRASTIM TERAPEUTICAMENTE EQUIVALENTI IN BASE ALLA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA, LE INDICAZIONI ED IL COSTO. SOSTANZIALE SOVRAPPONIBILITÀ DEI PRODOTTI FILGRASTIM E LENOGRASTIM, SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE A NON PIÙ DI UNA MOLECOLA. NEL PTOR SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA.					II

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L03AA13	PEGFILGRASTIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	RMP						I
L03AA14	LIPEGFILGRATIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			VI
L03AB01	INTERFERONE ALFA N3	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		I
L03AB03	INTERFERONE GAMMA 1B	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L03AB04	INTERFERONE ALFA 2A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE							I
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L03AB08	INTERFERONE BETA 1B	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I/XI
L03AB13	PEGINTERFERONE BETA-1a	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE	PT			SI			IX
L03AC01	ALDESLEUCHINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L03AX03	BCG - BACILLO DI CALMETTE E GUERIN	POLVERE PER SOSP. ENDOVESCICALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
L03AX13	GLATIRAMER ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I/XI
L03AX15	MIFAMURTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
L03AX16	PLERIXAFOR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
L04AA02	MUROMONAB CD3	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			TRATTAMENTO DEL RIGETTO ACUTO DI ALLOTRAPIANTO RESISTENTE AGLI STEROIDI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO-RENALE, EPATICO E CARDIACO.				I
L04AA06	MICOFENOLATO SODICO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	COMPRESSE	H		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
L04AA10	SIROLIMUS	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
L04AA18	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		PROFILASSI DEL RIGETTO D'ORGANO IN PAZIENTI ADULTI, A RISCHIO IMMUNOLOGICO DA LIEVE A MODERATO, SOTTOPOSTI A TRAPIANTO RENALE O CARDIACO ALLOGENICO. USO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI FARMACI (CICLOSPORINA MICROEMULSIONE E CORTICOSTEROIDI).					I
L04AA23	NATALIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	OSP - USO OSPEDALIERO		IN MONOTERAPIA DISEASE-MODIFYING NELLA SCLEROSI MULTIPLA RECIDIVANTE-REMITTENTE AD ELEVATA ATTIVITÀ-NONOSTANTE L'INTERFERONE-BETA O AD EVOLUZIONE RAPIDA. REGISTRO AIFA		SI	REG. AIFA		I
L04AA24	ABATACEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT-RMP	LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI	REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		III/XVII
L04AA26	BELIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SCHEDA MONITORAGGIO AIFA. UNICAMENTE SU PRESCRIZIONE DEI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI		SI			III
L04AA27	FINGOLIMOD	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI	REG. AIFA		II/XXIV
L04AA29	TOFACITINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL	SCHEDA CARTACEA AIFA			SI			XIX/XXIV
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	ORALE	A	65	RR - RIPETIBILE				SI			VI
L04AA32	APREMILAST	ORALE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA	RIMBORSABILE SOLO PER ARTRITE PSORIASICA					XV/XVIII
L04AA33	VEDOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (GU n.87 del 14/04/16)		XII
L04AA34	ALEMTUZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		IX
L04AA36	OCRELIZUMAB	Concentrato per soluzione per infusione	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG.AIFA CARTACEO		XIX
L04AA37	BARICITINIB	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	H		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT REGIONALE			SI			XVIII
L04AA38	ozanimod	CAPSULE	A-PHT		RRL					SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA		XXIV
L04AA40	CLADRIBINA	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT CARTACEO IN G.U.			SI	PT CARTACEO IN G.U.		XX
L04AA42	siponimod acido fumarico	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA	SCHEDA CARTACEA IN G.U.			SI	SCHEDA CARTACEA IN G.U.		XXIV
L04AA44	upadacitinib	COMPRESSE	H		RNRL	PT REGIONALE						XXIV
L04AB01	ETANERCEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16)		SI			I
L04AB01	ETANERCEPT (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16)		SI			XIII/XVIII
L04AB02	INFLIXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16)	SCHEDA MONITORAGGIO AIFA. SOLO PER L'INDICAZIONE "COLITE ULCEROSA PEDIATRICA"	SI	REG. AIFA		I / VI

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L04AB02	INFLIXIMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16)			SI			VIII/XVIII
L04AB04	ADALIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16). PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI	REG. AIFA (SOLO PER "COLITE ULCEROSA IN PAZIENTI ADULTI" E "SPONDILOARTRITE ASSIALE SENZA EVIDENZA RADIOGRAFICA DI SA")		I/VIII/XVIII
L04AB04	ADALIMUMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16). PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)	Su prescr.di centri osped. o di special: oftalmologo, reumatologo, dermatologo, gastroenterologo, internista, pediatra.		SI			XIX
L04AB04	ADALIMUMAB (G.U. 191 DEL 17.08.16)	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI	REG. AIFA (SOLO PER INDICAZIONE "IDROSADENITE SUPPURATIVA")		XIV
L04AB05	CERTOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)	LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI			III/XXIV
L04AB05	CERTOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE PER PSORIASI			SI	REG. AIFA (per spondiloartrite assiale senza evidenza radiografica di SA)		IX/XXIV
L04AB06	GOLIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPE:GASTROEN INT	NEL TRATTAMENTO DELLA COLITE ULCEROSA DEGLI ADULTI	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI	REG. AIFA (COLITE ULCEROSA)		VII
L04AB06	GOLIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)	LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			III
L04AB06	GOLIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			Tra i biologici con stessa indicazione preferire quello col miglior rapporto costo-beneficio	si	REGISTRO AIFA (SpA assiale nr)		XVI
L04AC01	DACLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A/PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16). PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI	REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		XVII
L04AC02	BASILIXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		NELLA PROFILASSI DEL RIGETTO ACUTO IN PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI (1-17 ANNI) SOTTOPOSTI A TRAPIANTO RENALE-ALLOGENICO DE NOVO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI FARMACI.					I
L04AC03	ANAKINRA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA IN G.U.			SI			XXIII/XXIV
L04AC05	USTEKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (G.U. 133 DEL 09/06/16 E NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16)	SOLO DA CENTRI PSOCARE PER PAZ. CON PSORIASI DI GRADO MODERATO-SEVERO NON RESPONSIVI O INTOLLERANTI AD ALTRE TERAPIE. NUOVA INDICAZIONE: Malattia di Crohn		SI			III/XIX
L04AC07	TOCILIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI	REG. AIFA O REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		III

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L04AC07	TOCILIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		nuova indicazione: trattamento dell'arterite a cellule giganti (ACG) in pazienti adulti per farmaco già presente in ptor farmaco con indicazione innovativa potenziale pt regionale biologici,monitorare dopo nota informativa aifa del 27/06/2019			REG.AIFA		IX/XX
L04AC08	CANAKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		REGISTRO AIFA PER MALATTIA INFIAMMATOIA AD ESORDIO NEONATALE. NUOVA INDICAZIONE:FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMF) - SINDROME PERIODICA ASSOCIATA AL RECETTORE DEL FATTORE DI NECROSI TUMORALE (TRAPS) - SINDROME DA IPERIMMUNOGLOB. D (HIDS) INNOVAZIONE POTENZIALE		SI	REG. AIFA		II/XIX
L04AC08	CANAKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		REGISTRO AIFA PER ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE SISTEMICA, NUOVA INDICAZIONE: AOSD, Adult onset Still disease.		SI	REG. AIFA		IX/XIX
L04AC10	SECUKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA PER PSORIASI A PLACCHE (G.U. 133 09/06/16), PER LE INDICAZIONI ARTRITE PSORIASICA E SPONDILITE ANCHILOSANTE PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI			XII/XIV/XXI V
L04AC11	SILTUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP				SI			XXI
L04AC12	BRODALUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA CARTACEA AIFA IN ALLEGATO A GU			SI			XX
L04AC13	IXEKIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA PER PSORIASI A PLACCHE (G.U. 133 09/06/16), PER LE INDICAZIONI ARTRITE PSORIASICA E SPONDILITE ANCHILOSANTE PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)	NUOVA INDICAZIONE:Artrite psoriasica Taltz, da solo o in associazione a metotrexato è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD), PT REGIONALE		SI			XVII/XXI
L04AC14	SARILUMAB	SIRINGA/PENNA PRERIEMPITA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT CARTACEO IN GU		XIX
L04AC16	GUSELKUMAB	SIRINGA/PENNA PRERIEMPITA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA IN G. U.		il clinico dovrà valutare l'efficacia del farmaco dopo 16 settimane d'impiego	SI			XX
L04AC17	TILDRAKIZUMAB		H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA IN G. U.			SI			XXIII
L04AC18	RISANKIZUMAB	SIRINGA/PENNA PRERIEMPITA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA IN G. U.			SI			XXIII
L04AD01	CICLOSPORINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L04AD01	CICLOSPORINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L04AD01	CICLOSPORINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L04AD01	CICLOSPORINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L04AD01	CICLOSPORINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE/ COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO	A		RNR - NON RIPETIBILE							I/XII
L04AX01	AZATIOPRINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
L04AX02	TALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
L04AX04	LENALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I/XIV/XVIII/XXIV
L04AX05	PIRFENIDONE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
L04AX06	POMALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX/XXIV

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
L04AX07	DIMETILFUMARATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A-PHT		RRL							XX
M01AB01	INDOMETACINA	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE							I
M01AB01	INDOMETACINA	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE							I
M01AB05	DICLOFENAC SODICO	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE							I
M01AB05	DICLOFENAC SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
M01AB05	DICLOFENAC SODICO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE							I
M01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
M01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
M01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
M01AC01	PIROXICAM BETACICLODESTRINA	GRANULATO	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		LA SCELTA VERTE SUL PRINCIPIO ATTIVO PIROXICAM. IL PIROXICAM COMPARE COME FORMULAZIONE CON-BETACICLODESTRINA SEMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTO NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE.					I
M01AE01	IBUPROFENE	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M01AE.					I
M01AE02	NAPROXENE SODICO	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M01AE.					I
M01AE03	KETOPROFENE SALE DI LISINA	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M01AE.					I
M01AE03	KETOPROFENE SALE DI LISINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M01AE.					I
M01AX17	NIMESULIDE BETACICLODESTRINA	GRANULATO	A	NOTA 66	RNR - NON RIPETIBILE		LA SCELTA VERTE SUL PRINCIPIO ATTIVO NIMESULIDE. LA NIMESULIDE COMPARE COME FORMULAZIONE CON-BETACICLODESTRINA SEMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTA NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE.					I
M01CC01	PENICILLAMINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
M02AA15	DICLOFENAC SODICO	GEL	C		OTC - LIBERA VENDITA		OGNI AZIENDA SCELGA NON PIÙ DI UNO FANS PER USO TOPICO.					I
M02AC	ESCINA/DIETILAMINA SALICILATO	GEL	C		SOP - NON RICHIESTA							I
M03AB01	SUXAMETONIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AC01	PANCURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AC03	VECURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AC04	ATRACURIO BESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AC09	ROCURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AC10	MIVACURIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AC11	CISATRACURIO BESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AX01	TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO A	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03AX01	TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO B	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M03BX01	BACLOFENE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
M03BX01	BACLOFENE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
M03BX02	TIZANIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
M03BX05	TIOCOLCHICOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
M03CA01	DANTROLENE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
M04AA01	ALLOPURINOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
M04AA03	FEBUXOSTAT	COMPRESSE RIVESTITE	A	91	RR - RIPETIBILE		AI SERVIZI FARMACEUTICI E' DEMANDATO IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI DI FEBUXOSTAT		SI			VII
M04AB05	LESINURAD	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							XVIII
M04AX	PIPERAZINA	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
M05BA02	ACIDO CLODRONICO SALE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 42	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA TRA AC. CLODRONICO, AC. ALENDRONICO E AC. RISEDRONICO PER VIA ORALE IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE DISPONIBILI ED IL COSTO TERRITORIALE (UT). TRA LE FORME EV SCEGLIERE 1-2 MOLECOLE TRA AC. CLODRONICO, AC. PAMIDRONICO, AC. ZOLEDRONICO E AC. IBANDRONICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE DISPONIBILI, LE ESIGENZE LOCALI ED IL COSTO. NEL PTOR UN SOLO ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA					I
M05BX04	DENOSUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A (Prolia) H (Xgeva)	A79 (Prolia)	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		XGEVA nuova indicazione prevenzione di eventi correlati all'apparato scheletrico (fratture patologiche, radioterapia all'osso, compressione del midollo spinale o interventi chirurgici all'osso) negli adulti con neoplasie maligne in fase avanzata che coinvolgono l'osso.		SI	PT AIFA (PROLIA PER OSTEOPOROSI POST MENOPAUSA E XGEVA PER METASTASI OSSEE DA TUMORI SOLIDI)		III/XXIII
M05BX04	DENOSUMAB (G.U. 205 02.09.16)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			XIV
M05BX05	BUOSUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XXI
M09AB02	COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA. PER L'INDICAZIONE "trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con corda palpabile". LA PRESCRIVIBILITA' E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI		SI	REG. AIFA		III
M09AX09	onasemnogene abeparvovec	SOLUZIONE PER INFUSIONE	H		OSP				SI	REG. AIFA		XXIV
M09AX01	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
M09AX03	ATALUREN*	ORALE	H		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA				SI			XVI
M09AX07	NUSINERSEN	SOLUZIONE PER INFUSIONE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	MONITORAGGIO AIFA		XVII
N01AB07	DESFLURANO	GAS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
N01AB08	SEVOFLURANE	GAS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
N01AH01	FENTANIL CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
N01AH02	ALFENTANILE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
N01AH03	SUFENTANIL CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
N01AH03	SUFENTANIL CITRATO	COMPRESSE SUBLINGUALI	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	XVII
N01AH06	REMIFENTANIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO						TAB. A L. 79/2014	I
N01AX03	KETAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	IV
N01AX10	PROPOFOL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

REGIONE MARCHE

PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N01BB01	BUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
N01BB01	BUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
N01BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
N01BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	SPRAY	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
N01BB02	LIDOCAINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							VI
N01BB03	MEPIVACAINA CLORIDRATO	CARTUCCIA	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
N01BB03	MEPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
N01BB04	PRILOCAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE 2%	C		OSP - USO OSPEDALIERO							III
N01BB09	ROPIVACAINA CLORIDRATO MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
N01BB10	LEVOBUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
N01BB20	LIDOCAINA/PRILOCAINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE		LIMITATAMENTE AL PAZIENTE PEDIATRICO E/O IN CASI PARTICOLARI.					I
N01BB51	BUPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA BITARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
N01BB52	NEOMICINA/FLUOCINOLONE ACETONIDE/LIDOCAINA	GEL	C		RR - RIPETIBILE							I
N01BB53	MEPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA	CARTUCCIA	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
N01BX04	CAPSAICINA	CEROTTO	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			II/XXI
N02AA01	MORFINA SOLFATO	FLACONCINI OS	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	I
N02AA01	MORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN						TAB. A L. 79/2014	I
N02AA03	IDROMORFONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	I
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE		SI		TAB. D L. 79/2014	I
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	XVIII
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE RP	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D MEDICINALI L. 79/2014	VII
N02AA59	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
N02AB02	PETIDINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO						TAB. A L. 79/2014	I
N02AB03	FENTANIL	CEROTTI	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
N02AB03	FENTANIL CITRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	I
N02AB03	FENTANIL CITRATO	SPRAY NASALE	A		RNR - NON RIPETIBILE				SI		TAB. D L. 79/2014	III
N02AE01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN						TAB. A L. 79/2014	I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N02AE01	BUPRENORFINA	CEROTTI	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
N02AE01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN						TAB. A L. 79/2014	I
N02AJ08	IBUPROFENE/CODEINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							XIX
N02AX02	TRAMADOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
N02AX02	TRAMADOLO CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO	COMPRESSE RILASCIO MODIFICATO	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	VI
N02AX52	TRAMADOLO CLORIDRATO/PARACETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
N02BA01	LISINA ACETILSALICILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
N02BA01	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
N02BB02	METAMIZOLO SODICO (DIPIRONE MONOIDRATO)	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
N02BB02	METAMIZOLO SODICO (DIPIRONE MONOIDRATO)	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE							I
N02BE01	PARACETAMOLO	COMPRESSE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
N02BE01	PARACETAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
N02BE01	PARACETAMOLO	SCIROPPO	C		SOP - NON RICHIESTA							I
N02BE01	PARACETAMOLO	SUPPOSTE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
N02BE51	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I
N02BG10	DELTA-9-THC/CANNABIDILOLO	SPRAY ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE da conservare per due anni		REGISTRO AIFA PER L'INDICAZIONE "SPASTICITA' DA MODERATA A GRAVE DA SCLEROSI MULTIPLA" LA "PRESCRIVIBILITA' E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI". LE ALTRE INDICAZIONI AUTORIZZATE DALLA DGR 470 DEL 01/04/2008 (DOLORE NEUROPATICO E "SPASTICITA' CRONICA NON CORRELATA A SM) DIVENTANO OFF-LABEL	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.		REG. AIFA	TAB. B L. 79/2014	III
N02CC01	SUMATRIPTAN SUCCINATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE N02CC.					I
N02CC01	SUMATRIPTAN SUCCINATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE N02CC.					I
N02CC05	ALMOTRIPTAN IDROGENOMALATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE N02CC.					I
N02CD02	Galcanezumab	SOLUZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE					REG.AIFA		XXIV
N02CX07	erenumab	SOLUZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE					REG.AIFA		XXIV
N02CX09	FREMANEZUMAB	SOLUZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE					REG.AIFA		XXIV
N03AA02	FENOBARBITAL SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI						TAB. C L. 79/2014	I
N03AA02	FENOBARBITAL	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI						TAB. C L. 79/2014	I
N03AB02	FENITOINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
N03AB02	FENITOINA SODICA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AB52	FENITOINA/METILFENOBARBITAL	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I
N03AB52	FENITOINA/METILFENOBARBITAL/FENOBARBITAL	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I
N03AD01	ETOSUCCIMIDE	SCIROPPO	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AE01	CLONAZEPAM	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I
N03AE01	CLONAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I
N03AF01	CARBAMAZEPINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AF02	OXCARBAZEPINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N03AF03	RUFINAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			I
N03AG01	SODIO VALPROATO/ACIDO VALPROICO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AG01	SODIO VALPROATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
N03AG01	SODIO VALPROATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AG01	SODIO VALPROATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AG01	SODIO VALPROATO/ACIDO VALPROICO	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AG02	VALPROMIDE	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AG04	VIGABATRIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AX09	LAMOTRIGINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AX10	FELBAMATO	COMPRESSE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
N03AX11	TOPIRAMATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AX12	GABAPENTIN	CAPSULE	A	NOTA 4	RR - RIPETIBILE							I
N03AX14	LEVETIRACETAM	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
N03AX14	LEVETIRACETAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
N03AX18	LACOSAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI				SI			I
N03AX18	LACOSAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI				SI			II
N03AX21	RETIGABINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	PT	SCHEDA MONITORAGGIO AIFA. CONTINUITA' H-T		SI			III
N03AX22	PERAMPANEL	COMPRESSE	A-PHT		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	Piano Terapeutico Cartaceo (PT), in G.U. della durata di sei mesi, redatto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria						XX/XXIII
N03AX23	BRIVARACETAM	COMPRESSE	A-PHT		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI							XVIII
N03AX24	CANNIBIDILOLO	SOLUZIONE ORALE	A-PHT		RNRL					PT AIFA		XXIV
N04AA02	BIPERIDENE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04AA02	BIPERIDENE LATTATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04AB02	ORFENADRINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04BA02	LEVODOPA/BENSERAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPO NE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE				SI			I
N04BA05	MELEVODOPA/CARBIDOPA IDRATO	COMPRESSE EFFERVESCENTI	A		RR - RIPETIBILE							VI
N04BB01	AMANTADINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
N04BC04	ROPINIROLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04BC05	PRAMIPEXOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N04BC06	CABERGOLINA	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
N04BC07	APOMORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
N04BC09	ROTIGOTINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE		COME VIA DI SOMMINISTRAZIONE ALTERNATIVA NEI PAZIENTI CON DIFFICOLTÀ DI DEGLUTIZIONE O DA SOTTOPORRE AD-INTERVENTI CHIRURGICI.		SI			I
N04BD01	SELEGILINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							VI
N04BX04	OPICAPONE	CAPSULA RIGIDA	A-PHT		RR - RIPETIBILE							XIX
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPICOTICI ATIPICI.					I
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPICOTICI ATIPICI.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AA02	LEVOMEPROMAZINA MALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AA03	PROMAZINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AA03	PROMAZINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AB02	FLUFENAZINA DECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AB03	PERFENAZINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AB03	PERFENAZINA ENANTATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AD01	ALOPERIDOLO DECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AD01	ALOPERIDOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AD01	ALOPERIDOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AE04	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AE05	LURASIDONE	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					XVIII
N05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DICLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AH01	LOXAPINA	POLVERE PER INALAZIONE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	PT	DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					XVII
N05AH02	CLOZAPINA	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT	DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AH03	OLANZAPINA	CPR ORODISPERSIB./SUBLING.LI	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AH03	OLANZAPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AH03	OLANZAPINA PAMOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIO MODIFICATO	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AH05	ASENAPINA	COMPRESSE SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							IX
N05AH06	CLOTIAPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AH06	CLOTIAPINA	COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I
N05AL05	AMISULPRIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N05AL07	LEVOSULPIRIDE	COMPRESSE, GOCCE OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
N05AL07	LEVOSULPIRIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
N05AN01	LITIO CARBONATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
N05AX08	RISPERIDONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
N05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE RIVESTITE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
N05AX12	ARIPIPIRAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.		SI			I
N05AX12	ARIPIPIRAZOLO	COMPRESSE/SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
N05AX12	ARIPIPIRAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIO PROLUNGATO	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							VI
N05AX13	PALIPERIDONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. PRESCRIZIONE RISERVATA ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE OSPEDALIERE INDIVIDUATE DALLA REGIONE MARCHE E CON-REDAZIONE DEL PT COME PER ALTRI ANTIPSCOTICI ATIPICI CON LA POSSIBILITÀ DI RIVALUTAZIONE ENTRO UN ANNO.		SI			I
N05AX13	PALIPERIDONE PALMITATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. PRESCRIZIONE RISERVATA ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE OSPEDALIERE INDIVIDUATE DALLA REGIONE MARCHE E CON-REDAZIONE DEL PT COME PER ALTRI ANTIPSCOTICI ATIPICI CON LA POSSIBILITÀ DI RIVALUTAZIONE ENTRO UN ANNO. NUOVA INDICAZIONE: E'indicated nel trattamento della schizofrenia negli adolescenti a partire da 15 anni.					III/XVI/XIX
N05AX15	CARIPRAZINA CLORIDRATO	CAPSULA	A-PHT		RR-RIPETIBILE							XIX
N05AX16	Brexpiprazolo	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XXIV
N05BA	DELORAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE						TAB. D L. 79/2014	I
N05BA	DELORAZEPAM	COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05BA01	DIAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE						TAB. D L. 79/2014	I
N05BA01	DIAZEPAM	CLISMA	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05BA01	DIAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05BA06	LORAZEPAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05BA06	LORAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. D L. 79/2014	I
N05BA08	BROMAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05BA12	ALPRAZOLAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05BB01	IDROXIZINA DICLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
N05CD02	NITRAZEPAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05CD05	TRIAZOLAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N05CD06	LORMETAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
N05CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. D L. 79/2014	I
N05CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	SOLUZIONE ORALE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							XXIV
N05CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	SOLUZIONE ORO-MUCOSALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE						TAB. E L. 79/2014	VI
N05CM16	NIAPRAZINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA CLASSE DEGLI IPNOINDUCENTI NON BENZODIAZEPINICI, SI DEMANDA ALLE AZIENDE L' EVENTUALE SCELTA DI 1 FARMACO. L ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AD USO PEDIATRICO.					I
N05CM16	NIAPRAZINA	SCIROPPO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA CLASSE DEGLI IPNOINDUCENTI NON BENZODIAZEPINICI, SI DEMANDA ALLE AZIENDE L' EVENTUALE SCELTA DI 1 FARMACO.					I
N05CM18	DEXMETETOMIDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							VIII
N06AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AA09	AMITRIPTILINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06BA14	Solriamfetol	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RRL					SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA AIFA		XXIV
N06AB03	FLUOXETINA CLORIDRATO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AB04	CITALOPRAM BROMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AB05	PAROXETINA MESILATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AB06	SERTRALINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AB10	ESCITALOPRAM OSSALATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AX03	MIANSERINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
N06AX05	TRAZODONE CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
N06AX05	TRAZODONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
N06AX11	MIRTAZAPINA	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							I
N06AX11	MIRTAZAPINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
N06AX12	BUPROPIONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N06AX16	VENLAFAXINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA TRA VENLAFAXINA E DULOXETINA IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
N06AX21	DULOXETINA CLORIDRATO	CAPSULE	A	NOTA 4	RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA TRA VENLAFAXINA E DULOXETINA IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.		SI			I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N06AX26	VORTIOXETINA	COMPRESSE RIVESTITE, GOCCE	A		RR - RIPETIBILE				SI			XII
N06BC01	CAFFEINA CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE E OS	C		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			II
N06BX13	IDEBENONE	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVIII
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
N06DA03	RIVASTIGMINA	CAPSULE	A	NOTA 85	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
N06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
N07AA	FISOSTIGMINA SALICILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
N07AA01	NEOSTIGMINA METILSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
N07AA02	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
N07AX01	PILOCARPINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
N07BA03	VARENICLINA TARTRATO	COMPRESSE	A-PHT		RR					PT CARTACEO ALLEGATO ALL G.U.		XXI
N07BB	SODIO OXIBATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI						TAB. B L. 79/2014	I
N07BB01	DISULFIRAM	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	C		RR - RIPETIBILE							I
N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
N07BC01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
N07BC02	METADONE CLORIDRATO	SCIROPPO	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
N07BC51	BUPRENORFINA/NALOXONE	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	H		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO				SI		TAB. A L. 79/2014	I
N07CA01	BETAISTINA DICLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
N07XX02	RILUZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
N07XX06	TETRABENAZINA	COMPRESSE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							VI
N07XX07	AMINOPIRIDINA (FAMPRIDINA)	COMPRESSE	C		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		Su prescrizione di Centri Ospedalieri o specialista neurologo. Prosecuzione se test iniziale favorevole		SI			III
N07XX08	Tafamidis meglumine	CAPSULE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							XXIV
N07XX09	DIMETILFUMARATO	CAPSULE RIGIDE GASTRORES	A	65	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	RIC.DA OSP./INDIC.OSPEDALIERA		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.				VII
N07XX12	PATISIRAN	POLVERE PER CONCENTRATO PER SOLUZIONE PER INFUSIONE	H		RNRL				SI	INNOVATIVO		XXIII

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
N07XX15	INOTERSEN	Soluzione per iniezione ad uso sottocutaneo	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XXIV
P01AB01	METRONIDAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
P01AX02	EMETINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
P01AX06	ATOVAQUONE	SOSPENSIONE OS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
P01BA02	IDROXICLOROCHINA SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
P01BB51	ATOVAQUONE/PROGUANILE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
P01BC01	CHININA SOLFATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
P01BC02	MEFLOCHINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
P01CX01	PENTAMIDINA ISETIONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
P02CA01	MEBENDAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
P02CA03	ALBENDAZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
P03AC04	PERMETRINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
P03AC54	BENZILE BENZOATO/PERMETRINA/BENZOCAINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
R01AA07	XILOMETAZOLINA CLORIDRATO	GOCCE ORL	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DECONGESTIONANTE NASALE ALL INTERNO DELLA CLASSE R01A.					I
R01AX06	MUPIROCINA CALCICA	POMATA	C		RR - RIPETIBILE							I
R03AC02	SALBUTAMOLO SOLFATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
R03AC04	FENOTEROLO BROMIDRATO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
R03AC12	SALMETEROLO XINAFOATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
R03AC13	FORMOTEROLO FUMARATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE							I
R03AC18	INDACATEROLO MALEATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE				SI			II
R03AC19	OLODATEROLO	INALATORIA	A		RR - RIPETIBILE							XV
R03AK	BECLOMETASONE/SALBUTAMOLO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE.					I/XVIII
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONA PROPIONATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE.					I
R03AK07	BUDESONIDE/FORMOTEROLO FUMARATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. SCEGLIERE UN PRODOTTO TRA I DUE CON FORMOTEROLO PIÙ STEROIDE.					I
R03AK08	FORMOTEROLO E BECLOMETASONE	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. SCEGLIERE UN PRODOTTO TRA I DUE CON FORMOTEROLO PIÙ STEROIDE.					I/XV/XVIII
R03AK10	FLUTICASONA FUROATO+VILANTEROLO TRIFENATATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR-RIPETIBILE				SI			VIII
R03AK11	FLUTICASONA PROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO	INALATORIA	A		RR-RIPETIBILE							XV/XXIII

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
R03AL02	SALBUTAMOLO/IPRATROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE.					I
R03AL03	UMECLIDINIO BROMURO/ VILANTEROLO TRIFENATATO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV
R03AL04	INDACATEROLO -GLICOPIRRONIO BROMURO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			IX
R03AL05	ACLIDINIO BROMURO/ FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV
R03AL06	TIOTROPIO + OLODATEROLO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV/XVII
R03AL08	FLUTICASON FUROATO/ UMECLIDINIO/VILANTEROLO TRIFENATATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XX
R03AL09	100 microgrammi di beclometasone dipropionato, 6 microgrammi di formoterolo fumarato diidrato e 10 microgrammi di glicopirronio (sotto forma di 12,5 microgrammi di glicopirronio bromuro)	Soluzione pressurizzata per inalazione (liquido pressurizzato per inalazione)	A		RRL	PT						XIX
R03BA01	BECLOMETASONE DIPROPIONATO	VIA RESPIRATORIA NEBUL. SOSPENSIONE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE.					I
R03BA01	BECLOMETASONE DIPROPIONATO	VIA RESPIRATORIA SPRAY	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE.					I
R03BA02	BUDESONIDE	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE.					I
R03BA02	BUDESONIDE	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE.					I
R03BA03	FLUNISOLIDE	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE. IN ALTERNATIVA AL BECLOMETASONE COME STEROIDE DA NEBULIZZARE.					I
R03BA05	FLUTICASON PROPIONATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I/XVII
R03BA07	MOMETASONE FUROATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							III
R03BB01	IPRATROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
R03BB02	OXITROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
R03BB04	TIOTROPIO BROMURO	CAPSULE/SOLUZIONE PER INALAZIONE (RESPIMAT)	A		RR - RIPETIBILE		NUOVA INDICAZIONE SPECIFICA PER IL SOLO DEVICE RESPIMAT (SOL. PER INALAZIONE)					I/XVII
R03BB05	ACLIDINIO BROMURO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE				SI			III
R03BB06	GLICOPIRRONIO BROMURO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE				SI			III
R03BB07	UMECLIDINIO	INALATORIA	A		RR - RIPETIBILE							XV
R03CC02	SALBUTAMOLO SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
R03DA04	TEOFILLINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
R03DA04	TEOFILLINA ANIDRA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
R03DA05	AMINOFILLINA	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
R03DA05	AMINOFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
R03DA11	DOXOFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
R03DA11	DOXOFILLINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
R03DX05	OMALIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA						I/X
R03DX07	ROFLUMILATS	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		III
R03DX09	MEPOLIZUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA			SI			XVI/XXIV
R03DX10	BENRALIZUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL	PT AIFA		LA PRESCRIZIONE E'LIMITATA AI SOLI CLINICI AFFERENTI AI SOPRACITATI CENTRI				XX
R05CB01	ACETILCISTEINA	GRANULATO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
R05CB01	ACETILCISTEINA	FIALE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
R05CB03	CARBOCISTEINA	SCIROPPO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
R05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	AEROSOL	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
R05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	GRANULATO	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
R05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	SCIROPPO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
R05CB13	DESOSSIRIBONUCLEASI	AEROSOL	H		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
R05DA20	DIIDROCODEINA/ACIDO BENZOICO	SCIROPPO	A	NOTA 31	RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO AD AZIONE CENTRALE (ALCALOIDI DELL'OPPIO E DERIVATI) ED EVENTUALMENTE UNO PERIFERICO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER UN SEDATIVO AD AZIONE CENTRALE A SCELTA DELLE AZIENDE.					I
R05DB27	LEVODROPROPIZINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 31	RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER UN SEDATIVO AD AZIONE PERIFERICA A SCELTA DELLE AZIENDE.					I
R06AB02	DESCLORFENIRAMINA MALEATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE R06AB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
R06AB04	CLORFENAMINA MALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE R06AB IN BASE ALLE EVIDENZESCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
R06AD02	PROMETAZINA CLORIDRATO	CONFETTI	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE							I
R06AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO	COMPRESSE	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE R06AE E R06AX IN BASE ALLE EVIDENZESCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
R06AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE R06AE E R06AX IN BASE ALLE EVIDENZESCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
R06AX13	LORATADINA	COMPRESSE	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL INTERNO DELLA CLASSE R06AE E R06AX IN BASE ALLE EVIDENZESCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
R07AA	AMBROXOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
R07AA02	FRAZIONE FOSFOLIPIDICA DA POLMONE DI SUINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
R07AX02	IVACAFTOR	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VIII
R07AX30	IVACAFTOR/LUMACAFTOR	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			DISTR. LIMITATA AI CENTRI INDIVIDUATI	SI	REG. AIFA		XVII/XXIV
R07AX32 R07AX02	ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor ivacaftor	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XXIV
R07AX31 R07AX02	tezacaftor e ivacaftor ivacaftor	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XXIV
S01AA11	GENTAMICINA SOLFATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGLUCOSIDICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
S01AA12	TOBRAMICINA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGLUCOSIDICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
S01AA13	ACIDO FUSIDICO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01AA23	NETILMICINA SOLFATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGLUCOSIDICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
S01AA26	AZITROMICINA DIIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01AA27	CEFUROXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							IV
S01AA30	CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/TETRACICLINA	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01AA30	CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/ROLITETRACICLINA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01AD03	ACICLOVIR	UNGUENTO OFTALMICO	A		RR - RIPETIBILE							I
S01AE01	OFLOXACINA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN FLUOROCHINOLONICO LOCALE, NEL PTOR UN ESEMPIO NON VINCOLANTE AL FINE DIVISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA.					I
S01AX18	IODOPOVIDONE	COLLIRO	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
S01BA01	DESAMETASONE	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							II
S01BA01	DESAMETASONE INTRAVITREALE	IMPIANTO INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
S01BA01	DESAMETASONE INTRAVITREALE	IMPIANTO INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							X

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
S01BA05	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO (USO DIAGNOSTICO)							VIII
S01BA05	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO (USO TERAPEUTICO)							XII
S01BA15	FLUOCINOLONE ACETONIDE	IMPIANTO INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	PT OSPEDALIERO AIFA						XVI
S01BC03	DICLOFENAC SODICO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01BC03	DICLOFENAC SODICO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01CA01	DESAMETASONE FOSFATO DISODICO/NETILMICINA SOLFATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01CA05	BETAMETASONE/CLORAMFENICOLO /ROLITETRACICLINA/COLISTIMETAT O SODICO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01EA05	BRIMONIDINA TARTRATO	COLLIRO	A		RR - RIPETIBILE							I
S01EB01	PILOCARPINA NITRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01EB01	PILOCARPINA CLORIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01EB09	ACETILCOLINA CLORURO	FIALE + FIALE SOLVENTE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
S01EC01	ACETAZOLAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
S01EC03	DORZOLAMIDE CLORIDRATO	COLLIRO	A		RR - RIPETIBILE							I
S01ED01	TIMOLOLO MALEATO	COLLIRO	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (TIMOLOLO ED UN ALTERNATIVA).					I
S01ED51	DORZOLAMIDE CLORIDRATO/TIMOLOLO MALEATO	COLLIRO	A		RR - RIPETIBILE							I
S01EE01	LATANOPROST	COLLIRO	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (LATANOPROST ED UN ALTERNATIVA).					I
S01EE05	TAFLUPROST	COLLIRO	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	RMP	(PER PAZIENTI INTOLLERANTI A CONSERVANTI: BENZALCONIO CLORURO)					II
S01EX02	DAPIPRAZOLO CLORIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01FA01	ATROPINA SOLFATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01FA04	CICLOPENTOLATO CLORIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01FA06	TROPICAMIDE	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01FA56	TROPICAMIDE/FENILEFRINA CLORIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01FB01	FENILEFRINA CLORIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01GA01	NAFAZOLINA NITRATO	COLLIRO	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
S01HA02	OXIBUPROCAINA CLORIDRATO	COLLIRO	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
S01HA07	LIDOCAINA CLORIDRATO	COLLIRO	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
S01LA01	VERTEPORFINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE.					I
S01LA03	PEGAPTANIB SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE	SI		REG. AIFA		I
S01LA04	RANIBIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE	SI		REG. AIFA		I/XXIV
S01LA05	AFLIBERCEPT (G.U. n. 76/14, G.U. n. 49/15, G.U. n. 97/16 e G.U. n. 5/17)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			SI		REG. AIFA		VI/VIII/XIII/ XV
S01LA06	Brolucizumab	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			SI		REG. AIFA		XXIV
S01XA14	EPARINA SODICA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01XA18	CICLOSPORINA	COLLIRO	A-PHT		RRL							XXIV
S01XA20	CARBOMER	GEL OFTALMICO	C		OTC - LIBERA VENDITA		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L' EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRO ED 1 GEL/POMATA TOPICO.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
S01XA20	XANTOPTERINA/RETINOLO/RIBOFLAVINA/ERGOALCALCIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01XA20	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	COLLIRIO	C		OTC - LIBERA VENDITA		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L'EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRIO ED 1 GEL/POMATA TOPICO.					I
S01XA20	XANTOPTERINA/CLORAMFENICOLO/RETINOLO/RIBOFLAVINA/ERGOALCALCIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
S01XA22	OCRIPLASMINA	INTRAVITREALE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		IX
S01XA24	CENEGEMIN	FLACONCINO/COLLIRIO	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XVIII
S02CA05	FLUOCINOLONE ACETONIDE/NEOMICINA	GOCCE ORL	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE S02CA.					I
V01AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	COMPRESSE SUBLINGUALI	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE							VIII
V01AA07	Allergeni estratti da veleno di vespa (Vespula spp.) adsorbito su gel di idrossido di alluminio idrato	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP							XXIV
V01AA07	Allergeni estratti da veleno di Apis Mellifera adsorbito su gel di idrossido di alluminio idrato	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP							XXIV
V03AB01	IPECACUANA	SCIROPPO	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AB03	ACIDO EDETICO SALE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AB04	PRALIDOXIMA METILSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
V03AB06	SODIO TIOSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AB09	DIMERCAPROLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
V03AB14	PROTAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
V03AB15	NALOXONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
V03AB17	METILTIONINIO CLORURO	FIALE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AB23	ACETILCISTEINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
V03AB25	FLUMAZENIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
V03AB32	GLUTATIONE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AB35	SUGAMMADEX	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		UNICAMENTE PER ANTAGONISMO IMMEDIATO DEL BLOCCO INDOTTO DA ROCURONIO A SEGUITO DELL'ATTIVAZIONE DI UN REGISTRO INTERNO AL BLOCCO OPERATORIO DEI PAZIENTI TRATTATI IN DATA 16.04.2012 PARERE FAVOREVOLE PER L'IMPIEGO IN ALCUNE CASISTICHE SELEZIONATE (CHIRURGICHE)		SI			II
V03AB37	IDARUCIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		E' RACCOMANDABILE CHE LE STRUTTURE SI DOTINO DEGLI APPOSITI TEST DI COAGULAZIONE					XVI
V03AC01	DEFEROXAMINA MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
V03AC02	DEFERIPRONE	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
V03AC03	DEFERASIROX	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
V03AE01	SODIO POLISTIRENE SOLFONATO	SOSPENSIONE OS	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
V03AE02	SEVELAMER CLORIDRATO/CARBONATO	COMPRESSE/BUSTE	A		RR - RIPETIBILE							II
V03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO	POLVERE ORALE	A		RR - RIPETIBILE	PT-RMP	IN ALTERNATIVA AL SEVELAMER IN PAZIENTI INTOLLERANTI O CON PROBLEMI DI COMPLIANCE.					VII
V03AE05	OSSIDROSSIDO SUCROFERRICO	COMPRESSA MASTICABILE	A		RRL	PT-RMP	PT REGIONALE , allegato al verbale CRAT n 21 del 26/09/2017		SI			XVII
V03AE09	Patiomer	Polvere per sospensione orale	A		RRL					PT AIFA		XXIV
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	Polvere per sospensione orale	A		RRL					PT AIFA		XXIV
V03AF	CALCIO MEFOLINATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI, PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AF01	MESNA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
V03AF02	DEXRAZOXANO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
V03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AF05	AMIFOSTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
V03AF07	RASBURICASE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
V03AH01	DIAZOSSIDO	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
V04CA02	GLUCOSIO (DESTROSI) MONOIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATINELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CD05	SOMATORELINA ACETATO IDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATINELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CH02	INDIGO CARMINE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATINELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CJ01	TIROTROPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATINELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CX	SODIO BICARBONATO/ACIDO CITRICO ANIDRO	GRANULATO	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATINELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CX	METACOLINA CLORURO	FIALE + FIALE SOLVENTE	C		USPL - USO SPECIALISTICO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATINELLA LISTA DEL PTOR.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tà	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
V04CX	FLUORESCINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CX	UREA C TREDICI	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CX	UREA C TREDICI	COMPRESSE	H		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
V04CX	VERDE INDOCIANINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
V06DD	AMINOACIDI KETOANALOGHI/AMINOACIDI	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - RIPETIBILE	RMP	SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
V07AB	ETAMIDO/MS1/ACIDO LATTOBIONICO/POTASSIO IDROSSIDO/SODIODROSSIDO/ADENOSINA/ALLOPURINOLO/POTASSIO FOSFATO MONOBASICO/MAGNESIO SOLFATO EPTAIDRATO/RAFFINOSIO PENTAIDRATO/GLUTATIONE	SOLUZ. PER CONSERVAZIONE ORGANI	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
V07AB	ACQUA PER PREPARAZIONI INIETTABILI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
V08AA01	AMIDOTRIZOATO SODICO/MEGLUMINA AMIDOTRIZOATO	SOLUZIONE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08AB02	IOEXOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08AB04	IOPAMIDOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08AB05	IOPROMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08AB07	IOVERSOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					XIX
V08AB09	IODIXANOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08AB10	IOMEPROLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08AB11	IOBITRIDOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					XIII
V08BA01	BARIO SOLFATO	CLISMA	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08BA01	BARIO SOLFATO	POLVERE OS	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08CA01	ACIDO GADOPENTETICO SALE DIMEGLUMINICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
V08CA02	ACIDO GADOTERICICO/GADOLINIO OSSIDO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08CA04	GADOTERIDOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					XVIII
V08CA08	ACIDO GADOBENICO SALE DIMEGLUMINICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.					I
V08CA09	GADOBUTROLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.		SI			I
V08DA05	ZOLFO ESAFLUORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI.		SI			I
V10XX	ITTRIO CLORURO	PRECURSORE RADIOFARMACEUTICO	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI RADIOFARMACI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI. NEL PTOR UN SOLO ESEMPIO NONVINCOLANTE AL FINE DI CONSENTIRE LA VISUALIZZAZIONE DELLA NOTA.					I
V10XX03	RADIO-223RA-DICLORURO	ENDOVENA	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VIII
V10XX04	LUTEZIO-177 OXODTRETIDE	ENDOVENA	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XX

Legenda

Le colonne "Classe di rimborsabilità", "Nota/e AIFA" e "Regime di fornitura" sono finalizzate a valutare il grado di aggiornamento e la rispondenza del PTOR rispetto allo status regolatorio definito dall'AIFA
Le colonne "Modalità richiesta", "Limitazione prescrivibilità da PTO" e "Limitazione canale di erogazioni da PTO" sono finalizzate a rilevare le iniziative proprie della Regione in tema di regolazione/limitazioni
La colonna "Limitazione prescrivibilità da PTO" è volta a descrivere ogni modalità di gestione dell'appropriatezza prescrittiva: scheda di monitoraggio AIFA, scheda di monitoraggio AIFA online, scheda di
La colonna "Limitazione canale di erogazioni da PTOR" si riferisce alla presenza o meno di scelte organizzative della Regioni nella dispensazione di un principio attivo esclusivamente attraverso la distribuzione
Infine, la colonna "In PTOR da N. Edizione" si riferisce alla versione del PTOR in cui il farmaco è stato incluso

Elenco dei nuovi farmaci inseriti nel PTOR XXV edizione

N.	PRINCIPIO ATTIVO	ATC	NOTE
1	DOLUTEGRAVIR/ LAMIVUDINA	J05AR25	Nuova indicazione per il trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1), negli adulti negli adolescenti di età superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 40 kg, con nessuna resistenza nota o sospetta verso la classe degli inibitori dell'integrasi o verso lamivudina.
2	NALDEMEDINA TOSILATO	A06AH05	Il farmaco è indicato per il trattamento della costipazione indotta da oppioidi (Opioid-Induced Constipation, OIC) nei pazienti adulti che sono stati trattati in precedenza con un lassativo.
3	CERTOLIZUMAB PEGOL	L04AB05	Nuova indicazione per il trattamento della psoriasi a placche da moderata a grave in pazienti adulti che sono candidati per la terapia sistemica.
4	RUCAPARIB	L01XX55	Rucaparib è stato approvato con EC decision del 23 Gennaio 2019 con l'indicazione: monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con recidiva platino sensibile di carcinoma ovarico epiteliale ad alto grado, delle tube di Falloppio o peritoneale primario, in risposta (risposta completa o parziale) dopo chemioterapia a base di platino.
5	CABOZANTINIB	L01XE26	Nuova indicazione come monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare (HCC) negli adulti che sono stati precedentemente trattati con sorafenib.
6	INOTERSEN	N07XX15	Il farmaco è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da amiloidosi ereditaria da accumulo da transtiretina (hATTR) con polineuropatia in stadio 1 o 2.
7	GLECAPREVIR/PI BRENTASVIR	J05AP57	Il farmaco è indicato per il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) negli adulti e negli adolescenti di età compresa tra 12 e <18 anni.
8	TUROCTOCOG ALFA PEGOL	B02BD02	Il farmaco è indicato per il trattamento e profilassi di episodi emorragici in pz affetti da emofilia A a partire da 12 anni(deficit congenito di fattore VIII).
9	ERENUMAB	N02CX07	Il farmaco è indicato per la profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese.
10	FREMANEZUMAB	N02CX09	Il farmaco è indicato per la profilassi dell'emicrania in adulti che presentano almeno 4 giorni di emicrania al mese
11	GALCANEZUMAB	N02CD02	Il farmaco è indicato per la profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese.
12	ATEZOLIZUMAB	L01XC32	Il farmaco ha NUOVE INDICAZIONI: 1) Tecentriq, in combinazione con carboplatino ed etoposide, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC);

			2) Tecentriq in combinazione con nab-paclitaxel è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma mammario triplo negativo (triple-negative breast cancer, TNBC) non resecabile localmente avanzato o metastatico i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 $\geq 1\%$ e che non sono stati sottoposti a precedente chemioterapia per malattia metastatica.
13	MEPOLIZUMAB	R03DX09	La nuova indicazione del farmaco è la seguente; è indicato come terapia aggiuntiva per l'asma eosinofilo refrattario severo in pazienti adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni.
14	CICLOSPORINA	S01XA18	Il farmaco è indicato per il trattamento della cheratocongiuntivite Vernal SEVERA (VKC severa) nei bambini al di sopra di 4 anni e negli adolescenti.
15	VELMANASE ALFA	A16AB15	Il farmaco è indicato per il trattamento della terapia enzimatica sostitutiva per il trattamento di manifestazioni non neurologiche in pazienti affetti da alfa-mannosidosi da lieve a moderata.
16	LUSUTROMBOPA G	B02BX07	Il farmaco è indicato per il trattamento della trombocitopenia severa in pazienti adulti affetti da malattia epatica cronica sottoposti a procedure invasive.
17	FINGOLIMOD CLORIDRATO	L04AA27	La nuova indicazione è per i pazienti pediatrici di 10 anni di età e oltre stessa indicazione dell'adulto da 10 anni in su del medicinale in oggetto viene riconosciuta l'innovatività, in relazione all'indicazione terapeutica pediatrica
18	BLINATUMOMAB	L01XC19	Nuove indicazioni: 1. "è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti pediatrici di età pari o superiore a 1 anno con LLA da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia, in recidiva dopo aver ricevuto almeno due precedenti terapie o in recidiva dopo allotrapianto di cellule staminali ematopoietiche. 2. è indicato in monoterapia per il trattamento di adulti con LLA da precursori delle cellule B negativa per il cromosoma Philadelphia, positiva per il CD19, in prima o seconda remissione completa con malattia minima residua (MRD), superiore o uguale allo 0,1%."
19	TAFAMIDIS MEGLUMINE	N07XX08	Il farmaco è indicato per il trattamento dell'amiloidosi da transtiretina a trasmissione ereditaria nei pazienti adulti affetti da polineuropatia sintomatica di stadio 1 al fine di ritardare la compromissione neurologica periferica.
20	ELOTUZUMAB	L01XC23	La Nuova indicazione in combinazione con pomalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma e con progressione della malattia durante l'ultima terapia.
21	POMALIDOMIDE	L04AX06	La Nuova indicazione in associazione con bortezomib e desametasone, è indicato nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia comprendente lenalidomide.
22	BRIGATINIB	L01XE43	Il farmaco è indicato: - come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) in stadio avanzato, precedentemente non trattati con un inibitore di ALK. L'AIFA per questa indicazione ha riconosciuto l'innovatività.

			- è indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) in stadio avanzato, precedentemente trattati con crizotinib.
23	IDROCORTISONE	H02AB09	Terapia sostitutiva dell'insufficienza surrenalica nei neonati, nei bambini e negli adolescenti (dalla nascita a < 18 anni).
24	INSULINA GLARGINE	A10AE04	NUOVA INDICAZIONE: Trattamento del diabete mellito negli adulti, negli adolescenti e nei bambini a partire dai 6 anni di età.
25	BREXPIRAZOLO	N05AX16	Brexpiprazolo è indicato per il trattamento della schizofrenia nei pazienti adulti
26	UPADACITINIB	L04AA44	Il farmaco è indicato nel trattamento dell'artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (OMARO). Il farmaco può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.
27	MOGAMULIZUMA B	L01XC25	Il farmaco è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da micosi fungoide (MF) o Sindrome di Sézary (SS) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia sistemica.
28	OLAPARIB	L01XX46	La nuova indicazione del farmaco: carcinoma ovarico Lynparza è indicato, in monoterapia, per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro dell'ovaio epiteliale di alto grado avanzato (stadio III e IV secondo FIGO) BRCA1/2-mutato (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, che sono in risposta (completa o parziale) dopo il completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino innovatività condizionata.
29	DUPILUMAB	D11AH05	La nuova indicazione del farmaco: è rimborsato negli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni con dermatite atopica grave eleggibili per la terapia sistemica, che presentano un punteggio EASI ≥ 24 oppure una delle seguenti caratteristiche: 1. localizzazione in zone visibili e/o sensibili quali: viso/collo e/o mani e/o genitali; 2. valutazione del prurito con scala NRS ≥ 7 ; 3. valutazione della qualità della vita con indice CDLQI ≥ 10 . In merito a tali indicazioni l'AIFA ha riconosciuto a dupilumab l'innovatività.
30	PEMBROLIZUMA B	L01XC18	La nuova indicazione del farmaco POLMONE: Pembrolizumab, in associazione a carboplatino e paclitaxel o nab-paclitaxel, è indicato nel trattamento di prima linea del NSCLC metastatico squamoso negli adulti. NUOVA INDICAZIONE TESTA COLLO: Pembrolizumab, in monoterapia o in associazione a chemioterapia contenente platino e 5-fluorouracile (5-FU), è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule squamose della testa e del collo (HNSCC), metastatico o ricorrente non resecabile, negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1 . NUOVA INDICAZIONE RENE: Pembrolizumab, in associazione ad axitinib, è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali (RCC) avanzato negli adulti.
31	TOFACITINIB	L04AA29	La nuova indicazione del farmaco: Colite ulcerosa Tofacitinib è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da colite ulcerosa (CU) attiva da moderata a severa che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono intolleranti alla terapia convenzionale o a un agente biologico.

32	BROLUCIZUMAB	S01LA06	Il farmaco è indicato negli adulti per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD).
33	DARATUMUMAB	L01XC24	La nuova indicazione del farmaco è indicato: 1. in associazione con lenalidomide e desametasone, o bortezomib e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno una precedente terapia; 2. in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, le cui terapie precedenti abbiano incluso un inibitore del proteasoma e un immunomodulatore, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia.
34	GIVOSIRAN	A16AX16	Il farmaco è indicato per il trattamento della porfiria epatica acuta (Acute hepatic porphyria - AHP) in adulti e adolescenti di età pari e superiore a 12 anni.
35	CEFTOLOZANO/ TAZOBACTAM	J01DI54	La nuova indicazione del farmaco: Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP).
36	RIVAROXABAN	B01AF01	La nuova indicazione del farmaco è rimborsata da Piano Terapeutico AIFA, La rimborsabilità a carico del S.S.N., in regime di dispensazione A/RRL (cardiologo, angiologo, chirurgo vascolare), da parte dei centri ospedalieri o di specialisti individuati dalle Regioni, è limitata (nel rispetto della scheda tecnica del farmaco) ai pazienti adulti ad alto rischio di eventi ischemici, in aggiunta ad acido acetilsalicilico (ASA), che soddisfino la seguente condizione clinica: Paziente con diagnosi di arteriopatia periferica sintomatica (dell'arto inferiore)§ che non necessiti di doppia terapia antiaggregante o di terapia anticoagulante (a dose piena) o altra terapia antiaggregante diversa dall'ASA e per il quale la singola terapia con acido acetilsalicilico rappresenti lo standard di cura. Per arteriopatia periferica (PAD) (arti inferiori) sintomatica si intende: precedente intervento chirurgico di bypass aorto-femorale, intervento chirurgico di bypass dell'arto inferiore o intervento di rivascolarizzazione mediante PCA dell'arteria iliaca o delle arterie infra-inguinali, o pregressa amputazione dell'arto o del piede per malattia vascolare arteriosa, o diagnosi clinica di claudicatio intermittens associata ad una o più delle seguenti condizioni: I) rapporto pressione sanguinea caviglia/braccio <0,90, II) stenosi arteriosa periferica > 50% documentata con angiografia o con un eco doppler arterioso o III) stenosi carotidee rivascolarizzate, o stenosi carotidee asintomatiche >50% diagnosticata con angiografia o eco doppler.
37	DAROLUTAMIDE	L02BB06	Il farmaco è indicato per il trattamento degli uomini adulti con carcinoma prostatico non metastatico resistente alla castrazione (nmCRPC) che sono ad alto rischio di sviluppare malattia metastatica.
38	LENALIDOMIDE	L04AX04	La nuova indicazione del farmaco: in regime terapeutico di associazione con bortezomib e desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto. NUOVA: Revlimid in associazione con rituximab (anticorpo anti-CD20) è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con linfoma follicolare (grado 1-3a) precedentemente trattato.
39	GILTERITINIB	L01XE54	Il farmaco è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3, con rischio citogenetico non sfavorevole.
40	VOLANESORSEN	C10AX18	Il farmaco è indicato: Waylivra è rimborsato in pazienti adulti affetti da sindrome da chilomicronemia familiare (FCS) confermata geneticamente e con storia di pancreatite acuta (almeno 1 episodio negli ultimi 5 anni), nonostante la dieta e la terapia di riduzione dei trigliceridi (fibrati e acidi grassi omega 3).

41	TEDUGLUTIDE, ANALOGO DEL PEPTIDE GLUCAGONE- SIMILE 2 (GLP-2)	A16AX08	Il farmaco è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da sindrome dell'intestino corto. I pazienti devono essere in condizioni stabili dopo un periodo di adattamento dell'intestino a seguito dell'intervento. Inoltre è indicato per il trattamento di pazienti di un anno di età e oltre, affetti da sindrome dell'intestino corto. I pazienti devono essere in condizioni stabili dopo un periodo di adattamento dell'intestino a seguito dell'intervento.
42	PERTUZUMAB	L01XC13	La nuova indicazione del farmaco: in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva. La rimborsabilità del medicinale è stata richiesta dalla scrivente e approvata da AIFA per il sottogruppo di pazienti a linfonodi positivi.
43	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC	M09AX0 9	Il farmaco è indicato per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti con peso fino a 13,5 kg: diagnosi clinica di SMA di tipo 1 ed esordio nei primi sei mesi di vita, oppure diagnosi genetica di SMA di tipo 1 (mutazione biallelica nel gene SMN1 e fino a due copie del gene SMN2).
44	MEROPENEM/ VABORBACTAM	J01DH52	Il farmaco è indicato per il trattamento delle seguenti infezioni negli adulti: <ul style="list-style-type: none"> ● infezione del tratto urinario complicata (cUTI), compresa pielonefrite; ● infezione intra-addominale complicata (cIAI); ● polmonite nosocomiale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione (VAP). Trattamento di pazienti con batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate. Vaborem® è inoltre indicato per il trattamento di infezioni dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate. Occorre tenere in considerazione le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.
45	SOMATROPINA	H01AC01	La nuova indicazione riguarda i bambini: Deficit staturale dovuto a Sindrome di Noonan
46	SOLRIAMFETOL	N06BA14	Il farmaco è indicato per migliorare lo stato di veglia e ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna in pazienti adulti affetti da narcolessia (con o senza cataplessia). Il farmaco è indicato per migliorare lo stato di veglia e ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna (ESD) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva del sonno (Obstructive Sleep Apnoea, OSA) nei quali l'ESD non è stata trattata in modo soddisfacente con la terapia primaria per l'OSA, ad es. la pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP).
47	SIPONIMOD ACIDO FUMARICO	L04AA42	Il farmaco è indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla secondariamente progressiva (SMSP) con malattia attiva evidenziata da recidive o da caratteristiche radiologiche di attività infiammatoria.
48	MIDAZOLAM ORALE	N05CD08	Il farmaco è indicato nei bambini di età compresa tra 6 mesi e 17 anni, per la sedazione moderata prima di una procedura terapeutica o diagnostica o come premedicazione prima dell'anestesia.

49	TALAZOPARIB	L01XX60	<p>Il farmaco è indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mutazioni germinali BRCA1/2, affetti da carcinoma mammario HER2-negativo localmente avanzato o metastatico. I pazienti devono essere stati precedentemente trattati con una antraciclina e/o un taxano nel contesto (neo)adiuvante, localmente avanzato o metastatico, ad eccezione dei pazienti non idonei per tali trattamenti.</p> <p>I pazienti con carcinoma mammario positivo ai recettori ormonali (HR) devono essere stati precedentemente trattati con terapia endocrina o ritenuti non idonei alla terapia endocrina e devono aver ricevuto una linea di trattamento con inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti (CDK4/6).</p> <p>I pazienti con carcinoma mammario negativo ai recettori ormonali (HR) devono essere stati precedentemente trattati con chemioterapia a base di platino, ad eccezione dei pazienti non idonei per tale trattamento.</p>
50	AVATROMBOPAG	B02BX08	<p>Il farmaco è indicato per il trattamento della trombocitopenia grave, nei pazienti adulti con malattia epatica cronica e programmati per essere sottoposti a una procedura invasiva.</p>
51	ANAKINRA	L04AC03	<p>La nuova indicazione del farmaco è per il trattamento della seguente sindrome febbrile periodica autoinfiammatoria negli adulti, negli adolescenti, nei bambini e nei lattanti di età ≥ 8 mesi con un peso corporeo ≥ 10 kg: Febbre Familiare Mediterranea (FMF)</p> <p>Kineret è indicato per il trattamento della febbre mediterranea familiare (FMF). Se appropriato, Kineret deve essere somministrato in associazione con colchicina.</p>
52	SEMAGLUTIDE	A10BJ06	<p>Il farmaco è indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato, per migliorare il controllo glicemico in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico</p> <ul style="list-style-type: none"> • come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni • in associazione ad altri medicinali per il trattamento del diabete.
53	TEZACAFTOR E IVACAFTOR IVACAFTOR	R07AX31 R07AX02	<p>Il farmaco è indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento di pazienti affetti da fibrosi cistica (FC) di età pari e superiore a 12 anni, omozigoti per la mutazione F508del o eterozigoti per la mutazione F508del e che presentano una delle seguenti mutazioni nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR): P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G, e 3849+10kbC→T.</p> <p>Come da indicazione approvata, Symkevi® deve essere utilizzato in associazione a Kalydeco® 150mg (già presente in prontuario confezione da 56 cpr 150mg); l'introduzione in prontuario è quindi richiesta anche per la nuova confezione di Kalydeco® 150mg da 28cpr nell'indicazione (si veda GU serie generale n.159 del 05/07/2021):</p> <p>Kalydeco® compresse è indicato anche in un regime di associazione con tezacaftor 100 mg/ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento di pazienti affetti da fibrosi cistica (FC) di età pari e superiore a 12 anni, omozigoti per la mutazione F508del o eterozigoti per la mutazione F508del e che presentano una delle seguenti mutazioni nel gene CFTR: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272 26A→G, e 3849+10kbC→T.</p>
54	IVACAFTOR/TEZA CAFTOR/ELEXAC AFTOR IVACAFTOR	R07AX32 R07AX02	<p>L'indicazione per la quale si richiede l'introduzione di Kaftrio® nel prontuario regionale è la seguente (si veda GU serie generale n.159 del 5-7-2021): Kaftrio® è indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età pari e superiore a 12 anni, che sono omozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) o eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una</p>

			<p>mutazione a funzione minima (MF).</p> <p>Come da indicazione approvata, Kaftrio® deve essere utilizzato in associazione a Kalydeco® 150 mg 28 compresse (già presente in prontuario confezione da 56 compresse); l'introduzione in prontuario è, quindi, richiesta anche per la nuova confezione di Kalydeco® 150 mg da 28 compresse nell'indicazione (GU Serie generale n. 159 del 5-7-2021): in un regime di associazione con ivacaftor 75 mg/tezacaftor 50 mg/elexacaftor 100 mg compresse per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari e superiore a 12 anni affetti da fibrosi cistica (FC), omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR o eterozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF).</p>
55	LUMACAFITOR/IV ACAFTOR	R07AX30	<p>Il rimborso del farmaco nella indicazione proposta per l'introduzione nel Prontuario Regionale è seguente alla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 159 del 05-07-2021.</p> <p>Le nuove indicazioni, confezioni e formulazioni per cui si chiede l'introduzione nel prontuario sono le seguenti:</p> <p>ORKAMBI® 100 mg/125 mg compresse rivestite con film: Orkambi® compresse indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni omozigoti per la mutazione F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR)</p> <p>ORKAMBI® 100 mg/125 mg granulato in bustina e ORKAMBI® 150 mg/188 mg granulato in bustina: Orkambi® granulato è indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in bambini di età pari o superiore a 2 anni omozigoti per la mutazione F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR)</p> <p>Il nuovo dosaggio della formulazione compresse è dedicato, come riportato nel RCP del prodotto, alla popolazione da 6 a 11 anni omozigote per la mutazione F508del del gene CFTR, mentre le formulazioni granulato sono rivolte al trattamento dei pazienti da 2 a 5 anni omozigote per la mutazione F508del del gene CFTR.</p>
56	LORLATINIB	L01ED05	<p>Il farmaco è indicato come monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) la cui malattia è progredita dopo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alectinib o ceritinib come terapia di prima linea con un inibitore della tirosin chinasi (TKI) ALK; oppure • crizotinib e almeno un altro TKI ALK.
57	ALLERGENI ESTRATTI DA VELENO DI APIS MELLIFERA ADSORBITO SU GEL DI IDROSSIDO DI ALLUMINIO IDRATO	V01AA07	<p>Il farmaco è indicato in immunoterapia allergene specifica per pazienti con una storia documentata di reazioni allergiche IgE-mediate generalizzate e/o sistemiche causate da sensibilizzazione al veleno di Ape (Apis mellifera) confermata da Skin Prick Test e/o test intradermico e/o presenza di IgE specifiche nel siero.</p>

58	ALLERGENI ESTRATTI DA VELENO DI VESPA (VESPULA SPP.) ADSORBITO SU GEL DI IDROSSIDO DI ALLUMINIO IDRATO	V01AA07	Il farmaco è indicato in immunoterapia allergene specifica per pazienti con una storia documentata di reazioni allergiche IgE-mediate generalizzate e/o sistemiche causate da sensibilizzazione al veleno di vespa (<i>Vespula spp.</i>) confermata da Skin Prick Test e/o test intradermico e/o presenza di IgE specifiche nel siero.
59	SECUKINUMAB	L04AC10	La nuova indicazione è per il trattamento della spondiloartrite assiale non radiografica attiva con segni oggettivi di infiammazione come indicato da elevati livelli di proteina C reattiva (CRP) e / o da immagini di risonanza magnetica (MRI) in adulti con risposta inadeguata a farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS).
60	RANIBIZUMAB	S01LA04	La nuova indicazione è per nei neonati pretermine per il trattamento della retinopatia del prematuro (ROP) in zona I (stadio 1+, 2+, 3 o 3+), zona II (stadio 3+) o AP-ROP (Aggressive Posterior ROP)
61	OZANIMOD	L04AA38	e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR) con malattia in fase attiva, come definito da caratteristiche cliniche o di imaging.
62	DULAGLUTIDE	A10BJ05	La nuova indicazione è per l'utilizzo appropriato degli agonisti GLP-1R nel diabete di tipo 2. L'aggiornamento riguarda la sola sezione Dulaglutide, riportandola nuova associazione rimborsata (gliflozina - metformina e gliflozina). Inoltre con Determina n°1002/2021 pubblicata in GU n°213 del 6-9-2021, l'AIFA ha rimborsato due nuovi dosaggi di Trulicity: 3mg e 4,5mg già inseriti nel Piano Terapeutico aggiornato.
63	EZETIMIBE/ ATORVASTATINA	C10BA05	Il farmaco è indicato in aggiunta alla dieta per il trattamento dell'ipercolesterolemia primaria come terapia sostitutiva in pazienti adulti adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati insieme con lo stesso stesso dosaggio dell'associazione a dose fissa, ma come medicinali diversi.
64	CICLOSILICATO DI SODIO E ZIRCONIO	V03AE10	Il farmaco è indicato per il trattamento dell'iperkaliemia nei pazienti adulti
65	ALPELISIB	L01EM03	Il farmaco è indicato in associazione a fulvestrant per il trattamento delle donne in post-menopausa, e degli uomini, affetti da carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2), con mutazione di PIK3CA, dopo progressione di malattia successiva a terapia endocrina come monoterapia.
66	ISATUXIMAB	L01XC38	Il farmaco è indicato in associazione a pomalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con Mieloma Multiplo Recidivato e Refrattario (MMRR) che hanno ricevuto almeno due terapie precedenti, tra cui lenalidomide e un inibitore del proteasoma, e con progressione della malattia durante l'ultima terapia (indicazione oggetto della presente domanda).
67	FOSTAMATINIB	B02BX09	Il farmaco è indicato per il trattamento della trombocitopenia immune (immune thrombocytopenia, ITP) cronica in pazienti adulti refrattari ad altri trattamenti.

68	PATIROMER	V03AE09	Il farmaco è indicato per il trattamento dell'iperkaliemia (HK) negli adulti.
69	ENZALUTAMIDE	L02BB04	Il farmaco è indicato per il trattamento di uomini adulti con cancro della prostata non metastatico ad alto rischio resistente alla castrazione (castration resistant prostate cancer, CRPC).
70	TAFAMIDIS	N07XX08	Indicazione ammessa alla rimborsabilità: il farmaco è indicato per il trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild type o ereditaria nei pazienti adulti affetti da cardiomiopatia (ATTR-CM) in classe NYHA I e II.
71	BRENTUXIMAB VEDOTIN	L01XC12	Le nuove indicazioni del farmaco sono: - Linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico: Adcetris è indicato in combinazione con ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (CHP) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico (sALCL); - in combinazione con doxorubicina, vinblastina e dacarbazina (AVD) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ in stadio IV non candidabili a trattamento con bleomicina.
72	ENTRECTINIB	L01EX14	Il farmaco è indicato ROZLYTREK in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 12 anni con tumori solidi che esprimono una fusione dei geni del recettore tirosinchinasico neurotrofico (NTRK), che sono affetti da malattia localmente avanzata, metastatica o la cui resezione chirurgica potrebbe comportare una severa morbidità, e che non sono stati trattati in precedenza con un inibitore di NTRK, che non dispongono di opzioni terapeutiche soddisfacenti.
73	LAROTRECTINIB SOLFATO	L01EX12	Il farmaco è indicato per il trattamento in monoterapia di pazienti adulti e pediatrici affetti da tumori solidi che presentino una fusione di geni del Recettore Tirosin Chinasi Neurotrofico (Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase, NTRK), che abbiano una malattia localmente avanzata, metastatica oppure nel caso in cui la resezione chirurgica possa determinare una severa morbidità, e che non dispongano di opzioni terapeutiche soddisfacenti.
74	LANADELUMAB	B06AC05	Il farmaco è indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (HAE) in pazienti di età pari o superiore a 12 anni.
75	5-FLUOROURACILE	L01BC02	Il farmaco è indicato per il trattamento topico della cheratosi attinica non ipercheratosica, non ipertrofica (grado I e II della scala di Olsen) del viso, delle orecchie e/o del cuoio capelluto negli adulti.
76	CANNABIDILOLO	N03AX24	Il farmaco è indicato come terapia aggiuntiva, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Lennox Gastaut (LGS) o a sindrome di Dravet (DS) nei pazienti a partire da due anni di età.
77	CEFIDEROCOL	J01DI04	Il farmaco è indicato per il trattamento delle infezioni dovute a organismi aerobi gram-negativi negli adulti con opzioni terapeutiche limitate.