



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 275 LEGISLATURA N. X

delibera
1064

DE/PR/ARS Oggetto: Prontuario Terapeutico Ospedale/Territorio Regionale
0 NC (PTOR) - XX Edizione 1° aggiornamento 2019

Prot. Segr.
1160

Lunedì 16 settembre 2019, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|-----------------------|----------------|
| - LUCA CERISCIOLI | Presidente |
| - ANNA CASINI | Vicepresidente |
| - LORETTA BRAVI | Assessore |
| - FABRIZIO CESETTI | Assessore |
| - ANGELO SCIAPICHETTI | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|------------------|-----------|
| - MANUELA BORA | Assessore |
| - MORENO PIERONI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Deborah Giraldi.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
1064

**OGGETTO: Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) –
XX Edizione 1° aggiornamento 2019**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal dirigente della P. F. Assistenza Farmaceutica dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del dirigente della posizione di funzione Assistenza farmaceutica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenda Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1. di aggiornare il Prontuario Terapeutico Ospedale/Territorio Regionale (PTOR) adottato con la DGR n. 1721 del 17 dicembre 2018, approvando le modifiche indicate nell'ALLEGATO A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di stabilire che il PTOR nella sua XX edizione 1° aggiornamento 2019 è immediatamente efficace per tutti gli Enti del SSR e che sostituisce le precedenti versioni, e gli eventuali costi derivanti del presente atto rientrano nel budget assegnato agli Enti del SSR nella quota parte riferita alla spesa farmaceutica di competenza;
3. di comunicare agli Enti del SSR l'avvenuto aggiornamento del PTOR, trasmettendo loro il presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Giraldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Luca Ceriscioli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -***Normativa di riferimento***

- Legge 189 del 08/11/2012;
- DGR 135 del 26/2/2007, "Art.1, comma 796, lettera 1) punto 2 e lett. Z L. n. 296/2006 – Assistenza farmaceutica anno 2007 – Atto di indirizzo per le aziende sanitarie e l'INRCA";
- DGR 1807 del 9/12/2008, "Legge 222/2007 atto d'indirizzo alle aziende sanitarie e all'INRCA per la riduzione della spesa farmaceutica con particolare riferimento alla spesa ospedaliera";
- DGR 1228/2010, "DGR n. 1807/2008 Approvazione Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio Regionale";
- DGR 767 del 28/05/2012, "Recepimento e attuazione dell'accordo Stato-regioni del 18 novembre 2010 sull'accesso ai farmaci innovativi";
- DGR 1795 del 28/12/2012, "DGR 1228/2010 – Aggiornamento Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR)";
- DGR 1199 del 02/08/2013, "Aggiornamento Allegato B DGR 1795 del 28/12/2012. Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio Regionale (PTOR) – 1° semestre 2013";
- DGR 148 del 17/02/2014, "Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio Regionale (PTOR) – IV Edizione aggiornata al 2° semestre 2013";
- Decreto dirigente Servizio Salute n. 97/S04/2009 (Commissione regionale PTOR);
- DGR n. 884 del 21/07/2014, "Disciplina di riordino della rete regionale delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR) e dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTOAV)";
- DGR n. 1062 del 22/09/2014, "DGR 884/2014 - Disciplina di riordino della rete regionale delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR) e dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTOAV) - Modifica ed integrazione componenti";
- DGR n. 2 del 11/01/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR). X Edizione aggiornata al 4° trimestre 2015";
- DGR n. 252 del 25/03/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XI Edizione aggiornata al 1° trimestre 2016";
- DGR n. 807 del 25/07/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XII Edizione aggiornata al 2° trimestre 2016";
- DGR n. 1154 del 03/10/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XIII Edizione aggiornata al 3° trimestre 2016";
- DGR n. 1 del 09/01/2017, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XIV Edizione aggiornata al 4° trimestre 2016";
- DGR n. 433 del 02/05/2017, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XV Edizione aggiornata al 1° trimestre 2017".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1064

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

- DGR n. 921 del 31/07/2017, “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVI Edizione aggiornata al 2° semestre 2017”;
- DGR n. 11 del 15/01/2018, “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVII Edizione aggiornata al 1° semestre 2018”;
- DGR n. 997 del 17/12/2018, “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVIII Edizione aggiornata al 1° semestre 2018”;
- DGR n. 1721 del 17/12/2018, “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XIX Edizione aggiornata al 1° semestre 2018”.

Motivazioni ed esito dell'istruttoria

Il Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR) costituisce l'elenco dei principi attivi disponibili all'interno degli ospedali.

Il PTOR è uno strumento fondamentale al fine di ottimizzare la gestione dei farmaci e di uniformare il comportamento nelle varieguate realtà territoriali e ospedaliere.

La gestione del PTOR rientra nelle politiche volte a favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci in un'ottica di governo della spesa farmaceutica complessiva e di contenimento dei costi, garantendo al contempo un'omogenea ed adeguata assistenza terapeutica su tutto il territorio regionale.

Inoltre, secondo quanto previsto dalla Legge 189/2012:

- per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 10 comma 2), le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco AIFA, possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima commissione, il requisito dell'innovatività terapeutica;
- per soddisfare gli adempimenti ministeriali a garanzia dei LEA (art. 10 comma 5), le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e a trasmetterne copia all'AIFA.

Le variazioni e gli aggiornamenti da apportare al vigente PTOR, sono stati, dopo opportuna valutazione, decise dalla Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica CRAT.

Di seguito il riassunto delle variazioni introdotte con la XX edizione, 1° aggiornamento 2019 del PTOR:





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

N	PRINCIPIO ATTIVO	ATC	NOTE	DECISIONE
1	DIMETILFUMARATO	L04AX07		Inserimento
2	BENRALIZUMAB	R03DX10	Piano terapeutico Aifa cartaceo validità un anno, verranno individuati i centri prescrittori e la prescrizione é limitata ai soli clinici afferenti ai sopracitati centri	Inserimento
3	FLUTICASONE FUROATO/ UMECLIDINIO/VILANTEROLO TRIFENATATO	R03AL08	Piano terapeutico allegato in G.U. cartaceo validità' 1 anno	Inserimento
4	IXAZOMIB CITRATO	L01XX50	Registro Aifa	Inserimento
5	LUTEZIO-177 OXODTREETIDE	V10XX04	Registro Aifa web based	Inserimento
6	BRODALUMAB	L04AC12	Scheda cartacea Aifa in allegato a G.U.	Inserimento
7	DINUTUXIMAB BETA	L01XC16	Monitoraggio Aifa, farmaco innovativo	Inserimento
8	ERITROPOETINA	B03AX01	Piano Terapeutico regionale, il clinico deve allegare il risultato dell'epoetina endogena per una verifica oggettiva dell'indicazione	Inserimento
9	GUSELKUMAB	L04AC16	Scheda di prescrizione, il clinico dovrà valutare l'efficacia del farmaco dopo 16 settimane d'impiego	Inserimento
10	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	A16AX09		Inserimento
11	FOLLITROPINA DELTA	G03GA10	PT	Inserimento
12	EMICIZUMAB	B02BX06	Registro Aifa web based farmaco innovativo	Inserimento
13	CLADRIBINA	L04AA40	Piano Terapeutico cartaceo in G.U.	Inserimento
14	EVEROLIMUS	L01XE10	Manipolazione del farmaco solo in ambito ospedaliero	Inserimento
15	PERAMPANEL	N03AX22	Piano Terapeutico Cartaceo (PT), in G.U. della durata di sei mesi, redatto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria	Inserimento
16	TOCILIZUMAB	L04AC07	Nuova indicazione: trattamento dell'arterite a cellule giganti (ACG) in pazienti adulti per farmaco già presente in PTOR farmaco con indicazione innovativo potenziale PT regionale biologici, monitorare dopo nota informativa Aifa del 27/06/2019	Inserimento



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1064

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

17	CITARABINA E DAUNORUBICINA	L01XY01	Monitoraggio Aifa farmaco innovativo	Inserimento
18	SEMAGLUTIDE	A10BJ06	PT cartaceo da gazzetta ufficiale	Inserimento
19	BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/ ENOFOVIR ALAFENAMIDE	J05AR20		Inserimento
20	CABOZANTINIB	L01XE26	Principio attivo già presente, nuova indicazione per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma midollare tiroideo (MTC) in progressione, non resecabile, localmente avanzato o metastatico	Inserimento
21	GEMTUZUMAB OZOGAMICIN	L01XC05	Monitoraggio Aifa, centri prescrittori individuati	Inserimento

Considerato che l'ultimo aggiornamento del PTOR è stato adottato con la DGR n. 1721 del 17 dicembre 2018, per le motivazione sopra espresse, si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Luigi Patregnani)

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P. F. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo di legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

Il Dirigente della P. F. Assistenza Farmaceutica

(Luigi Patregnani)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1064

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRETTORE
(Roderigo Pasquini)

La presente deliberazione si compone di 62 pagine, di cui 55 di allegati

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Giraldi)

Y



ALLEGATO A

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N° 1064 DEL 16 SET. 2019

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

XX edizione: 1° Aggiornamento 2019

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 rimbors.ta	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 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.
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 MODERATAMENTE EMETOGICI, 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 MODERATAMENTE 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 URSODEOSSICOLICO	CAPSULE	A	NOTA 2	RR - RIPETIBILE							I
A05AA04	ACIDO OBETICOLICO	COMPRESSE	H		RRL - LIMITATIVA	PT						XVII
A05AB06	SENNA FOGLIA (GLUCOSIDI PURI)	COMPRESSE RIVESTITE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A05AB08	SODIO PICOSOLFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
A06AD11	LATTULOSIO	SCIROPPO	A	NOTA 59	RR - RIPETIBILE							I
A06AD12	LATTULOLO	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	GLICERIOLO/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
A06AX01	GLICERIOLO	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 rimborsatà	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	A		RR - RIPETIBILE							I
A07EC02	MESALAZINA	SCHIUMA RETTALE	A		RR - RIPETIBILE							I
A07FA	BACILLUS CLAUSII	SOSPENSIONE OS	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI UN 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 SOI INSUFFICIENTI.					I
A09AA02	PANCRELIPASI	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
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.					XVIII
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 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.
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 POSSIBILITÀ 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 POSSIBILITÀ 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
A10BD20	EMPAGLIFLOZIN/ METFORMINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			XII
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 MONIDRATO	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
A10BJ06	SEMAGLUTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT CARTACEO DA G.U.				PT CARTACEO DA G.U.		XX
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	RETINOL 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	CALCIFEDILOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
A11DA01	TIAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
A11DB	COCARBOSSILASI/PIRIDOSSINA/IDR OS SICOBALAMINA	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

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.
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/TAVOLETTE, 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 NECESSITÀ.					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
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
A16AX09	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	ORALE	A-PHT		RNRL				SI			XX
A16AX10	ELIGLUSTAT	ORALE	A-PHT		RRL	LA PRESCRIZIONE E' SOGGETTA A PT						XVIII
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
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/ALGEDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	CAPSULE	C		RR - RIPETIBILE							I
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		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.
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	FIACLE	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
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	DROTRECOCIN 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

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborso	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.
B01AE03	ARGATROBAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							II
B01AE06	BIVALIRUDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	CAPSULE	A-PHT		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR		I/VIII
B01AF01	RIVAROXA BAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - RIPETIBILE RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	PT-SMR		I
B01AF02	APIXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR (G.U. N.300 DEL 23/12/13)		III
B01AF02	APIXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR (G.U. N.118 DEL 23/05/15)		IX
B01AF03	EDOXABAN	COMPRESSE RIVESTITE	A-PHT		RR - 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
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/APROTININA/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
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	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 specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				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
B02BD02	EFMOROCOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE			SI			XVI
B02BD02	LONOCOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE			SI			XVII



Indice ATC 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 erogazione da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
2BD02	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
2BD02	SIMDOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XV
2BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XV
2BD03	COMPLESSO PROTROMBINICO ANTIEMFILICO 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
2BD04	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/XVIII
2BD04	ALBUTREPENONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE)	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XVI
2BD04	EFTRENONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RRL - RIPETIBILE LIMITATIVA	PT REGIONALE			SI			XVI
2BD05	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
2BD08	EPTACOG ALFA ATTIVATO (FATTORE VII DI COAGULAZIONE DA DNA RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
2BD09	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
2BD10	FATTORE DI VON WILLEBRAND	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							II
2BD11	CATRIDECACOG (FATTORE XIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			VII
2BD14	SUSOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			XVI
2BX04	ROMIPLOSTIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I/XVII
2BX05	ELTROMBOPAG OLAMINA	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II/XVIII
2BX06	EMICIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL				SI	REG. AIFA		XX
3AA03	FERROSO GLUCONATO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A	NOTA 76	RR - RIPETIBILE							I
3AA07	FERROSO SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3AB	FERRONALTOSO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 76	RR - RIPETIBILE							I
3AB	SODIO FERRIGLUCONATO	FLACONCINI/FIALOIDI	H		RR - RIPETIBILE							I
3AC	CARBOSSIMALTOSIO FERRICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							VI

codice ATC 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.
3AX01	ERITROPOETINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL	PT		piano terapeutico regionale, il clinico deve allegare il risultato dell'epo endogena per una verifica oggettiva dell'indicazione. Trattamento dell'anemia sintomatica				XX
3BA01	CIANOCOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
3BB01	ACIDO FOLICO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
3BXA01	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
3BXA01	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
3BXA01	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
3BXA01	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
3BXA02	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
3BXA03	METOSSIPOLIETILENGUOLE-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
05AA01	ALBUMINA UMANA SOLUZIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 15	RR - RIPETIBILE	RMP	DOCUMENTO REGIONALE DI APPROPRIATEZZA E RICHIESTA MOTIVATA SPECIFICA PER L'ALBUMINA.					I
05AA06	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
05AA07	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

codice ATC 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.
5BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		NELL'INSUFFICIENZA EPATICA GRAVE.					I
5BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
5BA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
5BA01	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
5BA01	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
5BA02	OLIO DI SOIA/LECTINA D UOVO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER IL CODICE ATC B05BA02, SCEGLIERE 1-2 MISCELE.					I
5BA03	GLUCOSIO (DESTROSI) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
5BA10	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
5BB01	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
5BB01	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
5BB01	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
5BB01	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
5BB01	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
5BB02	SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSI) 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
5BB02	SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSI) 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 rimborso	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.
55B02	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 ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					1
55B02	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 ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					1
55B03	TROMETAMOLO/ACIDO ACETICO GLACIALE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - 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.).					1
55C	GLICEROLO/SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55C01	MANNITOLE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55C01	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		SOP - NON RICHIESTA							1
55CX10	GLICINA/MANNITOLE	SOLUZIONE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA	POTASSIO ASPARTATO	FIACLE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA01	POTASSIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							1
55XA02	SODIO BICARBONATO/SODIO EDETATO BIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA03	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							1
55XA05	MAGNESIO SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA06	POTASSIO FOSFATO MONOBASICO/POTASSIO FOSFATO BIBASICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA07	CALCIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA08	SODIO ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA16	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO ESAIIDRATO/CALCIO CLORURO BIIDRATO/SODIO BICARBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA30	CALCIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
55XA30	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 TRACCA (OLIGOELEMENTI) PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL'ADULTO.					1
55XA30	SODIO LATTATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/SODIO FOSFATO MONOBASICO MONOIDRATO/SODIO FOSFATO BIBASICO DODECAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1

Indice ATC 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 erogazione da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
SXA30	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 TRACCEA (OLIGOELEMENTI) PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL'ADULTO.					I
SXC	RETINOLO PALMITATO/ERGOALCALCIFEROLO/TOCOFEROLO ALFA/FITOMENADIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SXC	TIAMINA MONONITRATO/RIBOFLAVINA/SODIO FOSFATO/NICOTINAMIDE/PIRIDOSSINA CLORIDRATO/ACIDO PANTOTENICO/ACIDO ASCORBICO/BIOTINA/ACIDO FOLICO/CIANOCOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
6AC01	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTANGIOEDEMA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	PT AIFA DEDICATO VALIDO 12MESI	1° PR CENT.SPEC. ESPER-ANGIOEDEMA	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici entri del SSR.	SI			VI
6AC02	ICATIBANT ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE	RMP	NELLA TERAPIA SINTOMATICA DEGLI ATTACCHI ACUTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (EAE) NEGLI ADULTI (CON CARENZA DI INIBITORE ESTERNA CALI) RICHIESTA MOTIVATA DEL CENTRO REGIONALE AUTORIZZATO.		SI			II
1AA05	DIGOSSINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AA05	DIGOSSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AA08	METILDIGOSSINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AA08	METILDIGOSSINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
1BA	DIIDROCHINIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BA02	PROCAINAMIDE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BC04	FLECAINIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BC04	FLECAINIDE ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BD01	AMIODARONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BD01	AMIODARONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BD05	VALPROILIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA01	ETILEFRINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA01	ETILEFRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA02	ISOPRENALINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA03	NORADRENALINA TARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA04	DOPAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA07	DOBUTAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA27	MIDODRINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA27	MIDODRINA CLORIDRATO	SOSPENSIONE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA29	FENOLDOPAM MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA24	ADRENALINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1CA24	ADRENALINA STABILIZZATA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC 15° 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.
1CA26	EFEDRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CE03	ENOXIMONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CK08	LEVOSIMENDAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DA02	NITROGLICERINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA02	NITROGLICERINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA02	NITROGLICERINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1EA01	ALPROSTADIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1EA01	ALPROSTADIL ALFACICLODESTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1EB07	FRUTTOSIO DIFOSFATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1EB10	ADENOSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1EB16	IBUPROFENE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		TRATTAMENTO DEL DOTTO ARTERIOSO PER VO EMODINAMICAMENTE SIGNIFICATIVO NEI NEONATI PRETERMINE DI ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE ALLE 34 SETTIMANE.		SI			I
1EB17	IVABRADINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1EB18	RANOLAZINA	COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO	A-PHT		RR - RIPETIBILE							X
1EB19	ICATIBANT ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE				SI			I
1EB21	REGADENOSON	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							VI
2AC01	CLONIDINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							I
2AC01	CLONIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AC01	CLONIDINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
2CA04	DOXAZOSIN MESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2CA06	URAPIDIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
2DC01	MINOXIDIL	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE	TEMP						I
2DD01	SODIO NITROPRUSSIATO ANIDRO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
2KX01	BOSENTAN MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - 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
2KX02	AMBRISENTAN	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE		LIMITATO A PAZIENTI NON RESPONDERS AL TEST DI VASOREATTIVITÀ POLMONARE, CHE NON HANNO UN ADEGUATO CONTROLLO CON SILDENAFIL 20MGX3 O 40MGX3. Regist. RO 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

Indice ATC 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.
2KX04	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
2KX05	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
3AA03	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
3BA08	METOLAZONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	RMP						I
3BA11	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
3CA01	FUROSEMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CA01	FUROSEMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CA04	TORASEMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CC01	ACIDO ETACRINICO SALE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
3DA01	SPIRONOLATONE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3DA02	POTASSIO CANRENOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
3DA03	CANRENONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3EA01	AMILORIDE CLORIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3EA14	POTASSIO CANRENOATO/BUTIZIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3EB01	FUROSEMIDE/SPIRONOLATONE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
3XA01	TOLVAPTAN	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR. OSPED./SPEC. END NEF ONC			SI	REG. AIFA		XVII
4AD03	PENTOXIFILLINA	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
4AD03	PENTOXIFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5AA01	IDROCORTISONE/BENZOCAINA/EPA RINA SODICA	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE COSA.					I
5AA10	FLUOCINOLONE ACETONIDE/KETOCAINA CLORIDRATO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE COSA.					I
5BA01	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
5BB02	LAUROMACROGOL 400	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CX	ESCINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CX	ESCINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
7AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE							I
7AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	SOLUZIONE PER OS	A-PHT		RNRL - RICETTA NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT						XIV
7AA07	SOTALOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
7AB02	METOPROLOLO TARTRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
7AB02	METOPROLOLO TARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
7AB03	ATENOLOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
7AB03	ATENOLOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC 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.
07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							1
07AB09	ESMOLOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							1
07AB12	NEBIVOLOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
07AG01	LABELLOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
07AG01	LABELLOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							1
07AG02	CARVEDILOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
07BB07	BISOPROLOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							1
07CB03	ATENOLOLO/CLORTALIDONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
08CA01	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.					1
08CA05	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.					1
08CA05	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.					1
08CA06	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.					1
08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							1
08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							1
08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							1
9AA01	CAPTAPRIL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
9AA02	ENALAPRIL MALEATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
9AA03	LISINAPRIL DIIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
9AA04	PERINDOPRIL ARGININA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							1
9AA05	RAMIPRIL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							1
99BA05	RAMIPRIL/DROCDRODIAZIDE	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.					1
99CA01	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 RITENE 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.					1

codice ATC (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.
09DA01	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
09DX04	SACUBITRIL/ VALSARTAN	ORALE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					PT AIFA WEB BASED		XV
09XA02	ALISKIREN EMIFUMARATO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
10AA01	SIMVASTATINA	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE.					I
10AA03	PRAVASTATINA SODICA	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE.					I
10AA05	ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE.					I
10AB05	FENOFIBRATO	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE							VI
10AC01	COLESTIRAMINA CLORIDRATO	POLVERE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
10AX06	OMEGA POLIENOICI (ESTERI ETILICI DI ACIDI GRASSI POLINSATURI)	CAPSULE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE							I
10AX13	EVOLOCUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Solo Centri individuati dalla Regione				REG. AIFA		XV
10AX14	ALIROCUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Solo Centri individuati dalla Regione				REG. AIFA		XVI
01AC01	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
01AC03	ECONAZOLO	SOLUZIONE/EMULSIONE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
02AB	ZINCO OSSIDO	UNGUENTO	C		SOP - NON RICHIESTA							I
03AX	FRUMENTO ESTRATTO/FENOSSETOLO	GARZE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
03AX	SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
03AX	SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GARZE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GARZE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GEL	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
03BA52	COLLAGENASI/CLORAMFENICOLO	POMATA	C		RR - RIPETIBILE							I
03BA52	COLLAGENASI	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE							I
04AA10	PROMETAZINA	CREMA	C		SOP - NON RICHIESTA							I
04AB01	LIDOCAINA CLORIDRATO	GEL	C		SOP - NON RICHIESTA							I/XVII
05BB02	ACITRETINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
06AA02	CLORTETRACICLINA CLORIDRATO	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE							I
06AX07	GENTAMICINA SOLFATO	CREMA/UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE							I
06AX09	MUPIROCINA CALCICA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
06BA01	SULFADIAZINA ARGENTICA	CREMA	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
06BB03	ACICLOVIR	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
06BB10	IMIQUIMOD	CREMA	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
06BB12	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
07AB01	CLOBETASONE BUTIRRATO	CREMA	A	NOTA 88	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI, NEL PTOR DEGLI ESEMPLI NON VINCOLANTI.					I
07AC03	DESOSSETIMETASONE	EMULSIONE	A	NOTA 88	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI, NEL PTOR DEGLI ESEMPLI NON VINCOLANTI.					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.
07AC04	FLUOCINOLONE ACETONIDE	POMATA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPLI NON VINCOLANTI.					I
07CA01	CLORAMFENICOLO/IDROCORTISONE	UNGUENTO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPLI NON VINCOLANTI.					I
07CB01	TRIAMCINOLONE/CLORTETRACICLINA	POMATA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPLI NON VINCOLANTI.					I
07CC01	GENTAMICINA/BETAMETASONE	CREMA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPLI NON VINCOLANTI.					I
07XC01	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
09AL30	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
11AH01	TACROLIMUS	UNGUENTO	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
11AH02	PIMECROLIMUS	CREMA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
11AH04	ALITRETINOINA	CAPSULE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		II
11AH05	DUPILUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XIX
01AA	TIOTRACINA/NITROFURAZONE	OVULI	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G03AA.					I
01AA05	CLORAMFENICOLO	OVULI	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G03AA.					I
01AF02	CLOTRIMAZOLO	CREMA VAGINALE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
01AX11	IODOPOVIDONE	LAVANDE VAGINALI	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
02AD02	DINOPROSTONE	SISTEMA A RILASCIO VAGINALE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD02	DINOPROSTONE	GEL	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD03	GEMEPROST	OVULI	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD05	SULPROSTONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD06	MISOPROSTOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							XVII
02CA	ISOXSUPRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
02CA01	RITODRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
02CB01	BROMOCRIPTINA MESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
02CB03	CABERGOLINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
2CX01	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
3AA10	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
3BA03	TESTOSTERONE	GEL	C		RR - RIPETIBILE							I
3BA03	TESTOSTERONE UNDECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
3CA03	ESTRADILO EMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I

Code ATC 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.
3DA04	PROGESTERONE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
3DA04	PROGESTERONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
3DC02	NORETISTERONE ACETATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
3GA01	GONADOTROPINA CORIONICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
3GA10	FOLLITROPINA DELTA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL-LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale		PT				XX
3HA01	CIPROTERONE ACETATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
3HA01	CIPROTERONE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
3XB02	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
3XC02	BAZEDOXIFENE ACETATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale			SI			II
4BD04	OXIBUTININA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							II
4BD04	OXIBUTININA CLORIDRATO	CEROTTO TRANSDERMICO	C		RR - RIPETIBILE							II
4BE03	SILDENAFIL CITRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			I
4BE08	TADALAFIL	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LIMITATO A PAZIENTI CON IAP DIAGNOSTICATA MEDIANTE CATERETERISMO CARDIACO DESTRO NON RESPONDERE AL TEST DI VASOREATTIVITA' 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
4BE09	VARDENAFIL	COMPRESSE RIVESTITE	A/PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT REGIONALE	NOTA AIFA 75: La prescrizione di inibitori della PDE5 (sildenafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil) è riservata al SSN e riservata 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
4CA02	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
4CB01	FINASTERIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
4CB02	DUTASTERIDE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE	RMP						I
1AA02	TETRACOSACTIDE ESACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1AC01	SOMATROPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 39	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
1AX01+A4 34.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

Codice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsabilità	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrittibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab. FU	In PTOR de N. Ediz.
1BA02	DESMOPRESSINA ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta d'assistenza farmaceutica 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
1BA02	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta d'assistenza farmaceutica 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
1BA04	TERLIPRESSINA ACETATO PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BB02	OXITOCINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA01	GONADORELINA	SPRAY	A		RR - RIPETIBILE							I
1CA01	GONADORELINA ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CB01	SOMATOSTATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CB02	OCTREOTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE							I
1CB02	OCTREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE							I
1CB03	LANREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE	PT						I
1CB03	LANREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE	PT				REG. AIFA (nuova indicazione-GU n.79 del 05/04/2016)		XII
1CB05	PASIREOTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
1CB05	PASIREOTIDE (G.U. 115 DEL 18/05/16)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XIV
2AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB02	DESAMETASONE 21-FOSFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB02	DESAMETASONE 21-FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
2AB07	PREDNISONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB08	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB09	IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB09	IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
2AB09	IDROCORTISONE	COMPRESSE RILASCIO MODIFICATO	H		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE							VI
2AB10	CORTISONE ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB13	DEFLAZACORT	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE	RMP	FARMACO AD ALTO COSTO RISPETTO AGLI ANALOGHI DI CLASSE.					I
3AA01	LEVOTIROXINA SODICA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3BB02	TIAMAZOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I

Indice ATC 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.
AAA01	GLUCAGONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
5AA02	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
SBX01	CINACALCEI [®] CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
SBX02	PARACALCITOLE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
SBX02	PARACALCITOLE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
SBX04	ETELCALCETIDE	SOLUZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL-LIMITATIVA	PT						XVII
AA02	DOXICICLINA ICLATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
AA12	TIGECICLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP			SI			I
BA01	CLORAMFENICOLO SUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
BA02	TIAMFENICOLO GLICINATO ACETILCISTEINATO	AEROSOL	C		RR - RIPETIBILE		IN CASO DI USO TOPICO UTILIZZARE UN APPARECCHIO PER NEBULIZZAZIONE ADATTO (IN VETRO E PLASTICA).					I
CA01	AMPICILLINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
CA01	AMPICILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
CA04	AMOXICILLINA TRIIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
CA12	PIPERACILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 92	RR - RIPETIBILE							II
CF04	OXACILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
CR01	AMPICILLINA/SULBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
CR01	AMPICILLINA/SULBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
CR05	PIPERACILLINA SODICA/TAZOBACTAM SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
DB04	CEFAZOLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
DC02	CEFUROXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
DC04	CEFACLORO MONOIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA).					I
DC06	CEFONICID BISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
DD01	CEFOTAXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
DD01	CEFOTAXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		CATEGORIA OMOGENA CEFTAZIDIME E CEFEPIME. LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA.					I
DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		CATEGORIA OMOGENA CEFTAZIDIME E CEFEPIME. LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA.					I
DD04	CEFTRIAXONE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC il 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsatà	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.
D04	CEFTRIAXONE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
D08	CEFIXIMA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA).					I
D52	CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RICHIESTA MOTIVATA			SI			XVIII
F01	AZTREONAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
H02	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
H03	ERTAPENEM SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	NOTA 56	OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO.					I
H51	IMIPENEM/CILASTATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO.					I
I01	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 /XV (eliminazione antibiogramma)
I02	CEFTAROLINA FOSAMIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		scheda di prescrizione cartacea presente in allegato GU		SI			VI/XVII
I54	CEFTOLOZANO/ TAZOBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA			SI			XIV
EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
FA01	ERITROMICINA LATTOBIONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
FA01	ERITROMICINA ETILSUCCINATO	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	A		RR - RIPETIBILE							I
FA09	CLARITROMICINA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
FA09	CLARITROMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
FA09	CLARITROMICINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
FF01	CLINDAMICINA FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
GB01	TOBRAMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGlicosIDI.	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determine AIFA del 02/11/2010				I
GB03	GENTAMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGlicosIDI.					I
GB06	AMIKACINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGlicosIDI.					I
MA02	CIPROFLOXACINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONODRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONODRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I



Indice ATC 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.
MA12	LEVOFLOXACINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
MA12	LEVOFLOXACINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
MA14	MOXIFLOXACINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
MB04	ACIDO PIPEMIDICO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
XA01	VANCOMICINA CLORIDRATO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
XA02	TEICoplanina	INIETTABILE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
XA04	DALBAVANCINA	INIETTABILE	H	OSP		SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEDICATA (G.U. 134 DEL 10/06/16) SOLO SPECIALISTI INFETTIVOLOGI O IDENTIFICATI DA CIO			SI			XII
XB01	COLISTIMETATO SODICO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
XD01	METRONIDAZOLO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
XX01	FOSFOMICINA DISODICA	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
XX01	FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
XX08	LINEZOLID	ORALE	A		RNR - 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
XX08	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
XX09	DAPTOMICINA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP			SI			I
XX11	TEDIZOLID	ORALE	A-PHT		RNR - NON RIPETIBILE LIMITATIVA		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
XX11	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
AA01	AMFOTERICINA B	INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
AA01	AMFOTERICINA B	INIETTABILE	H		DSP - USO OSPEDALIERO							I
AC01	FLUCONAZOLO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
AC01	FLUCONAZOLO	SOSPENSIONE DS	A		RR - RIPETIBILE							I
AC01	FLUCONAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
AC02	ITRACONAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
AC02	ITRACONAZOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
AC09	VORICONAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNR - 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 (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 erogazione da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
2AC03	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
2AC04	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
2AC04	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
2AC05	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
2AC05	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
2AX01	FLUCITOSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP						I
2AX04	CASPOFUNGIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP						I
2AX05	MICAFUNGIN SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
2AX06	ANIDULAFUNGINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	RESERVARE L'USO AI PAZIENTI RESISTENTI AD ALTRE ALTERNATIVE TERAPEUTICHE O IN PAZIENTI CON COMPROMISSIONE EPATICA, CON INSUFFICIENZA RENALE O SOTTOPOSTI A DIALISI.		SI			II
1AB02	RIFAMPICINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AB02	RIFAMPICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AB03	RIFAMPICINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1AB03	RIFAMPICINA SODICA	FLIALE + FLIALE SOLVENTE TOPICO	C		RR - RIPETIBILE							II
1AB04	RIFABUTINA	CAPSULE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
1AC01	ISONIAZIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1AC01	ISONIAZIDE	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
1AC03	ISONIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AC51	E TAMBUTOLO/ISONIAZIDE/PIRIDOSISINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AK01	P IRAZINAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AK02	E TAMBUTOLO CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AK02	E TAMBUTOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC 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.
AK05	BEDAQUILINA FUMARATO	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: INFETT PNEU			SI	SI		VII
AM02	RIFAMPICINA/ISONIAZIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
AB01	ACICLOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB01	ACICLOVIR	SOSPENSIONE OS	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB01	ACICLOVIR	COMPRESSE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB04	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
AB04	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
AB06	GANCICLOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB12	CIDOFOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
AB14	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
AD01	FOSCARNET SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
AE01	SAQUINAVIR MESILATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE02	INDINAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE03	RITONAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
AE03	RITONAVIR	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE04	NELFINAVIR	POLVERE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
AE07	FOSAMPRENAVIR	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE07	FOSAMPRENAVIR	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE08	ATAZANAVIR SOLFATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
AE09	TIPRANAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE10	DARUNAVIR STANOLATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
AE11	TELAPREVIR	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PDFA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			III
AE12	BOCEPREVIR	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PDFA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			III
AE14	SIMEPREVIR	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
AF01	ZIDOVDINA	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
AF01	ZIDOVDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
AF01	ZIDOVDINA	SCIROPPO	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I

Indice ATC 15° 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 erogazione da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
SAF02	DIDANOSINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF04	STAVUDINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF06	ABACAVIR SOLFATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF06	ABACAVIR SOLFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF07	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF08	ADEFOVIR DIPVOXIL	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
SAF09	EMTRICITABINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF10	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
SAF11	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
SAG01	NEVIRAPINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAG01	NEVIRAPINA	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAG03	EFAVIRENZ	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAG04	ETRAVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
SAG05	RILPIVIRINA CLORIDRATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			III
SAH01	ZANAMIVIR	POLVERE PER INALAZIONE	C		RR - RIPETIBILE							I
SAH02	OSELTAMIVIR FOSFATO	CAPSULE	C		RR - RIPETIBILE							I
SAP56	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	COMPRESSE	A-PH-T		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVIII
SAR01	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAR02	ABACAVIR SOLFATO/LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAR03	EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA J05AR17						I
SAR04	ABACAVIR/LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I

Code ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborso	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.
SAR06	EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
SAR08	EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			III
SAR09	EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOXOPRIL/ELVITEGRAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA J05AR18			SI			VI
SAR10	LDPINAVIR/RITONAVIR	COMPRESSE RIVESTITE, SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAR13	DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/ LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XII
SAR14	DARUNAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XI
SAR15	ATAZANAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XIII
SAR17	EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOSTITUISCE J05AR03 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE			SI			XVI
SAR18	ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/ EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOSTITUISCE J05AR09 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE						XV
SAR19	EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE/ RILPIVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVII
SAR20	BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XX
SAR22	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
SAX	SOFOBUVIR/ VELPATASVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVI
SAX	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVII
SAX07	ENFUVRTIDE	INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAX08	RALTEGRAVIR POTASSICO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I/XII
SAX09	MARAVIROC	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
SAX12	DOLUTEGRAVIR	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
SAX14	DACLATASVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG.AIFA		VIII
SAX15	SOFOBUVIR	ORALE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
SAX16	DASABUVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
SAX18	LETERMOVIR	COMPRESSE/SOLUZIONE PER INFUSIONE	A-PHT/H		RRL/OSP				SI	REG. AIFA		XIX
SAX65	SOFOBUVIR E LEDIPASVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
SAX67	OMBITASVIR, PARITAPREVIR E RITONAVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
SAX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		XV
3BA01	IMMUNOGLOBULINE UMANE NORMALI	SOTTOCUTANEA	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE						XV/XVI
3BA01	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	SOTTOCUTANEA	A- PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE						XV/XVII

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.
68B02	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
68B01	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
68B02	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTITETANICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
68B03	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIVARICELLA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
68B04	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIPTATITE B USO ENDOVENOSO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
68B04	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIPTATITE B	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
68B09	IMMUNOGLOBULINA UMANA CITOMEGALOVIRUS USO ENDOVENOSO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
68B16	PALIVIZUMAB	INTRAMUSCOLARE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						X
68B21	BEZLOTOXUMAB	SOLUZIONE INIETTABILE	H-OSP					VALUTAZIONE CONSUMI DOPO 6 MESI		PT AIFA CARTACEO		XIX
7AM01	VACCINO TETANICO ADSORBITO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI VACCINI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.		SI			I
.....	FRAZIONE CELLULARE ARRICCHITA DI CELLULE AUTOLOGHE CD34+	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIII
1	LINFOCITI T ALLOGENICI	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG. AIFA		XVIII
1AA01	CICLOFOSFAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AA01	CICLOFOSFAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1AA02	CLORAMBUCILE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1AA03	MELFALAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1AA03	MELFALAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AA06	IFOSFAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AB01	BUSULFANO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
1AC01	TIOTEPA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AD05	FOTEMUSTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AX03	TEMOZOLOMIDE	CAPSULE	H		RNR - 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
1AX04	DACARBAZINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BA01	METOTREXATO SODICO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1BA01	METOTREXATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BA01	METOTREXATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR							X

Indice ATC 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.
1BA04	PÉMETREXED DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
1BB02	MERCAPTOPYRINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1BB03	TIOGUANINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1BB04	CLADRIBINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	(H) ESTERO		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	RICHIESTA MOTIVATA DA PARTE DELLE UU.OO. DI EMATOLOGIA.		SI			II
1BB05	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
1BB05	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
1BB07	NELARABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
1BC01	CITARABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BC02	FLUOROURACILE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BC05	GEMCITABINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BC06	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
1BC07	AZACITIDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II/XVIII
1BC08	DECITABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	RIC. OSPED/SPEC. ONCOL EMATOL			SI	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XII	VII/XIX
1BC53	TEGAFUR/GIMERACIL/ OTERACIL	CAPSULE	A-PHT		RNRL				SI			X
1BC59	TRIFLURIDINA/TIPIRACIL	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RNRL							XVIII
1CA01	VINBLASTINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA02	VINCRISTINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA03	VINDESINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA04	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
1CA05	VINFLUMINA BITARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG. AIFA		II
1CB01	ETOPOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CB01	ETOPOSIDE	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1CB02	TENIPOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimbors.tà	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.
1CD01	PACLITAXEL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CD01	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
1CD01	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
1CD02	DOCETAXEL ANIDRO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CD04	CABAZITAXEL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
1CX01	TRABECTEDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
1DA01	DACTINOMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB01	DOXORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB01	DOXORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB02	DALNORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB03	EPIRUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB06	IDARUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB06	IDARUBICINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1DB07	MITOXANTRONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DB11	PIXANTRONE DIMALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO							XIX
1DC01	BLEOMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DC03	MITOMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1XA01	CISPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1XA02	CARBOPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1XA03	OXALIPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1XB01	PROCARBAZINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1XC02	RITUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV			REG. AIFA		I/VI/XVII
1XC02	RITUXIMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV		SI	REG. AIFA		XVII/XVIII
1XC03	TRASTUZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PRESCR. OSPED/SPEC. ONCOL.	REGISTRO AIFA SOLO PER ADENOCARCINOMA GASTRICO		SI	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XI1	I-VII
1XC03	TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PRESCR. OSPED/SPEC. ONCOL.			SI	REG. AIFA		XIX
1XC05	GEMTUZUMAB OZOGAMICIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			centri prescrittori individuati	SI	REG. AIFA		XX
1XC06	CETUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
1XC07	BEVACIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I/XIV
1XC08	PANITUMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I/XVI
1XC09	CATUMAXOMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II

codice ATC 1° 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.
1XC10	OFATUMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II/XIV
1XC11	IPILIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		III
1XC12	BRENTIXIMAB VEDOTIN	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		V
1XC13	PERTUZUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		V
1XC14	TRASTUZUMAB/ EMTANSINE	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
1XC15	OBINUTUZUMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI/XVIII
1XC16	DINUTUXIMAB BETA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XX
1XC17	NIVOLUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA (MELANOMA, RENE E POLMONE)		XII/XV/XIX
1XC18	PEMBROLIZUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA (MELANOMA E POLMONE)		XII/XVI
1XC19	BLINATUMOMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI
1XC21	RAMUCIRUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		X
1XC23	ELOTUZUMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI
1XC24	DARATUMUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVIII
1XC26	INOTUZUMAB OZOGAMICIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XIX
1XC27	OLARATUMAB	INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVII
1XC32	ATEZOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIX
1XC31	AVELUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XIX
1XD03	METILAMINOLEVULINATO	CREMA	H		USPL - USO SPECIALISTICO							I
1XE01	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
1XE02	GEFITINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
1XE03	ERLOTINIB CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE04	SUNITINIB MALEATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE04	SUNITINIB MALEATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		X
1XE05	SORAFENIB TOSILATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE06	DASATINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE07	LAPATINIB DITOSILATO MONODRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE08	NILOTINIB CLORIDRATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE09	TEMSIROLIMUS	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I

codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.ta	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.
D1XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			MANIPOLAZIONE DEL FARMACO IN AMBIENTE OSPEDALIERO	SI			XX
D1XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PIANO TERAPEUTICO		SI	REG. AIFA		II
D1XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PIANO TERAPEUTICO		SI	REG. AIFA		XVII
D1XE11	PAZOPANIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
D1XE12	VANDETANIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
D1XE13	AFATINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
D1XE14	BOSUTINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
D1XE15	VEMURAFENIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
D1XE16	CRIZOTINIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX/XVI/XVII
D1XE17	AXITINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
D1XE18	RUXOLITINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI/XVII
D1XE21	REGORAFENIB	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		ISSUO PER CARCINOMA METASTATICO DEL COLON RETTICO.		SI	REG. AIFA		IX
D1XE21	REGORAFENIB	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		TUMORI STRUTTURALI GASTROENTERICI (GGST) - NUOVA INDICAZIONE: in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da epatocarcinoma (hepatocellular carcinoma, HCC) precedentemente trattati con sorafenib.		SI	REG. AIFA PER NUOVA INDIC.		IX/XIX
D1XE23	DABRAFENIB (G.U. n. 245/14 e G.U.n. 5/17)	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XII	VII/XV
D1XE24	PONATINIB CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VII
D1XE25	TRAMETINIB (G.U. n. 2/17)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.					REG. AIFA		XV
D1XE27	IBRUTINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XI/XIV/XIX
D1XE26	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	SI	REG. AIFA		XVIII/XX
D1XE28	CERITINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVII
D1XE29	LENVATINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI			XIII
D1XE01	NINTEDANIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XII
D1XE01	NINTEDANIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVI
D1XE07	PALBOCICLIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVIII
D1XE05	OSIMERTINIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVII
D1XE06	ALECTINIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA PER NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato		XIX
D1XE08	COBIMETINIB (G.U. 230 01/10/16)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XIV
D1XE09	MDOSTAURINA	CAPSULA MOLLE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REGISTRO AIFA PER INDICAZIONE LMA		XIX

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.
D1XE42	RIBOCICLIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XIX
D1XX05	IDROXICARBAMIDE	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
D1XX11	ESTRAMUSTINA FOSFATO SODICO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
D1XX14	TRETINOINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
D1XX17	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
D1XX17	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
D1XX19	IRINOTECAN CLORIDRATO TRIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
D1XX23	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
D1XX24	PEGASPARGASI	SOLUZIONE PER INFUSIONE	NC		USO - OSPEDALIERO				SI	REGISTRO AIFA		XVII
D1XX25	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
D1XX32	BORTEZOMIB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
D1XX35	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
D1XX41	ERIBULINA MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
D1XX43	VISMODEGIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
D1XX44	AFLIBERCEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
D1XX45	CARFILZOMIB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIV/XVIII
D1XX46	OLAPARIB (G.U. 96/26/04/16)	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XII
D1XX47	IDELALISIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
D1XX50	IXAZOMIB CITRATO	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XX

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.
D1XX52	VENETOCLAX	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVII
D1XX54	NIRAPARIB	COMPRESSE	H		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA CARTACEO		XIX
D1XY01	CITARABINA E DAUNORUBICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP	FARMACO INNOVATIVO			SI	REG. AIFA		XX
D2AB01	MEGESTROLO ACETATO	COMPRESSE	A	NOTA 28	RNR - NON RIPETIBILE							I
D2AE01	BUSERELIN ACETATO	IMPIANTO	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE							I
D2AE02	LEUPRORELINA ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I/XVIII
D2AE03	GOSERELIN ACETATO	IMPIANTO	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE							I
D2AE04	TRIPTORELINA EMBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2AE04	TRIPTORELINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BA01	TAMOXIFENE CITRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BA03	FULVESTRANT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BB01	FLUTAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BB03	BICALUTAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BB04	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
D2BB04	ENZALUTAMIDE	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			SI		REG. AIFA (nuova indicazione-GU n.81 del 7/04/16)		XII
D2BG03	ANASTROZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BG04	LETROZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
D2BG06	EXEMESTAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale			SI			I
D2BX03	ABIRATERONE	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		III/XVII
D3AA02	FILGRASTIM (INCLUSI BIOSIMILARI)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - 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 USABILIZZABILE LA PRESENTE NOTA.					II
D3AA13	PEGFILGRASTIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE	RMP						I
D3AA14	LIPEGFILGRATIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE	IPIT			SI			VI
D3AB01	INTERFERONE ALFA N3	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		I
D3AB03	INTERFERONE GAMMA 1B	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
D3AB04	INTERFERONE ALFA 2A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
D3AB05	INTERFERONE ALFA 2B	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.
03AB07	INTERFERONE BETA 1A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE							I
03AB07	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
03AB08	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
03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I/XI
03AB13	PEGINTERFERONE BETA-1a	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE	PT			SI			IX
03AC01	ALDESLEUCHINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AX03	BCG - BACILLO DI CALMETTE E GUERIN	POLVERE PER SOSP. ENDOVESICALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AX13	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
03AX15	MIFAMURTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
03AX16	PLERIXAFOR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
04AA02	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
04AA06	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
04AA06	MICOFENOLATO MOPETILI:	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
04AA10	SIROLIMUS	COMPRESSE RIVESTITE	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 addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
04AA18	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
04AA23	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
04AA24	ABATACEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT-RMP	LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI	REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		III/XV/I
04AA26	BELIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SCHEDA MONITORAGGIO AIFA. UNICAMENTE SU PRESCRIZIONE DEI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI.		SI			III
04AA27	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
04AA29	TOFACITINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL	SCHEDA CARTACEA AIFA			SI			XIX
04AA31	TERIFLUNOMIDE	ORALE	A	65	RR - RIPETIBILE				SI			VI
04AA32	APREMILAST	ORALE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA	RIMBORSABILE SOLO PER ARTRITE PSORIASICA					XV/XVIII
04AA33	VEDOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (GU n.87 del 14/04/16)		XII
04AA34	ALEMTUZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		IX
04AA36	OCRELIZUMAB	Concentrato per soluzione per infusione	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG.AIFA CARTACEO		XIX
04AA37	BARICITINIB	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	H		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT REGIONALE			SI			XVIII
04AA40	CLADRIBINA	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT CARTACEO IN G.U.			SI	PT CARTACEO IN G.U.		XX
04AB01	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
04AB01	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
04AB02	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
04AB02	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
04AB04	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 "SPONDILLOARTRITE ASSIALE SENZA EVIDENZA RADIOGRAFICA DI SA"		I/VIII/XVIII

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.
04AB04	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
04AB04	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
04AB05	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
04AB05	CERTOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (per spondiloartrite assiale senza evidenza radiografica di SA)		IX
04AB06	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
04AB06	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
04AB06	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
04AC01	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
04AC02	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 NUOVO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI FARMACI.					I
04AC05	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
04AC07	TOCILIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI	REG. AIFA O REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		III
04AC07	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
04AC08	CANAKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		REGISTRO AIFA PER MALATTIA INFIAMMATORIA AD ESORDIO NEONATALE. NUOVA INDICAZIONE: FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMP) - SINDROME PERIODICA ASSOCIATA AL RECCETTORE DEL FATTORE DI NECROSI TUMORALE (TRAPS) - SINDROME DA IPERIMMUNOGLOB. D (HIDS) INNOVAZIONE POTENZIALE		SI	REG. AIFA		II/XIX
04AC08	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

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.ta	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. Edz.
04AC10	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
04AC12	BRODALUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA CARTACEA AIFA IN ALLEGATO A GU			SI			xx
04AC13	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)			SI			xvii
04AC14	SARILUMAB	SIRINGA/PENNA PRIEREMPITA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT CARTACEO IN GU		xix
04AC16	GUSEKUMAB	SIRINGA/PENNA PRIEREMPITA	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
04AD01	CICLOSPORINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE/ COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO	A		RNR - NON RIPETIBILE							I/xii
04AX01	AZATIOPRINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AX02	TALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
04AX04	LENALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I/xiv/xviii
04AX05	PIRFENIDONE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		vi
04AX06	POMALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		ix
04AX07	DIMETILFUMARATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A-PHT		RRL							xx
01AB01	INDOMETACINA	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE							I
01AB01	INDOMETACINA	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE							I
01AB05	DICLOFENAC SODICO	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE							I
01AB05	DICLOFENAC SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
01AB05	DICLOFENAC SODICO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE							I
01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
01AC01	PIROXICAM BETACICLODESTINA	GRANULATO	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE			LA SCELTA VERTE SUL PRINCIPIO ATTIVO PIROXICAM. IL PIROXICAM COMPARE COME FORMULAZIONE CON-BETACICLODESTINA SEMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTO NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE.				I
01AE01	IBUPROFENE	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE			SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M01AE.				I
01AE02	NAPROXENE SODICO	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE			SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M01AE.				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.
0101AE03	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
0101AE03	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
0101AX17	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
0101CC01	PENICILLAMINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
0202AA15	DICLOFENAC SODICO	GEL	C		OTC - LIBERA VENDITA		OGNI AZIENDA SCELGA NON PIU' DI UNO FANS PER USO TOPICO.					I
0202AC	ESCINA/DIETILAMINA SALICILATO	GEL	C		SOP - NON RICHIESTA							I
0303AB01	SUXAMETONIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AC01	PANCURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AC03	VECURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AC04	ATRACURIO BESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AC09	ROCURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AC10	MIVACURIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AC11	CISATRACURIO BESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AX01	TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO A	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303AX01	TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO B	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0303BX01	BACLOFENE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
0303BX01	BACLOFENE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
0303BX02	TIZANIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
0303BX05	TIOCOLCHICOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I
0303CA01	DANTROLONE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
0404AA01	ALLOPLUMINOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
0404AA03	FEBUXOSTAT	COMPRESSE RIVESTITE	A	91	RR - RIPETIBILE		AI SERVIZI FARMACEUTICI E' DEMANDATO IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI FEBUXOSTAT		SI			VII
0404AB05	LESINURAN	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							XVIII
0404AX	PIPERAZINA	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
05BA02	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 RENDITE DISPONIBILI ED IL COSTO TERRITORIALE (UT). TRA LE FORME EV. SCEGLIERE 1-2 MOLECOLE TRA AC. CLODRONICO, AC. PAMIDRONICO, AC. ZOLEDRONICO E AC. BENDRONICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE RENDITE DISPONIBILI, LE ESIGENZE LOCALI ED IL COSTO. (N.B. SOLO ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA VISUALIZZARE LA PRESENTAZIONE DELLA NOTA					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 erogazione da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
1058X04	DENOSUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A (Prolia) H (Xgeva)	A79 (Prolia)	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT AIFA (PROLIA PER OSTEOPOROSI POST-MENOPAUSALE E XGEEVA PER METASTASI OSSEE DA TUMORI SOLIDI)		III
1058X04	DENOSUMAB (G.U. 205.02.09.16)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			XIV
109A02	COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA, PER L'INDICAZIONE "trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con torace palpabile". LA PRESCRIZIONE "PTA" E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI		SI	REG. AIFA		III
109AX01	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
109AX03	ATALUREN*	ORALE	H		RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA				SI			XVI
109AX07	NUSINERSEN	SOLUZIONE PER INFUSIONE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	MONITORAGGIO AIFA		XVII
101A07	DESFLURANO	GAS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
101A08	SEVOFLURANE	GAS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
101A01	FENTANIL CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
101A02	ALFENTANILE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
101A03	SUFENTANIL CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
101A03	SUFENTANIL CITRATO	COMPRESSE SUBLINGUALI	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	XVII
101A06	REMIFENTANIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO						TAB. A L. 79/2014	I
101AX03	KETAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	IV
101AX10	PROPOFOL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
101BB01	BUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
101BB01	BUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
101BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
101BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	SPRAY	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
101BB02	LIDOCAINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							VI
101BB03	MEPIVACAINA CLORIDRATO	CARTUCCIA	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
101BB03	MEPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
101BB04	PRILOCAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE 2%	C		OSP - USO OSPEDALIERO							III
101BB09	ROPIVACAINA CLORIDRATO MONIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
101BB10	LEVOBUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
101BB20	LIDOCAINA/PRILOCAINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE		LIMITATAMENTE AL PAZIENTE PEDIATRICO E/O IN CASI PARTICOLARI					I
101BB51	BUPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA BITARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
101BB52	NEOMICINA/FLUOCINOLONE ACETONIDE/LIDOCAINA	GEL	C		RR - RIPETIBILE							I
101BB53	MEPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA	CARTUCCIA	C		USPL - USO SPECIALISTICO							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.
I01BX04	CAPSAICINA	CEROTTO	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	IMPIEGO LIMITATO AI PAZIENTI CON NEURALGIA POST ERPETICA NON ADEGUATAMENTE CONTROLLATI CON LE OPZIONI DI PRIMA E SECONDA LINEA E DOLORE PERSISTENTE DA ALMENO 6 MESI. PRESCRIZIONE LIMITATA ALLE STRUTTURE AZIENDALI DOTATE DI FUNZIONE PER LA TERAPIA ANTALGICA		SI			II
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 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
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	TRAMADOLO 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

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.
N02BE01	PARACETAMOLO	SUPPOSTE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
N02BE51	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I
N02BG10	DELTA-9-THC/CANNABIDIOLIO	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 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
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	ETO SUCCINIMIDE	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
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

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.
03AX22	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
03AX23	BRIVARACETAM	COMPRESSE	A-PHT		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI							xviii
04AA02	BIPERIDENE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							i
04AA02	BIPERIDENE LATTATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							i
04AB02	ORFENADRINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							i
04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							i
04BA02	LEVODOPA/BENSERAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							i
04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE				SI			i
04BA05	MELEVODOPA/CARBIDOPA IDRATO	COMPRESSE EFFERVESCENTI	A		RR - RIPETIBILE							vi
04BB01	AMANTADINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							i
04BC04	ROPINIROLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							i
04BC05	PRAMIPEXOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							i
04BC06	CABERGOLINA	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							i
04BC07	APOMORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							i
04BC09	ROTIGOTINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE		COME VIA DI SOMMINISTRAZIONE ALTERNATIVA NEI PAZIENTI CON DIFFICOLTÀ DI DEGLUTIZIONE O DA SOTTOPORRE AD INTERVENTI CHIRURGICI.		SI			i
04BD01	SELEGILINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							vi
04BX04	OPICAPONE	CAPSULA RIGIDA	A-PHT		RR - RIPETIBILE							xix
05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AA02	LEVOMEPRIMAZINA MALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AA03	PROMAZINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AA03	PROMAZINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AB02	FLUFENAZINA DECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AB03	PERFENAZINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AB03	PERFENAZINA ENANTATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AD01	ALOPERIDOLO DECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AD01	ALOPERIDOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AD01	ALOPERIDOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AE04	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AE05	LURASIDONE	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					xviii
05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DICLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i
05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					i

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborso	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazione da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
105AH01	LOXAPINA	POLVERE PER INALAZIONE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	PT	DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					XVII
105AH02	CLOZAPINA	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT	DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
105AH03	OLANZAPINA	CPR ORODISPERSIB./SUBLING.U	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
105AH03	OLANZAPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
105AH03	OLANZAPINA PAMOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIO MODIFICATO	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
105AH04	QUETIAPINA FUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AH05	ASENAPINA	COMPRESSE SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							IX
05AH06	CLOTIAPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AH06	CLOTIAPINA	COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AL05	AMISULPRIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AL07	LEVOSULPİRIDE	COMPRESSE, GOCCE OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AL07	LEVOSULPİRIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AN01	LITIO CARBONATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AX08	RISPERIDONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE RIVESTITE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AX12	ARIPRAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.		SI			I
05AX12	ARIPRAZOLO	COMPRESSE/SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AX12	ARIPRAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIO PROLUNGATO	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							VI
05AX13	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
05AX13	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' indicato nel trattamento della schizofrenia negli adolescenti a partire da 15 anni.					III/XVI/XIX
05AX15	CARIPRAZINA CLORIDRATO	CAPSULA	A-PHT		RR-RIPETIBILE							XIX
05BA	DELORAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE						TAB. D. L. 79/2014	I
05BA	DELORAZEPAM	COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E. L. 79/2014	I
05BA01	DAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE						TAB. D. L. 79/2014	I
05BA01	DAZEPAM	CLISMA	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E. L. 79/2014	I



Indice ATC 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.
5BA01	DIAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BA05	LORAZEPAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BA06	LORAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. D L. 79/2014	I
5BA08	BROMAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BA12	ALPRAZOLAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BB01	IDROXIZINA DICLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CD02	NITRAZEPAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5CD05	TRIAZOLAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5CD06	LORMETAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. D L. 79/2014	I
5CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	SOLUZIONE ORO-MUCOSALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE						TAB. E L. 79/2014	VI
5CM15	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
5CM16	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
5CM18	DEXMEDETOMIDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							VIII
6AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AA09	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, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AB03	FLUOXETINA CLORIDRATO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AB04	CITALOPRAM BROMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AB05	PAROXETINA MESILATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AB06	SERTRALINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AB10	ESCITALOPRAM OSSALATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
6AX03	MIANSERINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
6AX05	TRAZODONE CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
6AX05	TRAZODONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC I 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborso	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazione da PTO	Monitoraggio addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
06AX11	MIRTAZAPINA	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							I
06AX11	MIRTAZAPINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
06AX12	BUPROPIONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
06AX16	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
06AX21	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
06AX26	VORTIOXETINA	COMPRESSE RIVESTITE, GOCCE	A		RR - RIPETIBILE				SI			XII
06BC01	CAFFEINA CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE E OS	C		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			II
06BX13	DEBENONE	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVIII
06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
06DA03	RIVASTIGMINA	CAPSULE	A	NOTA 85	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
07AA	FISOSTIGMINA SALICILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
07AA01	NEOSTIGMINA METILSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
07AA02	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
07AX01	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
07BB	SCODID OXIBATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI						TAB. B L. 79/2014	I
07BB01	DISULFIRAM	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	C		RR - RIPETIBILE							I
07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
07BC01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
07BC02	METADONE CLORIDRATO	SCIROPPO	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
07BC51	BUPRENORFINA/NALOXONE	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	H		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO				SI		TAB. A L. 79/2014	I
07CA01	BETAISTINA DICLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
07XX02	RYLUZOLO	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
07XX06	TETRABENAZINA	COMPRESSE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							VI

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.
07XX07	AMINOPIRIDINA (FAMPRIDINA)	COMPRESSE	C		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		Su prescrizione di Centri Ospedalieri o specialista neurologo. Praticazione se test iniziale favorevole		SI			III
07XX09	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
01AB01	METRONIDAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
01AX02	EMETINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
01AX06	ATOVAQUONE	SOSPENSIONE OS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01BA02	IDROXICLOROCHINA SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
01BB51	ATOVAQUONE/PROGUANILE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
01BC01	CHININA SOLFATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
01BC02	MEFLOCHINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
01CX01	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
02CA01	MEBENDAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
02CA03	ALBENDAZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC04	PERMETRINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
03AC54	BENZILE BENZOATO/PERMETRINA/BENZOCAINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
01AA07	XILOMETAZOLINA CLORIDRATO	GOCCE ORL	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DECONGESTIONANTE NASALE ALL'INTERNO DELLA CLASSE 01A.					I
01AX06	MUPIROCINA CALCICA	POMATA	C		RR - RIPETIBILE							I
03AC02	SALBUTAMOLO SOLFATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC04	FENOTEROLO BROMIDRATO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC12	SALMETEROLO XINAFOATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC13	FORMOTEROLO FUMARATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC18	INDACATEROLO MALEATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE				SI			II
03AC19	OLODATEROLO	INALATORIA	A		RR - RIPETIBILE							XV
03AK	BECLOMETASONE/SALBUTAMOLO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I/XVII
03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
03AK07	BUDESONIDE/FORMOTEROLO FUMARATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AK08	FORMOTEROLO E BECLOMETASONE	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I/XV/XVIII
03AK10	FLUTICASONE FUROATO+VILANTEROLO TRIFENATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR-RIPETIBILE				SI			VIII
03AK11	FLUTICASONE PROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO	INALATORIA	A		RR-RIPETIBILE							XV



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 erogazione da PTO	Monitoraggio aggiuntivo	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
03AL02	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
03AL03	UMECLIDINIO BROMURO/ VILANTEROLO TRIFENATATO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV
03AL04	INDACATEROLO -GLICOPIRRONIO BROMURO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			IX
03AL05	ACLIDINIO BROMURO/ FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV
03AL06	TIOTROPIO + DLODATEROLO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV/XVII
03AL08	FLUTICASONE FURGATO/ UMECLIDINIO/VILANTEROLO TRIFENATATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XX
03AL09	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
03BA01	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
03BA01	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
03BA02	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
03BA02	BUDESONIDE	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE.					I
03BA03	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
03BA05	FLUTICASONE PROPIONATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I/XVII
03BA07	MOMETASONE FURATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							III
03BB01	IPRATROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
03BB02	OXITROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
03BB04	TIOTROPIO BROMURO	CAPSULE/SOLUZIONE PER INALAZIONE (RESPIMAT)	A		RR - RIPETIBILE		NUOVA INDICAZIONE SPECIFICA PER IL SOLO DEVICE RESPIMAT (SOL. PER INALAZIONE)					I/XVII
03BB05	ACLIDINIO BROMURO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE				SI			III
03BB06	GLICOPIRRONIO BROMURO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE				SI			III
03BB07	UMECLIDINIO	INALATORIA	A		RR - RIPETIBILE							XV
03CC02	SALBUTAMOLO SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03DA04	TEOFILLINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
03DA04	TEOFILLINA ANIDRA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
03DA05	AMINOFILLINA	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
03DA05	AMINOFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		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.
03DA11	DOXOFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03DA11	DOXOFILLINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
03DX05	OMALIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA						I/X
03DX07	ROFLUMILATS	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		III
03DX09	MEPOLIZUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA			SI			XVI
03DX10	BENRALIZUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL	PT AIFA		LA PRESCRIZIONE E' LIMITATA AI SOLI CLINICI AFFERENTI AI SOPRACITATI CENTRI				XX
05CB01	ACETILCISTEINA	GRANULATO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
05CB01	ACETILCISTEINA	FIACLE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
05CB03	CARBOCISTEINA	SCIROPPO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	AEROSOL	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	GRANULATO	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	SCIROPPO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)					I
05CB13	DESOSSIRIBONUCLEASI	AEROSOL	H		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO)	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici 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
5DA20	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
5DB27	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
6AB02	DESCLORFENIRAMINA MALEATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROSCB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					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 addizionale	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
J6AB04	CLORFENAMINA MALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROBAE IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
J6AD02	PROMETAZINA CLORIDRATO	CONFETTI	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE							I
J6AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO	COMPRESSE	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROBAE E ROBAK IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
J6AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROBAE E ROBAK IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
J6AX13	LORATADINA	COMPRESSE	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROBAE E ROBAK IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
J7AA	AMBROXOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
J7AA02	FRAZIONE FOSFOLIPIDICA DA POLMONE DI SUINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
J7AX02	IVACAFTOR	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VIII
J7AX30	IVACAFTOR/LUMACAFTOR	ORALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			DISTR. LIMITATA AI CENTRI INDIVIDUATI	SI	REG. AIFA		XVII
J1AA11	GENTAMICINA SOLFATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGLICOSIDICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
J1AA12	TOBRAMICINA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGLICOSIDICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
J1AA13	ACIDO FUSIDICO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
J1AA23	NETILMICINA SOLFATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGLICOSIDICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
J1AA26	AZITROMICINA DIIDRATO	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
J1AA27	CEFUROXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							IV
J1AA30	CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/TETRACICLINA	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
J1AA30	CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/ROLITETRACICLINA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							I
J1AD03	ACICLOVIR	UNGUENTO OFTALMICO	A		RR - RIPETIBILE							I
J1AE01	OFLOXACINA	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN FLUOROCINOLONICO LOCALE, NEL PTOR UN ESEMPIO NON VINCOLANTE AL FINE DI VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA.					I
J1AX18	IODOPROVIDONE	COLLIRO	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
J1BA01	DESAMETASONE	COLLIRO	C		RR - RIPETIBILE							II
J1BA01	DESAMETASONE INTRAVITREALE	IMPIANTO INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
J1BA01	DESAMETASONE INTRAVITREALE	IMPIANTO INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							X
J1BA05	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO (USO DIAGNOSTICO)							VIII
J1BA05	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO (USO TERAPEUTICO)							XII

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.
D1BA15	FLUOCINOLONE ACETONIDE	IMPIANTO INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	PT OSPEDALIERO AIFA						XVI
D1BC03	DICLOFENAC SODICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1BC03	DICLOFENAC SODICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1CA01	DESAMETASONE FOSFATO DISODICO/NETILMICINA SOLFATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1CA05	BETAMETASONE/CLORAMFENICOLOROLITETRACICLINA/COLISTIMETATO SODICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1EA05	BRIMONIDINA TARTRATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE							I
D1EB01	PILOCARPINA NITRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1EB01	PILOCARPINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1EB09	ACETILCOLINA CLORURO	FIALE + FIALE SOLVENTE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
D1EC01	ACETAZOLAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
D1EC03	DORZOLAMIDE CLORIDRATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE							I
D1ED01	TIMOLOLO MALEATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (TIMOLOLO ED UN ALTERNATIVA).					I
D1EDS1	DORZOLAMIDE CLORIDRATO/TIMOLOLO MALEATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE							I
D1EE01	LATANOPROST	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (LATANOPROST ED UN ALTERNATIVA).					I
D1EE05	TAFLUPROST	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	RMP	(PER PAZIENTI INTOLLERANTI A CONSERVANTI: BENZALCONIO CLORURO)					II
D1EX02	DAPIPIRAZOLO CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1FA01	ATROPINA SOLFATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1FA04	CICLOPENTOLATO CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1FA06	TROPICAMIDE	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1FA56	TROPICAMIDE/FENILEFRINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1FB01	FENILEFRINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1GA01	NAFAZOLINA NITRATO	COLLIRIO	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
D1HA02	OXIBUPROCAINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
D1HA07	UDOCAINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
D1LA01	VERTEPORFINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE.					I
D1LA03	PEGAPTANIB SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE.	SI		REG. AIFA		I
D1LA04	RANIBIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE.	SI		REG. AIFA		I
D1LA05	AFILIBERCEPT (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
D1XA14	EPARINA SODICA	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1XA20	CARBOMER	GEL OFTALMICO	C		OTC - LIBERA VENDITA		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L'EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRIO ED 1 GEL/POMATA TOPICO.					I
D1XA20	XANTOPTERINA/RETINOLO/RIBOFLAVINA/ERGOCALCIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
D1XA20	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

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.
01XA20	XANTOPTERINA/CLORAMFENICOLO/ RETINOL/D/RIBOFLAVINA/ERGOCALCIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCCOFEROLO ALFA	UNGUENTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
01XA22	OCRIPLASMINA	INTRAVITREALE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		IX
01XA24	CENEGERMIN	FLACONCINO/COLLIRIO	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XVII
02CA05	FLUOCINOLONE ACETONIDE/NEOMICINA	GOCCE ORL	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE S02CA.					I
03AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	COMPRESSE SUBLINGUALI	A		RR-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE							VIII
03AB01	IPECACUANA	SCIROPP0	C		RR - RIPETIBILE							I
03AB03	ACIDO EDETICO SALE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AB04	PRALDOXIMA METILSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AB06	SODIO TIOSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AB09	DIMERCAPROLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AB14	PROTAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AB15	NALOXONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
03AB17	METILTIONINIO CLORURO	FIALE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AB23	ACETILCISTEINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AB25	FLUMAZENIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AB32	GLUTATIONE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AB35	SUGAMMADEX	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		UNICAMENTE PER ANTAGONISMO IMMEDIATO DEL BLOCCO INDOTTO DA MACURONIO 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
03AB37	IDARUCIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		E' RACCOMANDABILE CHE LE STRUTTURE SI DOTINO DEGLI APPOSITI TESTI DI COAGULAZIONE					XVI
03AC01	DEFEROXAMINA MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC02	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
03AC03	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
03AE01	SODIO POLISTIRENE SOLFONATO	SOSPENSIONE OS	A		RNRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
03AE02	SEVELAMER CLORIDRATO/CARBONATO	COMPRESSE/BUSTE	A		RR - RIPETIBILE							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.
03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO	POLVERE ORALE	A		RR - RIPETIBILE	PT-RMP	IN ALTERNATIVA AL SEVELAMER IN PAZIENTI INTOLLERANTI O CON PROBLEMI DI COMPLIANCE.					VII
03AE05	OSSIDROSSIDO SUCROFERRICO	COMPRESSA MASTICABILE	A		RRL	PT-RMP	PT REGIONALE, allegato al verbale CRAT n 21 del 26/09/2017		SI			XVII
03AF	CALCIO MEFOLINATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI, PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AF01	MESNA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AF02	DEXRAZOXANO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AF05	AMIFOSTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AF07	RASBURICASE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AH01	DIAZOSSIDO	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
04CA02	GLUCOSIO (DESTROSI) MONDORATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
04CD05	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 CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
04CH02	INDIGO CARMINE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
04CJ01	TIROTROPINA	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
04CX	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 CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
04CX	METACOLINA CLORURO	FIACLE + FIACLE SOLVENTE	C		USPL - USO SPECIALISTICO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR.					I
04CX	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
04CX	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
04CX	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
04CX	VERDE INDOCIANINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
06DD	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

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborso	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.
*07AB	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
*07AB	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
*08AA01	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
*08AB02	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
*08AB04	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
*08AB05	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
*08AB07	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
*08AB09	IDIXANOLO	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
*08AB10	OMEPROLO	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
*08AB11	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
*08BA01	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
*08BA01	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
*08CA01	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
*08CA02	ACIDO GADOTERICO/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
*08CA04	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
*08CA08	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
*08CA09	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

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.
08DA05	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
10XX	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
10XX03	RADIO-223RA-DICLORURO	ENDOVENA	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VIII
10XX04	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 monitoraggio AIFA
 La colonna "Limitazione canale di erogazioni da PTOR" si riferisce alla presenza o meno di scelte organizzative della Regione 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