

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

ATC	Principio Attivo	Specialità Medicinale	Via di Somministrazione	Classe di Appartenenza/Centri Prescrittori	Indicazioni e Limitazioni D'Uso	Note
B06AX01	crizanlizumab	ADAKVEO	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. di Ematologia, Pediatria degli Hub (Rete Regionale Malattie Rare)</p>	Indicato per la prevenzione delle crisi vaso-occlusive (vaso occlusive crises - VOC) ricorrenti nei pazienti con malattia a cellule falciformi di età uguale e superiore a 16 anni. Può essere somministrato come terapia aggiuntiva a idrossiurea/idrossicarbamide (HU/HC) o come monoterapia in pazienti per i quali il trattamento con HU/HC è inappropriato o inadeguato	<p>Farmaco innovativo. Innovazione terapeutica condizionata.</p> <p>Registro di monitoraggio <i>web-based</i></p> <p>Nota regionale prot. n. 97723 del 28/02/2022</p>
C10AB05	Atorvastatina/Ezetimibe	ANCILLEG	os	<p>A/RR Medicinale soggetto a prescrizione medica</p>	In aggiunta alla dieta come terapia sostitutiva in pazienti adulti per il trattamento dell'ipercolesterolemia primaria, incluso l'ipercolesterolemia familiare (variante eterozigote) o iperlipidemia combinata (mista), già adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati insieme con lo stesso dosaggio dell'associazione a dose fissa, ma come medicinali diversi	Nota AIFA 13
G02AD06	Misoprostolo	ANGUSTA	os	<p>C/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile</p>	Indicato per l'induzione del travaglio	

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				<p>esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di Hub e Spoke</p>		
R03AL07	Glicopirronio + Formoterolo	BEVESPI AEROSPHERE	Inal	<p>A/RRL Medicinale soggetto a prescrizione medica.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Pneumologia, Medicina Interna, Geriatria di Hub, Spoke e Strutture Territoriali individuati dalla Regione - Nota AIFA 99</p>	Indicato come terapia broncodilatatrice di mantenimento per attenuare i sintomi di pazienti adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	Nota AIFA 99
L01XC39	Belantamab Mafodotin	BLENREP	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e</p>	In monoterapia per il trattamento del mieloma multiplo nei pazienti adulti, che hanno ricevuto almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia risulta refrattaria ad almeno un inibitore del proteasoma, un agente immunomodulatore e un anticorpo monoclonale anti-CD38 e che hanno mostrato progressione di malattia all'ultima terapia	Registro di monitoraggio <i>web-based</i>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 – Aggiornamento Rete Ematologica Regionale)		
L01EL02	Acalabrutinib	CALQUENCE	os	<p>H/RNRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 – Aggiornamento Rete Ematologica Regionale)</p>	<p>Indicato in monoterapia o in associazione a obinutuzumab per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) non trattata in precedenza.</p> <p>Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia</p>	Registro di monitoraggio <i>web-based</i>
J04AK08	Pretomanid	DOVPRELA	OS	<p>H/RNRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive</p>	<p>Indicato in combinazione con bedaquilina e linezolid, negli adulti, per il trattamento della tubercolosi (TB) polmonare a estesa farmacoresistenza (<i>extensively drug resistant</i>, XDR) o intollerante al trattamento o multifarmacoresistente (<i>multidrug-resistant</i>, MDR) non responsiva.</p> <p>Prestare attenzione alle linee guida ufficiali sull'uso corretto degli antibatterici</p>	Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				e Pneumologia di Hub e Spoke		
H01BA01	Argipressina	EMPRESSIN	ev	<p>C/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Cardiologia di Hub e Spoke</p>	Indicato per il trattamento dell'ipotensione refrattaria alle catecolamine conseguente a shock settico in pazienti di età superiore ai 18 anni.	
M09AX10	Risdiplam	EVRYSDI	os	<p>H-RNRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.</p> <p>Centri prescrittori: U.O. Neurologia, Pediatria di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)</p>	Indicato per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti a partire da 2 mesi di età, con una diagnosi clinica di SMA di tipo 1, tipo 2 o tipo 3 o aventi da una a quattro copie di SMN2	Registro di monitoraggio <i>web-based</i>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

L01EJ02	Fedratinib	INREBIC	OS	<p>H/RNRL</p> <p>Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Ematologia, Medicina Interna e Geriatría di Hub e Spoke</p>	<p>Indicato per il trattamento della splenomegalia correlata alla malattia o dei sintomi in pazienti adulti con mielofibrosi primaria, mielofibrosi post-policitemia vera o mielofibrosi post-trombocitemia essenziale che sono naïve agli inibitori della chinasi Janus-associata (JAK) o che sono stati trattati con ruxolitinib</p>	<p>Registro di monitoraggio <i>web-based</i></p>
L04AA52	Ofatumumab	KESIMPTA	SC	<p>H/RRL</p> <p>Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.</p> <p>Centri prescrittori: PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140/2017 e s.m.i.</p>	<p>Indicato per il trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita da caratteristiche cliniche o radiologiche</p>	<p>Medicinale sottoposto a monitoraggio aggiuntivo. Scheda cartacea per la prescrizione dei farmaci <i>disease modifying</i> per la Sclerosi Multipla per linee di trattamento successive alla prima (G.U. n. 117 del 20.05.2022)</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

C07AB14	Landiololo Cloridrato	LANDIOBLOC	ev	<p>C/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Cardiologia di Hub e Spoke</p>	<p>Tachicardia sopraventricolare e per il rapido controllo della frequenza ventricolare in pazienti con fibrillazione atriale o flutter atriale in circostanze perioperatorie, postoperatorie o di altro genere, dove si giudichi necessario il controllo a breve termine della frequenza ventricolare con un farmaco di breve durata d'azione.</p> <p>Tachicardia sinusale non compensatoria laddove, secondo il giudizio del medico, la frequenza cardiaca accelerata richieda un intervento specifico</p>	
N07	Atidarsagene autotemcel	LIBMELDY	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: dato il numero bassissimo di pazienti attesi, la somministrazione del farmaco deve essere effettuata in centri altamente qualificati, certificati da ORCHARD (condizione prevista da EMA). Ad oggi l'unico centro italiano ad</p>	<p>Indicato per il trattamento della leucodistrofia metacromatica (MLD) caratterizzata da mutazioni bialleliche del gene arilsulfatasi A (ARSA) che comportano una riduzione dell'attività enzimatica di ARSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nei bambini con forme infantili tardive o giovanili precoci, senza manifestazioni cliniche della malattia, - nei bambini con la forma giovanile precoce, con manifestazioni cliniche precoci della malattia, che conservano la capacità di camminare autonomamente e prima dell'inizio del declino cognitivo 	<p>Farmaco innovativo. Innovazione terapeutica piena.</p> <p>Registro di monitoraggio <i>web-based</i></p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				essere certificato è l'UO di Pediatria Immunoematologica dell'IRCCS San Raffaele di Milano a cui afferiranno pazienti da tutta Italia.		
B03AC	Derisomaltosio ferrico	MONOFERRIC	ev	H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.	Indicato negli adulti per il trattamento della carenza di ferro nelle seguenti condizioni: quando le preparazioni di ferro per via orale sono inefficaci o non possono essere utilizzate. Quando vi è l'esigenza clinica di somministrare ferro rapidamente.	Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale
N03AX25	Cenobamato	ONTOZRY	os	A-PHT/RR Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti. Centri prescrittori: U.O. Neurologia di Hub e Spoke	Indicato come terapia aggiuntiva delle crisi convulsive a insorgenza focale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti affetti da epilessia che non sono stati adeguatamente controllati nonostante una storia di trattamento con almeno due medicinali antiepilettici.	Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

L01EM03	Alpelisib	PIQRAY	os	<p>H/RNL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa da rinnovare volta per volta vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.</p> <p>Centri prescrittori: U.O. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	Indicato in associazione a fulvestrant per il trattamento delle donne in post-menopausa, e degli uomini, affetti da carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2), con mutazione di PIK3CA, dopo progressione di malattia successiva a terapia endocrina come monoterapia.	Registro di monitoraggio <i>web-based</i>
A16AX18	Lumasiran	OXLUMO	sc	<p>H/RRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Pediatria, Nefrologia e Endocrinologia di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)</p>	Indicato per il trattamento dell'iperossaluria primitiva di tipo 1 (PH1) in tutte le fasce d'età.	<p>Farmaco innovativo. Innovazione terapeutica piena.</p> <p>Registro di monitoraggio <i>web-based</i></p> <p>Nota regionale prot. n. 201266 del 28/04/2022</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

L01FX14	Polatuzumab vedotin	POLIVY	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 – Aggiornamento Rete Ematologica Regionale)</p>	In associazione a bendamustina e rituximab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche.	Registro di monitoraggio <i>web-based</i>
B03XA06	Luspatercept	REBLOZYL	sc	<p>A/RNRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 – Aggiornamento Rete Ematologica Regionale)</p>	<p>Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione dipendente dovuta a sindrome mielodisplastica (SMD) a rischio molto basso, basso e intermedio, che presentano sideroblasti ad anello con risposta insoddisfacente o non idonei a terapia basata su eritropoietina.</p> <p>Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione dipendente, associata a beta-talassemia.</p>	Piano Terapeutico AIFA <i>web-based</i>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

J01DH56	Imipenem/cilastatina /relebactam	RECARBRIO	ev	<p>Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP).</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke</p>	<p>Indicato nel:</p> <p>Trattamento della polmonite acquisita in ospedale (HAP), compresa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), negli adulti;</p> <p>Trattamento della batteriemia che si manifesta in associazione o che si sospetta sia associata a HAP o VAP, negli adulti;</p> <p>Trattamento delle infezioni causate da organismi aerobi Gram-negativi negli adulti con opzioni di trattamento limitate.</p>	<p>Farmaco innovativo. Innovazione terapeutica condizionata.</p> <p>Scheda di prescrizione cartacea AIFA/ospedaliera</p>
N06AX27	Esketamina	SPRAVATO	inal	<p>H/RMR Medicinale soggetto a ricetta medica ministeriale a ricalco su prescrizione specialistica.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Psichiatria di Hub e Spoke</p>	<p>In combinazione con un SSRI o un SNRI, è indicato per adulti con disturbo depressivo maggiore resistente al trattamento, che non hanno risposto ad almeno due diversi trattamenti con antidepressivi nel corso dell'attuale episodio depressivo da moderato a grave</p>	<p>Modello ministeriale a ricalco L. 49/2006, DM 10/03/2006</p>
A10BD24	Ertugliflozin/ Sitagliptin	STEGLUJAN	os	<p>A-PHT/RRL Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. di cui alla Rete Assistenziale</p>	<p>Indicato in pazienti adulti di età pari o superiore a 18 anni con diabete mellito di tipo 2 come terapia aggiuntiva alla dieta e all'esercizio fisico per migliorare il controllo glicemico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quando metformina e/o sulfanilurea (SU) e uno dei monocomponenti del farmaco non forniscono un adeguato controllo glicemico; 	<p>Nota AIFA 100</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018).	<ul style="list-style-type: none"> in pazienti già in trattamento con l'associazione ertugliflozin e sitagliptin in compresse separate 	
L01X	Cellule CD3+ Autologhe Trasdotte anti-CD19	TECARTUS	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa (OSP) utilizzabile esclusivamente nei centri individuati dalle regioni secondo i criteri minimi stabiliti da AIFA.</p> <p>Centri prescrittori: U.O. C.T.M.O. del GOM di Reggio Calabria</p>	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (mantle cell lymphoma, MCL) recidivante o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica che includano un inibitore della tirosin chinasi di Bruton (Bruton's tyrosine kinase, BTK)	<p>Farmaco innovativo. Innovazione terapeutica piena.</p> <p>Registro di monitoraggio <i>web-based</i></p> <p>Nota regionale prot. n. 172042 del 08/04/2022</p>
J01XA05	Oritavancina	TENKASI	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori:</p>	Indicato per il trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti	Scheda Cartacea AIFA per La Prescrizione di Oritavancina

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke		
R03AL11	Glicopirronio + Formoterolo + Budesonide	TRIXEO AEROSPHERE	Inal	<p>A-PHT/RR Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.</p> <p>Centri prescrittori: UU.OO. Pneumologia, Medicina Interna, Geriatrics di Hub, Spoke e Strutture Territoriali individuati dalla Regione - Nota AIFA 99</p>	Indicato nel trattamento di mantenimento in pazienti adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a severa, che non sono adeguatamente trattati con un'associazione di un corticosteroide per via inalatoria e un beta2-agonista a lunga durata d'azione o un'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e un antagonista del recettore muscarinico a lunga durata d'azione	Nota AIFA 99
L04AA43	Ravulizumab	ULTOMIRIS	ev	<p>H/OSP Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile.</p> <p>Centri prescrittori: U.O. Ematologia di Hub (Rete Regionale Malattie</p>	<p>Indicato nel trattamento di pazienti adulti e pediatrici con peso corporeo pari o superiore a 10 kg affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN):</p> <p>in pazienti con emolisi e uno o più sintomi clinici indicativi di un'elevata attività della malattia</p> <p>in pazienti clinicamente stabili dopo trattamento con eculizumab per almeno gli ultimi 6 mesi</p>	Registro di monitoraggio <i>web-based</i>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

				Rare)		
--	--	--	--	-------	--	--

Aggiornamento Note AIFA, Riclassificazioni e Varie:

ADCETRIS (Brentuximab vedotin): ATC L01FX05. Classe H-OSP. Farmaco già in PTR (**DCA n. 93/2016**). **Nuova indicazione terapeutica.** Registro AIFA *web-based*.

Con G.U. n. 256 del 31.10.2019 è stata pubblicata la Determina AIFA n. 1503 del 16 ottobre 2019 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Adcetris»". La nuova indicazione terapeutica del medicinale ADCETRIS (Brentuximab vedotin) è la seguente: *"Adcetris" e' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da Linfoma cutaneo a cellule T (CTCL) CD30 positivo, sottoposti ad almeno una precedente terapia sistemica"*.

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le **UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 "Aggiornamento Rete Ematologica Regionale")**

BAVENCIO (Avelumab): ATC L01FF04. Classe H-OSP. Farmaco già in PTR (**DCA n. 259/2018**). **Nuova indicazione terapeutica innovativa.** Innovazione terapeutica piena. Registro AIFA *web-based*. Nota regionale prot. n. 144398 del 23.03.2022.

Con G.U. n. 65 del 18.03.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. 215 del 11 gennaio 2022 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Bavencio»". La nuova indicazione terapeutica del medicinale BAVENCIO (Avelumab) è la seguente: *"Bavencio è indicato in monoterapia per il trattamento di mantenimento di prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma uroteliale (urothelial carcinoma, UC) localmente avanzato o metastatico senza progressione dopo chemioterapia a base di platino"*.

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali.**

BRAFTOVI (Encorafenib): ATC L01EC03. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (**DCA n. 147/2020**). **Nuova indicazione terapeutica innovativa.** Innovazione terapeutica condizionata. Registro AIFA *web-based*. Nota regionale Prot. N. 193130 del 21/04/2022.

Con G.U. n. 90 del 16.04.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/260/2022 del 4 aprile 2022, avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Braftovi»". La nuova indicazione terapeutica del farmaco BRAFTOVI (Encorafenib) è la seguente: *«Encorafenib e' indicato in associazione con cetuximab per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma metastatico del colon retto (CRC) positivo alla mutazione BRAF V600E, che hanno ricevuto precedente terapia sistemica»"*.

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**

DUPIXENT (Dupilumab): ATC D11AH05. Classe H/RNRL. Farmaco già presente in PTR (**DCA n. 259/2018**). **Nuova indicazione terapeutica innovativa.** Innovazione terapeutica piena. Registro AIFA *web-based*. Nota regionale Prot. N. 97494 del 28/02/2022.

Con G.U. n. 42 del 19.02.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/115/2022 del 8 febbraio 2022, avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Dupixent»". La nuova indicazione terapeutica del medicinale DUPIXENT (dupilumab): *«Dermatite atopica bambini di eta' compresa tra 6 e 11 anni eleggibili per la terapia sistemica»"*.

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le **UU.OO. Dermatologia, Allergologia e Pediatria di Hub, Spoke e strutture territoriali.**

ERLEADA (Apalutamide): ATC L02BB05. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (**DCA n. 02/2020**). **Nuova indicazione terapeutica.**

Con G.U. n. 115 del 18/05/2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/335/2022 del 09 maggio 2022, avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Erleada»". La nuova indicazione terapeutica del medicinale ERLEADA (apalutamide): è *«Erleada» e' indicato negli uomini adulti per il trattamento del carcinoma prostatico metastatico sensibile agli ormoni (mHSPC) in combinazione con terapia di deprivazione androgenica (ADT)»"*.

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le **UU.OO. Oncologia e Urologia di Hub, Spoke e Ospedali generali.**

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

<p>FORXIGA (Dapaglifozin): ATC A10BK01. Classe A-PHT. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova indicazione terapeutica. Piano Terapeutico AIFA <i>web-based</i>. Con G.U. n. 3 del 05.01.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/1512/2021 del 16 dicembre 2021 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Forxiga»". La nuova indicazione terapeutica del farmaco FORXIGA (Dapaglifozin) è la seguente: <i>"Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta"</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO. di Cardiologia di Hub, Spoke e strutture territoriali.</p>
<p>HUMIRA (Adalimumab): ATC L04AB04. Classe H/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 88/2017). Nuova indicazione terapeutica. Con G.U. n. 179 del 28.07.2021 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/853/2021 avente ad oggetto: "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Humira»". La nuova indicazione terapeutica autorizzata, oggetto della negoziazione, del medicinale Humira (adalimumab) è il <i>"Trattamento della colite ulcerosa attiva di grado da moderato a severo in pazienti pediatrici (dai sei anni di età) che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale, inclusi corticosteroidi e/o 6-mercaptopurina (6-MP) o azatioprina (AZA), o che sono intolleranti o presentano controindicazioni per tali terapie"</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO. Gastroenterologia, Medicina Generale, Pediatria di Hub e Spoke.</p>
<p>JARDIANCE (Empaglifozin): ATC A10BK03. Classe A-RR. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova indicazione terapeutica. Con G.U. n. 124 del 28.05.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/367/2022 del 16 maggio 2022, avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche relative al medicinale per uso umano «Jardiance» e integrazione delle condizioni negoziali relative ai medicinali «Jardiance», «Trajenta», «Jentaduetto» e «Synjardy», di titolarità della società Boehringer Ingelheim International GmbH ». La nuova indicazioni terapeutica del medicinale JARDIANCE (empagliflozin): <i>"«Jardiance» è indicato negli adulti per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta"</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO. di Cardiologia di Hub, Spoke e strutture territoriali.</p>
<p>KAFTRIO (Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor): ATC R07AX32. Classe A-PHT. Farmaco già in PTR (DCA n. 134/2021). Nuova indicazione terapeutica innovativa. Innovazione terapeutica condizionata. Registro AIFA web-based. Nota regionale Prot. N. 161590 del 01/04/2022. Con G.U. n. 74 del 29.03.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/248/2022 del 24 marzo 2022, avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Kaftrio»". La nuova indicazione terapeutica del farmaco KAFTRIO (Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor) è la seguente: <i>«Kaftrio è indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse, per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età pari e superiore a 12 anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure di funzione residua (genotipo F/RF) oppure non classificata (genotipo F/non classificato) oppure non identificata (genotipo F/non identificato)»</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata il Centro Regionale Fibrosi Cistica</p>
<p>KALYDECO (Ivacaftor): ATC R07AX02. Classe A-RRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 134/2021). Nuova indicazione terapeutica innovativa. Innovazione terapeutica condizionata. Registro AIFA web-based. Nota regionale Prot. N. 161150 del 01/04/2022. Con G.U. n. 74 del 29.03.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/247/2022 del 24 marzo 2022, avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Kalydeco»". La nuova indicazione terapeutica del farmaco KALYDECO (Ivacaftor) è la seguente: <i>«Kalydeco è indicato in un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse, per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età pari e superiore a 12 anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure di funzione residua (genotipo F/RF) oppure non classificata (genotipo F/non classificato) oppure non identificata (genotipo F/non identificato)»</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata il Centro Regionale Fibrosi Cistica</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

KEYTRUDA (Pembrolizumab): ATC L01FF02. Classe H-OSP. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). **Nuova indicazione terapeutica innovativa.** Innovazione terapeutica piena. Registro AIFA *web-based*. Nota regionale prot. n. 97666 del 28/02/2022.

Con G.U. n.41 del 18.02.2022 è stata pubblicata la **Determina AIFA n. 111 del 8 febbraio 2022** avente ad oggetto “Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Keytruda»”. La nuova indicazione terapeutica del medicinale Keytruda (pembrolizumab) è la seguente: « *Keytruda* in monoterapia e' indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma metastatico del colon-retto con elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H, microsatellite instability-high) o con deficit di riparazione del mismatch (dMMR, mismatch repair deficient) negli adulti».

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registratale **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali.**

LONSURF (Trifluridina/Tipiracil): ATC L01BC59. Classe A-PHT. Farmaco già in PTR (DCA n. 126/2018). **Nuova indicazione terapeutica.**

Con G.U. n. 41 del 18.02.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA del 08 febbraio 2022 avente ad oggetto “Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Lonsurf»”. La nuova indicazione terapeutica del medicinale Lonsurf (Trifluridina/Tipiracil) è la seguente: “*Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma gastrico metastatico incluso l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea, che sono stati precedentemente trattati con almeno due precedenti regimi di trattamento sistemico per malattia avanzata*”.

Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali.**

LYNPARZA (Olaparib): ATC L01XK01. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 64/2020). **Nuova indicazione terapeutica innovativa.** Innovazione terapeutica condizionata. Registro AIFA *web-based*. Nota regionale prot. n. 172066 del 08/04/2022.

Con G.U. n. 64 del 17.03.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/194/2022 del 8 marzo 2022, avente ad oggetto “Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche di medicinali e rinegoiazione del medicinale per uso umano «Lynparza», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537”. Le nuove indicazioni terapeutiche autorizzate del medicinale LYNPARZA (olaparib):

- **Cancro dell'ovaio** “Lynparza” in associazione con bevacizumab e' indicato per il: trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadi III e IV secondo FIGO), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, in risposta (completa o parziale) dopo completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino in associazione con bevacizumab e il cui tumore presenti un deficit di ricombinazione omologa (homologous recombination deficiency, HRD), definito dalla presenza di una mutazione BRCA1/2 e/o di instabilità genomica.»

Sono autorizzati alla prescrizione per le nuove indicazioni registrate **le UU.OO. di Oncologia di Hub e Spoke e Ospedali generali**

LYNPARZA (Olaparib): ATC L01XK01. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 64/2020). **Nuova indicazione terapeutica.** Registro AIFA *web-based*.

Con G.U. n. 64 del 17.03.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/194/2022 del 8 marzo 2022, avente ad oggetto “Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche di medicinali e rinegoiazione del medicinale per uso umano «Lynparza», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537”. Le nuove indicazioni terapeutiche autorizzate del medicinale LYNPARZA (olaparib):

- **Cancro della prostata** “Lynparza” e' indicato, in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione e con mutazioni nei geni BRCA1/2 (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), in progressione dopo precedente trattamento che includeva un nuovo agente ormonale”

Sono autorizzati alla prescrizione per le nuove indicazioni registrate **le UU.OO. di Oncologia di Hub e Spoke e Ospedali generali**

OFEV (Nintedanib): ATC L01EX09. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). **Nuova indicazione terapeutica.**

Con G.U. n.64 del 17.03.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. n. 193/2022 dell'8 marzo 2022 avente ad oggetto “Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

<p>del medicinale per uso umano «Ofev». La nuova indicazione terapeutica del medicinale OFEV (nintedanib) è la seguente: <i>«"Ofev" e' inoltre indicato negli adulti per il trattamento di malattie interstiziali polmonari (ILD) fibrosanti croniche con fenotipo progressivo»</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO. di Pneumologia, Reumatologia, Immunologia e Medicina Interna di Hub e Spoke.</p>
<p>OPDIVO (Nivolumab): ATC L01FF01. Classe H/OSP. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova indicazione terapeutica. Registro AIFA web-based. Con G.U. n. 13 del 18.01.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. 1642 del 27 dicembre 2021 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Opdivo»" La nuova indicazione terapeutica, oggetto della negoziazione, del medicinale Opdivo (nivolumab) <i>"in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma dell'esofago istotipo squamoso, avanzato non resecabile, ricorrente o metastatico dopo precedente chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino"</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO.Oncologia di Hub, Spoke e ospedali generali</p>
<p>OPDIVO + YERVOY (Nivolumab + Ipilimumab): Nuove indicazioni terapeutiche. Con G.U. n. 13 del 18.01.2021 è stata pubblicata la Determina AIFA n. 1633 del 27 dicembre 2021 avente ad oggetto "Regime Di Rimborsabilità e Prezzo a seguito di nuove Indicazioni Terapeutiche del Medicinale per uso umano «Yervoy»". Le nuove indicazioni terapeutiche del medicinale YERVOY (ipilimumab) sono le seguenti: <i>«"Yervoy" in associazione a nivolumab e' indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti», «"Yervoy" in associazione a nivolumab e' indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato a rischio intermedio/sfavorevole» e «"Yervoy" in associazione a nivolumab e due cicli di chemioterapia a base di platino e' indicato per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico negli adulti il cui tumore non esprime mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK»</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per le nuove indicazioni registrate sono le UU.OO.Oncologia di Hub, Spoke e ospedali generali.</p>
<p>RINVOQ (Upadacitinib): ATC L04AA44. Classe H/OSP. Farmaco già in PTR (DCA 95/2021). Nuova indicazione terapeutica. Con G.U. n. 114 del 17.05.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. 328 del 09 maggio 2022 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Rinvoq»" Le nuove indicazioni terapeutiche, oggetto della negoziazione, del medicinale Rinvoq (upadacitinib) sono: <i>"Rinvoq e' indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o piu' DMARD" e "Rinvoq" puo' essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato"</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per le nuove indicazioni registrate i Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Dermatologia.</p>
<p>STELARA (Ustekinumab): ATC L04AC05. Classe H/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 259/2018). Nuova indicazione terapeutica. Con G.U. n. 288 del 03.12.2021 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/1403/2021 del 24 novembre 2021 avente ad oggetto: "Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche e rinegoziazione del medicinale per uso umano «Stelara», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537". La nuova indicazione terapeutica del medicinale STELARA (ustekinumab): <i>«colite ulcerosa: "Stelara" e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva di grado da moderato a grave che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o ad una terapia biologica oppure che presentano controindicazioni mediche a tali terapie»</i>. Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO Gastroenterologia e Medicina Interna di Hub e Spoke</p>
<p>TREMFYA (Guselkumab): ATC L04AC16. Classe H/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 259/2018). Nuova indicazione terapeutica. Con G.U. n. 303 del 22.12.2021 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/1540/2021 del 16 dicembre 2021 avente ad oggetto: "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Tremfya». La nuova indicazione terapeutica del medicinale TREMFYA (guselkumab): <i>«"Tremfya", da solo o in associazione a metotrexato (MTX), e'</i></p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

<p><i>indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che hanno mostrato intolleranza a una precedente terapia con farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD)».</i></p> <p>Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO. Dermatologia e Reumatologia e Ambulatori di Dermatologia e Reumatologia di Hub e Spoke.</p>
<p>VENCLYXTO (Venetoclax): ATC L01XX52. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 146/2017). Nuova indicazione terapeutica. Registro AIFA <i>web-based</i>.</p> <p>Con G.U. n. 117 del 20.05.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. 373 del 16 maggio 2022 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Venclyxto»". La nuova indicazione terapeutica del medicinale VENCLYXTO (Venetoclax) è la seguente: <i>"Venclyxto in combinazione con obinutuzumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) non trattati in precedenza."</i></p> <p>Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata le UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 "Aggiornamento Rete Ematologica Regionale")</p>
<p>XELJANZ (Tofacitinib): ATC L04AA29. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 259/2018). Nuova indicazione terapeutica.</p> <p>Con G.U. n. 80 del 05.04.2022 è stata pubblicata la Determina AIFA n. DG/239/2022 del 24 marzo 2022 avente ad oggetto "Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Xeljanz»". La nuova indicazione terapeutica del medicinale XELJANZ (Tofacitinib) è la seguente: <i>"Artrite psoriasica - Tofacitinib in associazione con MTX e' indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva (PsA) in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono intolleranti ad una precedente terapia con un farmaco antireumatico modificante la malattia (DMARD)"</i>.</p> <p>Sono autorizzati alla prescrizione per la nuova indicazione registrata UU.OO. Dermatologia e Reumatologia e Ambulatori di Dermatologia e Reumatologia di Hub e Spoke.</p>
<p>Semaglutide: ATC A10BJ06. Classe A-PHT/RR. Farmaco già in PTR (DCA n. 02/2020). Nuova formulazione.</p> <p>Comprese in blister, uso orale. PT cartaceo. Nota AIFA 100.</p>
<p>Paliperidone: ATC N05AX13. Classe H-RNRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova formulazione.</p> <p>Sospensione iniettabile a rilascio prolungato – uso intramuscolare - in siringa preriempita.</p>
<p>Irinotecan: ATC L01CE02. Classe H/OSP. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova formulazione.</p> <p>1,5 mg/ml soluzione per infusione, sacca sterile.</p>
<p>Buprenorfina + Naloxone: ATC N07BC51. Classe A/PHT. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova formulazione.</p> <p>2 mg/0,5 mg film sublinguale - 4 mg/1 mg film sublinguale - 8 mg/2 mg film sublinguale - 12 mg/3 mg film sublinguale</p>
<p>Brivaracetam: ATC N03AX23. Classe C-OSP. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 259/2018). Nuova formulazione.</p> <p>10 mg/ml soluzione iniettabile/per infusione</p>
<p>Pancrelipasi: ATC A09AA02. Classe A-PHT. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). Nuova formulazione.</p> <p>capsule gastroresistenti, 20 000 unità di lipasi - 35 000 unità di lipasi</p>
<p>IBRANCE (Palbociclib) : ATC L01EF01. Classe H-RNRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 259/2018). Nuova formulazione.</p> <p>75 mg – 21 compresse rivestite con film; 100 mg - 21 compresse rivestite con film; 125 mg - 21 compresse rivestite con film</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

<p>BOSULIF (Bosutinib) : ATC L01EA04. Classe H-RNRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). Nuovo dosaggio. 400 mg – 28 compresse</p>
<p>ALECENSA (Alectinib): ATC L01ED03. Classe H/RNRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 259/2018). Integrazione centri prescrittori. Sono autorizzati alla prescrizione del farmaco le UU.OO. Oncologia degli Hub. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati le UU.OO. Oncologia di Spoke e ospedali generali.</p>
<p>BENLYSTA (Belimumab): ATC L04AA26. Classe H/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 164/2018). Integrazione centri prescrittori. Sono autorizzati alla prescrizione del farmaco i seguenti specialisti: Reumatologo e Internista di Hub e Spoke e Ambulatori di Reumatologia di Hub e Spoke. Vengono aggiunti agli specialisti già abilitati gli Immunologi di Hub e Spoke.</p>
<p>RIZMOIC (Naldemedina tosilato): ATC A06AH05. Classe A/RR. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 134/2021). Integrazione centri prescrittori. Sono autorizzati alla prescrizione del farmaco le UU.OO. Oncologia, Neurologia, Terapia del dolore, Cure palliative. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati i Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche</p>
<p>ODOMZO (Sonidegib fosfato): ATC L01XJ02. Classe H/NRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 134/2021). Integrazione centri prescrittori. Sono autorizzati alla prescrizione del farmaco le UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e ospedali generali. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati le UU.OO. Dermatologia di Hub, Spoke e ospedali generali.</p>
<p>PRALUENT (Alirocumab) e REPATHA (Evolocumab): Farmaci già presente in PTR (DCA n. 88/2017 e s.m.i.). Integrazione centri prescrittori. Sono autorizzati alla prescrizione del farmaco le UU.OO. Cardiologia, Medicina interna, Neurologia di Hub, Spoke e strutture territoriali. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati le UU.OO. Endocrinologia di Hub, Spoke e strutture territoriali.</p>
<p>REVOLADE (eltrombopag) e NPLATE (romiplostim): Farmaco già presente in PTR (DCA n. 164/2018 – Nota prot. N. 427568 del 29/12/2020). Integrazione centri prescrittori. Viene individuato come centro prescrittore l’U.O. Ematologia-Microcitemia dello Spoke di Crotona.</p>
<p>DUPIXENT (Dupilumab): ATC D11AH05 - FASENRA (Benralizumab): ATC R03DX10 - NUCALA (mepolizumab): ATC R03DX09 - XOLAIR (omalizumab): ATC R03DX05 - Classe A/RRL. Farmaci già presente in PTR (DCA n. 164/2018). Integrazione centri prescrittori. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati le Strutture territoriali, per come di seguito specificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per l’indicazione terapeutica: Orticaria cronica (XOLAIR): UU.OO. Dermatologia, Allergologia, Pediatria di Hub, Spoke e strutture territoriali. - Per le indicazioni terapeutiche: Rinosinusite (XOLAIR, NUCALA, DUPIXENT), Asma (XOLAIR, FASENRA, NUCALA, DUPIXENT) , Granulomatosi (NUCALA) e Sindrome iperosinofila (NUCALA): UU.OO. Pneumologia, Allergologia, Immunologia, Pediatria di Hub, Spoke e strutture territoriali
<p>Anticorpi monoclonali per l’emicrania AIMOVIG (Erenumab), AJOVY (Fremanezumab), EMGALITY (Galcanezumab). Farmaci già in PTR (DCA 147/2020 – DCA 95/2021). Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati: Ambulatorio Cefalee UO Neurologia PO Locri (ASP RC), Centro Multidisciplinare Polo Sanitario RC Sud (ASP RC), Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia P.O. Lamezia Terme (ASP</p>

Burc n. 140 del 14 Luglio 2022

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

Burc n. 140 del 14 Luglio 2022

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIT E ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENIT E SUPPURATIVA	MALATTI A DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Ixekizumab L04AC13 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Risankizumab L04AC EV	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Sarilumab L04AC14 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Secukinumab L04AC10 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Tildrakizumab L04AC17 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Tocilizumab L04AC07 EV, SC	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X	NO	NO	NO	X	X Adulti e bambini	NO	X	X
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI										
Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO
Apremilast L04AA32 OS	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO
Baricitinib L04AA37 OS	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AA45 OS	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Burc n. 140 del 14 Luglio 2022

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

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

Principio attivo	Centri Autorizzati alla prescrizione
INIBITORI DEL TNF-alfa	
Adalimumab L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
Adalimumab biosimilare L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia

Golimumab L04AB06 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
Etanercept L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Etanercept biosimilare L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Infliximab L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
Infliximab biosimilare L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA	
Anakinra L04AC03 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia
Brodalumab L04AC12 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Canakimumab L04AC08 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Centri Malattie Rare
Guselkumab L04AC16 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Ixekizumab L04AC13 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di

	Dermatologia
Risankizumab L04AC EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Sarilumab L04AC14 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia
Secukinumab L04AC10 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Tildrakizumab L04AC17 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Tocilizumab L04AC07 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia
Ustekinumab L04AC05 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI	
Abatacept L04AA24 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia
Apremilast L04AA32 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Baricitinib L04AA37 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Filgotinib L04AA45 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Tofacitinib L04AA29 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale

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

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione

ALLEGATO A-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F

Luogo di nascita _____ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Data di valutazione (gg/mm/anno)

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

Artrite Reumatoide (AR) Artrite Reumatoide siero-positiva Artrite Reumatoide siero-negativa

Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica

Artrite Psoriasica (AP)

Spondilite Anchilosante (SA)

Artrite Gottosa

Anno esordio malattia: Peso Kg Altezza (cm)

Precedenti terapie:

MTX: si no

Dose MTX (mg/settimana): os im o sc per mesi

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione §:

Intolleranza Altro (specificare): _____

Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per almeno 6 mesi? si no

Se no motivare:

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci? si no

Se no motivare *:

*Fanno eccezione solo i pazienti che presentano elevati livelli di ACCP >> 3 volte il valore normale, Fattore Reumatoide Positivo la probabilità di avere una forma gravemente erosiva ab inizio è elevatissima e che pertanto debbono essere trattati con DMARDs per un periodo osservazionale massimo di 3 mesi, poiché le lesioni possono diventare irreversibili.

Leflunomide: O si

O no per mesi:

Altri DMARDs: O si

O no

Se sì: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) .

Precedente terapia con biologico O si O no

Se sì, da: (data):mm/anno .

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia [®])	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade [®])
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira [®])	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima [®] , Inflectra [®] , Flixabi [®])
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio [®] , Imraldi [®] , Hyrimoz [®])	<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz [®])
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret [®])	<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera [®])
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla [®])	<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima [®] , Rixathon [®])
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant [®])	<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara [®])
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris [®])	<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx [®])
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia [®])	<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra [®])
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel [®])	<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz [®])
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®])	<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq [®])
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca [®])	<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara [®])
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi [®])		

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese?

O si

O no

Numero articolazioni tumefatte: Numero articolazioni dolenti:

(Conta a 28 articolazioni) (Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee

Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani

Altro (specificare):

Erosioni:

O si

O no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:

O si

O no

O non valutata

Manifestazioni extra-articolari

O si

O no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente Proteina C-Reattiva (mg/L): .

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

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§

A. Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasica o S. anchilosante) periferica
DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica \geq 5 mg/die PN equivalente
oppure
DAS 28 \geq 3.2 in pazienti ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica \geq 5 mg/die PN equivalente

Si No Giustificare*:

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

Si No Giustificare*:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a Metotrexato? si no

PRESCRIZIONE:

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

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

Farmacia di riferimento:

 Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

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

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore****Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

ALLEGATO A-2**SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento)**Data di valutazione (gg/mm/anno): ..Cognome: Nome:
C.F.Peso Kg Altezza (cm) Numero articolazioni tumefatte:
(Conta a 28 articolazioni)Numero articolazioni dolenti:
(Conta a 28 articolazioni)Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee
Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani Altro (specificare):Erosioni:
O si
O noProgressione radiografica negli ultimi 12 mesi:
O si
O no
O non valutataManifestazioni extra-articolari
O si
O noScala Analogica (0-100) giudizio paziente Proteina C-Reattiva (mg/dL): CRP- DAS28 (AR o Psoriasica periferica): Questionario HAQ ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante/artrite psoriasica)Dose MTX in corso (mg/settimana): os im sc
Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:
Intolleranza
Altro (specificare): _____In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs:

Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro_____Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente) Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?
O si O no

Se no:

switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio

sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§) fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione/fine terapia con farmaco biologico: Progressione di malattia/Inefficacia

Remissione Trasferimento Perdita al follow up Morte

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Altro (specificare): _____

§§ Artrite Reumatoide o psoriasica periferica: Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 \leq 2,6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

Spondiloartriti: Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP $<$ 1.3

PRESCRIZIONE:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di terapia
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Idacio®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____

<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusioneev/sc ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

Allegato A-3**FINE TRATTAMENTO**

Data di fine trattamento (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Causa di fine trattamento:

- Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up
 Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico □□□

DATA _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:
PRESCRIZIONE FARMACI “BIOLOGICI”
REGIONE CALABRIA
Psoriasi a Placche**

Cognome: Nome:

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□ Sesso: M □ F □

Luogo di nascita _____ □ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□ ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

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

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

Psoriasi a Placche Paziente Adulto Paziente Pediatrico

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

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____
Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA<10% o PASI<10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale. Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta: PASI > 10 e BSA >10

oppure

 PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale**2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:**

Farmaco (specificare): _____

Precedente terapia con biologico

 si noSe sì, da: (data:mm/anno) .

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Reimsima®, Inflectra®, Flixabi®)
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)		

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §**PASI (Psoriasis Area Severità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10%****e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento /intolleranza/controindicazione delle terapie standard)** **Si** **No** Giustificare: _____§ = **Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico****PRESCRIZIONE:**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®,	_____mg ogni _____gg

	Imraldi [®] , Hyrimoz [®])	
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia [®])	_____mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade [®])	_____mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima [®] , Inflectra [®] , Flixabi [®])	_____mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz [®])	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya [®])	_____mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi [®])	_____mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx [®])	_____mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri [®])	_____mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara [®])	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____ settimane

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2**SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. rivalutazione a 6 mesi**

Cognome: Nome:

C.F. Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici) Data della rivalutazione: ..Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente Indice PASI: _____

BSA: _____

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

SI NO

Se no:

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

Motivazione della variazione: Inefficacia/ Progressione di malattia Decisione del pazienteRemissione di malattia Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____Gravidanza Intervento chirurgico Altro (specificare): _____**§§ DI SOSPENSIONE O RIDUZIONE DELLA DOSE: riduzione del PASI del 75% (PASI 75)****PRESCRIZIONE:**

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

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

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-3**FINE TRATTAMENTO**Data di fine trattamento ..

Causa di fine trattamento:

- Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up
 Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa**

Cognome: Nome:

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□ Sesso: M □ F □

Luogo di nascita _____ □ Estero

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

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

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

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

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

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

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Cortisone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Dipendenza <input type="checkbox"/> Inefficacia/resistenza <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
6-mercaptopurina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Azatioprina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Precedente terapia con biologico

O si O no Se sì, da: (data:mm/anno) □□.□□□□

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

FARMACO		FARMACO	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)

HARVEY-BRADSHAW index (HBI) n° **TRUELOVE-WITTS Criteria n°**
REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §

A. Morbo di Crohn**Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

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

 No Giustificare:**B. Colite Ulcerosa****Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

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

 No Giustificare:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE

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

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA TERAPIA (MAX SEI MESI) _____

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. rivalutazione a 6 mesi

Cognome: Nome:

C.F.....

Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici)

HARVEY-BRADSHAW Index (HBI) n°

TRUELOVE-WITTS Criterion°

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

SI

NO

Se no:

switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico sospensione

fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione:

Progressione di malattia Remissione di malattia Inefficacia

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Decisione del paziente Gravidanza Intervento chirurgico Infezione

Altro (specificare): _____

PRESCRIZIONE:

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

Farmacia di riferimento :

Farmacia Ospedaliera dell’Ospedale sede del Centro prescrittore

Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio

Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-3**FINE TRATTAMENTO**Data di fine trattamento ..

Causa di fine trattamento:

Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow upMorte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____Altro (specificare): _____Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 70 del 08.07.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 14.06.2022

CZ).
Farmaci antivirali EPCLUSA (Sofosbuvir/Velpatasvir), MAVIRET (Glecaprevir/Pibrentasvir), VOSEVI (Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir) e ZEPATIER (Elbasvir/Grazoprevir). Farmaci già in PTR (DCA 88/2017 – DCA 146/2017 - DCA 126/2018). Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati: Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato (ASP CZ).
Aggiornamento tabelle 2 e 3 DCA 118/2015 (Allegato 2 del DCA n. 70 del 08.07.2022).
Aggiornamento Schede cartacee per la prescrizione farmaci biologici per area reumatologica, dermatologica, gastroenterologica (Allegato 2 del DCA n. 70 del 08.07.2022).



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

*Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica -
Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco"*

**Aggiornamento Linee Guida e modalità operative
"Commissione Regionale del Farmaco" e
"Commissioni Aziendali del Farmaco"**

-

**Revisione Prontuario Terapeutico Regionale e
Adozione Repertorio Regionale Dispositivi Medici**

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. COMMISSIONE REGIONALE DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI:
COMPITI E PROCEDURA OPERATIVA DI FUNZIONAMENTO
 - 2.1 *Compiti del Presidente*
 - 2.2 *Compiti della Segreteria Scientifica e Amministrativa*
 - 2.3 *Compiti della Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici*
 - 2.4 *Regole generali di funzionamento*
3. COMMISSIONI AZIENDALI DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI
4. FARMACI IN ATTESA DI PARERE DA PARTE DELLA COMMISSIONE REGIONALE PER L'INSERIMENTO IN PTR
5. PRESCRIZIONE FARMACI H PER CONTINUITA' TERAPEUTICA EFFETTUATE DA CENTRI REGIONALI EXTRA-ASP O EXTRA-REGIONE
 - 5.1 *Prescrizioni provenienti da Centri regionali extra-ASP*
 - 5.2 *Prescrizioni provenienti da Centri regionali extra-regione*
6. PRESCRIZIONE DI FARMACI PER INDICAZIONI NON AUTORIZZATE (OFF-LABEL) DALL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
 - 6.1 *Predisposizione richiesta farmaco off-label*
 - 6.2 *Predisposizione di istruttoria da parte della farmacia*
 - 6.3 *Autorizzazione finale*
 - 6.4 *Valutazione da parte della Commissione Aziendale del Farmaco*
 - 6.5 *Erogazione del farmaco da parte della farmacia*
7. ALCUNI CASI PARTICOLARI DI OFF LABEL:
 - 7.1 *Medicinale inserito nell'elenco di cui alla legge 648/96*
 - 7.2 *Preparazione magistrale (art. 5 legge 94/98)*
 - 7.3 *Medicinale non registrato in Italia per le indicazioni richieste, ma registrato all'estero*
 - 7.4 *Medicinale di cui al D.L.vo 08/05/2003: disciplina "uso compassionevole" dei medicinali.*
8. MODULISTICA ALLEGATA AL REGOLAMENTO
9. FLOW CHART RICHIESTA INSERIMENTO FARMACO/DISPOSITIVO MEDICO

ABBREVIAZIONI

AIC	Autorizzazione Immissione in Commercio
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliero - Universitaria
ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
ATC	Anatomica Terapeutica Chimica
CAF	Commissione Aziendale del Farmaco
CAFDM	Commissione Aziendale del Farmaco e dei Dispositivi Medici
CND	Classificazione Nazionale Dispositivi
CRF	Commissione Regionale del Farmaco
CRFDM	Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici
DCA	Decreto del Commissario ad acta
D.L.vo	Decreto Legislativo
DM	Dispositivo Medico
DMS	Decreto Ministero della Salute
GdL	Gruppi di Lavoro
GU	Gazzetta Ufficiale
HTA	Health Technology Assessment
MMG	Medico di Medicina Generale
OdG	Ordine del Giorno
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PTA	Prontuario Terapeutico Aziendale
PTR	Prontuario Terapeutico Regionale
RRDM	Repertorio Regionale Dispositivi Medici
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SUA	Stazione Unica Appaltante

1. INTRODUZIONE

Il **Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)** rappresenta uno strumento di governo clinico del farmaco, oltre che uno strumento di promozione dell'appropriatezza e sicurezza dell'utilizzo dei farmaci. Contiene l'elenco aggiornato dei medicinali, classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica), utili a garantire l'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale.

Per ogni principio attivo presente nel PTR vengono indicati:

- via di somministrazione;
- classe di rimborsabilità
- regime di fornitura;
- eventuali vincoli prescrittivi (Note limitative AIFA, Piano Terapeutico AIFA o regionale, schede di monitoraggio AIFA)
- eventuali riferimenti di provvedimenti regionali, note informative o documenti prodotti da GdL regionali

Il **Repertorio Regionale dei Dispositivi Medici (RRDM)**, contiene l'elenco dei dispositivi medici, classificati secondo nomenclatura CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici), utilizzati nelle strutture sanitarie regionali per la diagnosi e l'assistenza medica o distribuiti sul territorio. Il RRDM verrà utilizzato come strumento al fine di ottenere un utilizzo omogeneo e coerente dei DM su tutto il territorio regionale, monitorandone i consumi e la spesa, promuovendo attività di vigilanza sui DM oltre che migliorarne l'appropriatezza d'uso, delinearne i requisiti tecnico-qualitativi ed economici per orientare la scelta nella pratica clinica.

Il presente Regolamento viene elaborato allo scopo di aggiornare le Linee Guida e le modalità operative, in parte già definite in precedenti provvedimenti commissariali con DCA n. 3/2015 e DCA n. 93/2016, inerenti l'organizzazione, il funzionamento e i criteri decisionali adottati dalla "Commissione Regionale del Farmaco" su Farmaci e Dispositivi Medici, nonché le funzioni delle "Commissioni Aziendali del Farmaco", che verranno rispettivamente denominate con il questo documento "Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi medici" e "Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici".

Il Regolamento viene adottato per consentire l'equità delle cure su tutto il territorio regionale e all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale che comprende cinque Aziende Sanitarie Provinciali, ciascuna suddivisa in Distretti Sanitari, e quattro Aziende Ospedaliere, di cui una Ospedaliero – Universitaria per come indicato in tabella:

n. 5 Aziende Sanitarie Provinciali	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria
n. 3 Aziende Ospedaliere	Azienda Ospedaliera "S.S. Annunziata" di Cosenza
	Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro
	Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria
n. 1 Azienda Ospedaliero – Universitaria	Azienda Ospedaliero – Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro

Al fine di rendere il PTR uno strumento dinamico, sottoposto a periodico aggiornamento da parte della Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici, il presente Regolamento prevede anche la definizione dei processi che riguardano:

- L'individuazione di Centri Prescrittori e degli specialisti da abilitare alla prescrizione;
- L'abilitazione dei medici su piattaforme informatiche prescrittive;
- La definizione del Repertorio Regionale Dispositivi Medici (RRDM);
- L'attivazione di procedure volte a supportare la definizione di gare centralizzate di farmaci e dispositivi medici da parte della Stazione Unica Appaltante Regionale/Azienda Zero.

2. COMMISSIONE REGIONALE DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI: COMPITI E PROCEDURA OPERATIVA DI FUNZIONAMENTO

La Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici è una Commissione Tecnico-Scientifica costituita dal Presidente, ovvero dal Dirigente del Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza integrativa e protesica – Farmacie convenzionate – Educazione all'uso consapevole del farmaco" e da componenti selezionati tra professionisti, Medici specialisti, Medici di Medicina Generale, Farmacisti ospedalieri e territoriali, Farmacologi, con consolidata esperienza nel campo della valutazione dei farmaci e dei dispositivi medici.

La Commissione si avvale della Segreteria che ha sede presso il Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari della Regione Calabria e che si occupa sia degli aspetti scientifici che degli aspetti amministrativi. Può eventualmente avvalersi anche del supporto tecnico-scientifico di Gruppi di Lavoro (GdL) regionali, di medici specialisti, MMG/PLS, operanti nelle Aziende del SSR o individuati dalle Società Scientifiche, e di Ingegneri Clinici per eventuale supporto nella valutazione dei dispositivi medici.

Le richieste di valutazione per l'inserimento di farmaci e dispositivi nel PTR e nel RRDM, fatti salvi i farmaci ad accesso diretto, saranno inviate dalle Aziende Farmaceutiche, dalle Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici (CAFDM) delle Aziende del SSR attraverso specifica modulistica approvata dalla Commissione Regionale del Farmaco (**Moduli 1, 2 e 3**).

Le richieste di inserimento di nuovi farmaci in PTR, di estensioni di indicazioni per farmaci già presenti in PTR e di **farmaci ad accesso diretto**, dovranno essere trasmesse al Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari, all'indirizzo pec: farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it, corredate da Lettera di presentazione del farmaco, Dossier, Gazzetta Ufficiale (G.U.). Le Aziende Farmaceutiche dovranno necessariamente trasmettere la documentazione corredata da *Budget Impact* regionale stimato e suddiviso per singola Azienda del SSR, utilizzando la modulistica predisposta (**Modulo 4**). La richiesta verrà considerata sospesa fino all'invio della documentazione completa.

I fabbisogni indicati per ogni farmaco, dopo approvazione per l'inserimento in PTR e recepimento con specifico decreto, verranno trasmessi dal Settore n. 3 alle Aziende del SSR attraverso apposita modulistica (**Modulo 5**) per essere confermati e/o modificati/integrati ed essere successivamente trasmessi alla Stazione Unica Appaltante/Azienda Zero per gli adempimenti di competenza.

La valutazione di nuovi principi attivi/dispositivi medici sarà completata entro 40 giorni a partire dalla data di ricezione della documentazione completa di richiesta di inserimento, ad eccezione dei **farmaci ad accesso diretto**, per cui dovrà essere garantito l'inserimento immediato in PTR, ovvero:

- ✓ Farmaci con requisito di innovatività;
- ✓ Farmaci A-PHT;
- ✓ Farmaci per malattie rare;
- ✓ Farmaci per HIV;
- ✓ Farmaci sottoposti a registro AIFA (Web-Monitoraggio-Appropriatezza Prescrittiva);

2.1 Compiti del Presidente

Il Presidente della Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici, individuato nella figura del Dirigente del Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute, svolge le seguenti funzioni:

- Convoca le sedute, presiedendole, con almeno cinque giorni di anticipo rispetto alla data stabilita, secondo un calendario che viene definito e concordato con la Commissione entro la fine dell'anno precedente a quello di riferimento;
- Definisce l'Ordine del Giorno (OdG), strutturato in: tematiche di carattere generale, richieste di inserimento di principi attivi nel PTR e di dispositivi medici nel RRDM da valutare e relativo impatto sull'organizzazione sanitaria regionale, valutazione dei centri prescrittori, eventuali linee di indirizzo su prescrizione e integrazione nel PDTA, varie ed eventuali;
- Convoca eventuali sedute straordinarie qualora se ne ravvisi la necessità;
- Può delegare alle funzioni di Presidente, un componente della stessa Commissione Regionale o un delegato farmacista operante all'interno del Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute, per eventuali intervenute esigenze di servizio o per singole riunioni;
- Coordina i lavori della Segreteria;
- Verifica i contenuti dei verbali degli incontri della Commissione Regionale e il documento di sintesi delle decisioni assunte nelle riunioni prima della relativa formalizzazione nel decreto di recepimento e approvazione dell'aggiornamento periodico del PTR;
- Può istituire dei Gruppi di Lavoro per l'affidamento di specifiche attività e per la collaborazione con la stessa Commissione;
- Qualora non esista una rete dei Centri Prescrittori o PDTA precedentemente identificato o autorizzato, aggiorna attraverso la segreteria regionale l'elenco dei Centri individuati in prima istanza, discutendone con la stessa Commissione, e ne assicura l'abilitazione in piattaforma AIFA;
- Invia alla Stazione Unica Appaltante regionale/Azienda Zero il fabbisogno annuale, al fine di garantire tempestività nella predisposizione delle più appropriate procedure di gara, in collaborazione con eventuali Tavoli Tecnici/Gruppi di Lavoro già presenti o da costituire. Resta ferma la possibilità per le Aziende del SSR, nelle more dell'espletamento delle procedure di gara centralizzate e in presenza di richieste dei clinici effettuate su specifico Modulo Aziendale, di attivare procedure di acquisto autonome al fine di garantire la continuità assistenziale.

2.2. Compiti della Segreteria Scientifica e Amministrativa

La Segreteria Scientifica e Amministrativa della Commissione Regionale ha sede presso il Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari della Regione Calabria.

Compiti della Segreteria sono:

- Revisionare la letteratura presente per ogni farmaco o dispositivo medico da inserire rispettivamente nel PTR e nel RRDM;
- Effettuare l'analisi preliminare delle richieste elaborando l'istruttoria da sottoporre all'approvazione della Commissione Regionale con l'inserimento di eventuali raccomandazioni, documenti di indirizzo e linee guida per l'uso appropriato dei farmaci e dei Dispositivi Medici;
- Aggiornare la lista dei principi attivi inseriti in PTR, compresi quelli ad accesso diretto, nonché dei Dispositivi Medici;
- Ricevere le richieste di inserimento dei farmaci e dei dispositivi medici mediante apposita modulistica (**Moduli 1, 2 e 3**), inviati dalle Aziende Farmaceutiche e dalle Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici delle Aziende del SSR;
- Mettere a disposizione dei componenti la documentazione di approfondimento scientifico disponibile per ogni farmaco e dispositivo medico da discutere in sede di riunione;
- Preparare la documentazione relativa agli incontri in calendario e inviare l'OdG e il materiale disponibile in formato elettronico a tutti i componenti cinque giorni prima della riunione;

- Trasmettere, per conto del Presidente, le convocazioni per gli incontri tramite indirizzo di posta elettronica certificata (farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it) contenenti l'OdG, nonché eventuale materiale ritenuto utile allo svolgimento della riunione.
- Redigere i verbali relativi alle decisioni assunte nelle singole riunioni dalla Commissione Regionale del Farmaco;
- Conservare la documentazione dell'istruttoria prodotta, i fogli di presenza e i verbali di ogni riunione;
- Predisporre l'invio dei documenti e del decreto di recepimento dell'aggiornamento del PTR e del RRDM alla segreteria della Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute per la successiva pubblicazione su sito istituzionale e notifica alle Direzioni delle Aziende del SSR;

2.3 Compiti della Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici

La Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici:

1. Effettua una ricognizione del PTR vigente, definendone l'elenco dei farmaci presenti, valutando l'introduzione di nuovi principi attivi ed eventualmente anche la modifica o la rimozione di altri;
2. Valuta le richieste di inserimento di farmaci in PTR che verranno trasmesse dalle Aziende del SSR o dalle Aziende Farmaceutiche su apposita modulistica (**Moduli 1 e 2**), ad accezione dei farmaci ad accesso diretto per cui dovrà essere garantito l'inserimento immediato in PTR;
3. Valuta eventuali estensioni di indicazioni, formulazioni, dosaggi di principi attivi già presenti in PTR e/o in gare regionali e propone i relativi adeguamenti di fabbisogno annuale inviate con le stesse modalità previste per i nuovi inserimenti relativamente al *Budget Impact*, da inviare alla Centrale di Acquisto e Committenza SUA/Azienda Zero, al fine di rendere congruo il quantitativo in gara.
4. Promuove l'**istituzione** del un **Repertorio Regionale dei Dispositivi Medici (RRDM)** contenente tutti i DM utilizzati nelle Aziende del SSR, con lo scopo di garantirne l'utilizzo omogeneo, tenendo conto dell'efficacia e della sicurezza, nonché del costo del nuovo DM rispetto a prodotti o tecniche già utilizzate per la prestazione sanitaria considerata, monitorandone i consumi e la spesa per aree omogenee di utilizzo per la promozione di un impiego più razionale, sviluppando la vigilanza sui DM e migliorandone l'appropriatezza d'uso;
5. Valuta l'inserimento dei dispositivi medici nel Repertorio Regionale dei Dispositivi Medici sulla base delle richieste di inserimento inviate dalle Direzioni Generali/Direzioni Sanitarie delle Aziende del SSR mediante l'utilizzo di apposita modulistica (**Modulo 3**);
6. Collabora con il Settore n. 3 e con i Tavoli Tecnici/Gruppi di Lavoro/Commissioni Regionali per la definizione di Linee di Indirizzo regionali, raccomandazioni, azioni di miglioramento inerenti:
 - la prescrizione di farmaci utilizzati nel trattamento di patologie a maggior impatto sociale per il SSR;
 - specifiche categorie terapeutiche di farmaci;
 - l'individuazione di indicatori di appropriatezza, sicurezza e spesa di farmaci;
 - l'implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;
 - l'incentivazione all'utilizzo di farmaci equivalenti e biosimilari;
 - il corretto utilizzo dei Dispositivi Medici secondo un rapporto costo-efficacia e principi di appropriatezza;
7. Collabora nella definizione dei criteri di individuazione dei Centri Prescrittori;
8. Effettua valutazioni di *Health Technology Assessment (HTA)* su Farmaci e Dispositivi Medici, avvalendosi eventualmente anche del supporto di GdL regionali costituiti per area tematica;

9. Collabora in supporto dei Tavoli Tecnici predisposti per il fabbisogno annuale di nuovi farmaci, dispositivi medici e attrezzature ad alta specialità da inviare alla Stazione Unica Appaltante/Azienda Zero per la predisposizione e la programmazione delle relative procedure di gara.

2.4 Regole generali di funzionamento

Le riunioni della Commissione Regionale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici saranno valide alla presenza di almeno la metà più uno dei componenti nominati, prevedendo anche la partecipazione in video/teleconferenza. I componenti della Commissione dovranno comunicare e giustificare per tempo l'eventuale assenza al Presidente, considerando che, qualora dovessero presentarsi due assenze consecutive senza preventiva comunicazione o un numero di assenze superiori alla metà delle sedute convocate, anche se giustificate, il Presidente può disporre la sostituzione del componente.

Nel caso in cui i pareri espressi evidenzino divergenze di opinioni tra i componenti, le decisioni possono essere subordinate, su valutazione del Presidente, ad una votazione. La decisione finale sarà assunta a maggioranza dei componenti presenti, considerando che il voto finale del Presidente vale doppio.

Eventuali casi particolari o esigenze cliniche urgenti, che necessitano di una valutazione tempestiva e che non consentono di convocare per tempo la Commissione Regionale, potranno essere valutati dalla stessa tramite invio di apposita istruttoria, predisposta dalla segreteria, acquisendo il parere di almeno la metà più uno dei componenti tramite pec.

3. COMMISSIONI AZIENDALI DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Costituite e regolamentate secondo quanto previsto dal DCA n. 3/2015 e successivo DCA n. 93/2016, le Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici si occupano di garantire la massima diffusione e il monitoraggio delle informazioni e delle decisioni assunte a livello regionale.

Compiti

Le Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici, presenti presso le singole Aziende del SSR, rimoduleranno le proprie attività con specifici compiti per come di seguito elencati:

- Garantire l'accesso immediato dei farmaci e Dispositivi Medici valutati, approvati dalla Commissione Regionale del Farmaco e ricompresi nel Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) e nel Repertorio Regionale dei Dispositivi Medici (RRDM);
- Garantire l'accesso diretto per i farmaci con requisito di innovatività, farmaci A-PHT, farmaci per malattie rare, farmaci per HIV e farmaci sottoposti a registro AIFA (Web-Monitoraggio-Appropriatezza Prescrittiva);
- Supportare il rispetto delle disposizioni regionali e delle indicazioni della Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici, nonché le attività di monitoraggio dell'utilizzo dei Farmaci e Dispositivi Medici presenti in PTR e nel RRDM;

I **PTA si intendono abrogati**, l'unico Prontuario Terapeutico per i farmaci e Repertorio per DM sarà quello regionale, vincolante e valido per tutte le Aziende Sanitarie del SSR.

4. FARMACI IN ATTESA DI PARERE DA PARTE DELLA COMMISSIONE REGIONALE PER L'INSERIMENTO IN PTR:

Il Prontuario Terapeutico Regionale, considerato uno strumento di governo clinico, ha carattere vincolante. In caso di **richieste in urgenza** il clinico responsabile dell'Unità Operativa Semplice o Complessa potrà

presentare al Direttore Sanitario Aziendale apposita modulistica (**Modulo 6**) in cui dettagliare e sottoscrivere tutte le problematiche di urgenza e di mancanza di alternative terapeutiche relative alla richiesta.

È compito, comunque, della Farmacia coinvolta tenere documentazione di tali richieste URGENTI e darne periodicamente informazione alla Commissione Aziendale del Farmaco.

5. PRESCRIZIONE FARMACI H PER CONTINUITA' TERAPEUTICA EFFETTUATE DA CENTRI REGIONALI EXTRA-ASP O EXTRA-REGIONE

Devono ottemperare alle disposizioni regionali, compresa la consegna del primo ciclo di terapia e la preventiva comunicazione da parte del centro prescrittore di presa in carico delle successive erogazioni del farmaco alla farmacia di riferimento del paziente.

5.1 Prescrizioni provenienti da Centri regionali extra-ASP

Il Centro Prescrittore dell'AO/ASP, dopo aver ottemperato a quanto previsto dalle disposizioni regionali, ovvero richiesta alla propria CAFDM e trasmissione alla CRFDM (qualora il farmaco non fosse presente in PTR), e consegna del 1° ciclo di terapia, deve comunicare preventivamente la presa in carico del paziente alla farmacia dell'ASP di riferimento ai fini delle successive erogazioni del farmaco.

La Farmacia di riferimento verificherà la rispondenza del Piano di Terapia alle condizioni previste da AIFA e procederà all'erogazione del farmaco.

5.2 Prescrizioni provenienti da Centri extra-Regione

Qualora pervenga richiesta di un farmaco classificato A/H e A/PHT non inserito in PTR da parte di Centro extra-Regione, il medico è tenuto - previa verifica dell'assenza di possibili alternative terapeutiche nel PTR - a motivare in modo esaustivo, anche da un punto di vista di costo efficacia, la prescrizione producendo una relazione clinica motivata che contiene gli stessi elementi della Richiesta Motivata Personalizzata (**Modulo 6**). La richiesta sarà inoltrata al Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario, che, dopo la valutazione e l'autorizzazione, la inoltreranno alla Farmacia Ospedaliera/ Farmacia Distrettuale, per la fornitura del farmaco.

6. PRESCRIZIONE DI FARMACI PER INDICAZIONI NON AUTORIZZATE (OFF-LABEL) DALL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Il Medico prescrittore che ha in cura il paziente, assumendosi diretta responsabilità del trattamento prima della compilazione della richiesta di farmaco off-label, verifica la sussistenza dei seguenti requisiti:

1. Mancanza di indicazioni terapeutiche e/o modalità di somministrazione nelle schede tecniche dei farmaci registrati in Italia;
2. Non inserimento del farmaco e della condizione di prescrizione negli elenchi della Legge 648/96, (elenchi consultabili al link <https://www.aifa.gov.it/legge-648-96>);
3. Impossibilità di accesso al farmaco ai sensi del D.M. 8.05.2003 "uso compassionevole". Tale uso deve essere gratuito e approvato dal Comitato Etico;
4. Assenza di valida alternativa terapeutica;
5. Indispensabilità e insostituibilità della terapia;
6. Disponibilità di lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale (di cui si deve allegare una copia) nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (L. 94/98- legge n. 296 del 27 dicembre 2006 - L. 244/2007): *"In nessun caso il medico può prescrivere, un medicinale di cui non è autorizzato il commercio legge n. 296 del 27 dicembre 2006 quando sul proposto impiego del medicinale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda"*;

L'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale potrà avvenire unicamente se il paziente è seguito in regime di ricovero o con prestazione specialistica ambulatoriale.

I farmaci rientranti in detta fattispecie sono a carico dell'Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliera o Azienda Ospedaliero-Universitaria che genera la prescrizione, pertanto non possono essere oggetto di compensazione tramite File F.

In caso di programma di utilizzo domiciliare del farmaco off-label e qualora l'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera/Azienda Ospedaliero-Universitaria non intenda farsi carico dell'erogazione, la prescrizione completa di tutti i dati deve essere inoltrata alla Direzione Sanitaria Aziendale di residenza del paziente per le relative valutazioni ed eventuale assunzione dei relativi Provvedimenti

Il medico prescrittore ha la responsabilità della presa in carico del paziente e del suo monitoraggio clinico; esso pertanto, dovrà fornire ad intervalli regolari alla Direzione Sanitaria Aziendale e alla Farmacia ospedaliera/Territoriale una relazione clinica dettagliata sugli esiti del trattamento, con una periodicità che dipenderà dal farmaco somministrato e dalla patologia, ma che non potrà in ogni caso superare i sei mesi dall'inizio del trattamento. Tale relazione dovrà sempre e comunque coincidere con la dimissione e le visite di controllo.

Ciascuna Azienda Sanitaria/Ospedaliera dovrà predisporre, al termine di ogni anno solare, una relazione da trasmettere al Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco" del Dipartimento Tutela della Salute con le seguenti informazioni:

- ✓ Principio attivo
- ✓ Nome specialità medicinale
- ✓ Numero di pazienti trattati
- ✓ Indicazioni per cui si effettua l'uso off-label
- ✓ Numero di confezioni dispensate
- ✓ Spesa effettivamente sostenuta

6.1 Predisposizione richiesta farmaco off-label

Le richieste di farmaci con indicazione "off-label", anche per il trattamento di malattie rare, vengono eseguite utilizzando la modulistica predisposta (**Modulo 7**), allegando la documentazione richiesta nella stessa;

La documentazione da allegare prevede:

- l'assunzione di responsabilità diretta da parte del medico prescrittore,
- la documentazione scientifica comprovante l'efficacia del farmaco richiesto
- una relazione medica attestante la possibile risoluzione della patologia, il miglioramento della qualità di vita e/o l'allungamento della durata di vita attesa.

La richiesta dovrà essere inviata dal medico richiedente alla:

- **Farmacia Territoriale** di residenza del paziente per i pazienti in regime ambulatoriale e di cui non intenda farsi carico l'ospedale in cui insiste la struttura che ha generato la prescrizione;
- **Farmacia ospedaliera** per pazienti in ricovero ordinario o day hospital

6.2 Predisposizione di istruttoria da parte della farmacia

Il farmacista, dopo aver esaminato la documentazione allegata alla richiesta, elabora l'analisi dei costi della terapia ed esprime parere tecnico alla fornitura del farmaco e invia la richiesta al Direttore Sanitario Aziendale per l'autorizzazione.

6.3 Autorizzazione finale

L'autorizzazione o meno al trattamento dovrà essere fornita dalla Direzione Sanitaria Aziendale entro 5 giorni – con un massimo di 7 giorni lavorativi, fatti salvi i casi di emergenza - dalla data dell'inoltro della documentazione da parte della Farmacia alla Direzione Sanitaria.

6.4 Valutazione da parte della Commissione Aziendale del Farmaco

La Direzione Sanitaria può avvalersi eventualmente della consulenza della Commissione Aziendale del Farmaco sempre rispettando il vincolo di completamento della procedura autorizzativa entro 7 giorni lavorativi, fatti salvi i casi di emergenza.

6.5 Erogazione del farmaco da parte della farmacia

L'espressione del parere favorevole espresso dalla Direzione Sanitaria Aziendale autorizza l'erogazione/somministrazione del farmaco.

L'approvvigionamento e la consegna del farmaco vengono effettuati dalla Farmacia Ospedaliera per i pazienti in regime di ricovero o dalla Farmacia Territoriale per i pazienti domiciliari.

7. ALCUNI CASI PARTICOLARI DI OFF LABEL:

7.1 Medicinale inserito nell'elenco di cui alla legge 648/96

Nella compilazione del Piano Terapeutico relativo alla prescrizione dei medicinali della **Legge 648/96**, dovranno essere rispettate le condizioni indicate per ciascuno di essi nel relativo provvedimento di inserimento e acquisito il consenso informato scritto del paziente.

Le strutture prescrittrici sono tenute a trasmettere semestralmente all'AIFA i dati clinici relativi ai pazienti trattati, l'efficacia dei medicinali; vanno invece sempre segnalati gli eventi avversi verificatisi in corso di trattamento.

I Servizi Farmaceutici/Farmacie Ospedaliere delle Aziende sono tenuti a trasmettere **trimestralmente** al Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute i dati relativi all'erogazione di farmaci inclusi nell'elenco dalla Legge 648/96 e la spesa sostenuta per il successivo invio all'Agenzia Italiana del Farmaco.

7.2 Preparazione magistrale (art. 5 legge 94/98)

Sono allestiti:

- a) per qualsiasi via di somministrazione a base di principi attivi descritti nelle Farmacopee dei Paesi dell'Unione Europea o contenuti in medicinali prodotti industrialmente di cui è autorizzato il commercio in Italia o in altro paese dell'Unione Europea;
- b) per solo uso orale a base di principi attivi diversi da quelli indicati nel precedente punto a) ma contenuti in prodotti non farmaceutici per uso orale, regolarmente in commercio in altri Paesi dell'Unione Europea.

Acquisito il Nulla Osta finale, il Farmacista allestisce la preparazione estemporaneamente e invia trimestralmente alla Direzione Sanitaria Aziendale e all'AIFA l'elenco di dette preparazioni Magistrali.

7.3 Medicinale non registrato in Italia per le indicazioni richieste, ma registrato all'estero

Il Decreto Min. Sal 11/02/97 e successive modifiche (Decreti Ministro Salute del 20.04.2005, del 31.01.2006 e del 16.11.2007) disciplina le modalità di importazione dei medicinali registrati all'estero. I medicinali non

in vendita in Italia e non inclusi nell'elenco della legge 648/96, sono a totale carico del cittadino tranne il caso in cui l'acquisto venga richiesto dalla struttura ospedaliera per l'impiego in ambito ospedaliero. In questo caso l'Azienda potrà far gravare le relative spese nel proprio bilancio. L'importazione del farmaco, ottenuta l'autorizzazione della Direzione Sanitaria Aziendale, verrà effettuata secondo le procedure di legge e l'erogazione avverrà attraverso la farmacia che gestisce la procedura di approvvigionamento.

7.4 Medicinale di cui al D.L.vo 08/05/2003: disciplina "uso compassionevole" dei medicinali

Un medicinale sottoposto a sperimentazione clinica sul territorio italiano o in un paese estero, privo dell'Autorizzazione all'immissione in commercio, può essere richiesto all'impresa produttrice per l'uso al di fuori della sperimentazione clinica, quando non esista valida alternativa terapeutica al trattamento di:

- patologie gravi;
- malattie rare;
- condizioni di malattia che pongono il paziente in pericolo di vita.

L'autorizzazione all'uso del medicinale può essere concessa per medicinali già oggetto di studi clinici sperimentali di fase III per quella indicazione terapeutica o, in caso di condizioni di malattia che pongono il paziente in pericolo di vita, di studi clinici sperimentali di fase II, già conclusi.

I dati, inoltre, devono essere sufficienti per formulare un giudizio favorevole sul profilo di efficacia e di tollerabilità del medicinale.

Il Medico prescrittore, sulla base di uno specifico Protocollo (ART. 4 del D.M.S. 08.05.2003):

- Richiede all'**Azienda produttrice** la fornitura del medicinale, che a seguito della richiesta può fornire il farmaco;
- Trasmette la richiesta alla **Farmacia**, previa acquisizione del parere del **Direttore Sanitario**, che lo invia al **Comitato Etico**.

Il Comitato Etico, che opererà tramite procedura d'urgenza, formula il proprio parere:

- 1) In caso di **approvazione, notifica detto protocollo**:
 - al Medico prescrittore
 - al Ministero della Salute
 - all'Azienda produttrice
 - alla Farmacia Aziendale di riferimento.

La **Farmacia**, una volta ricevuta la notifica di approvazione, eroga il farmaco.

L'Azienda produttrice fornisce gratuitamente il medicinale; una volta ottenuta l'AIC, ove necessario la stessa dovrà fornire il farmaco fino a quando non sarà effettivamente disponibile nella Farmacia di riferimento del paziente per evitare interruzioni di terapia

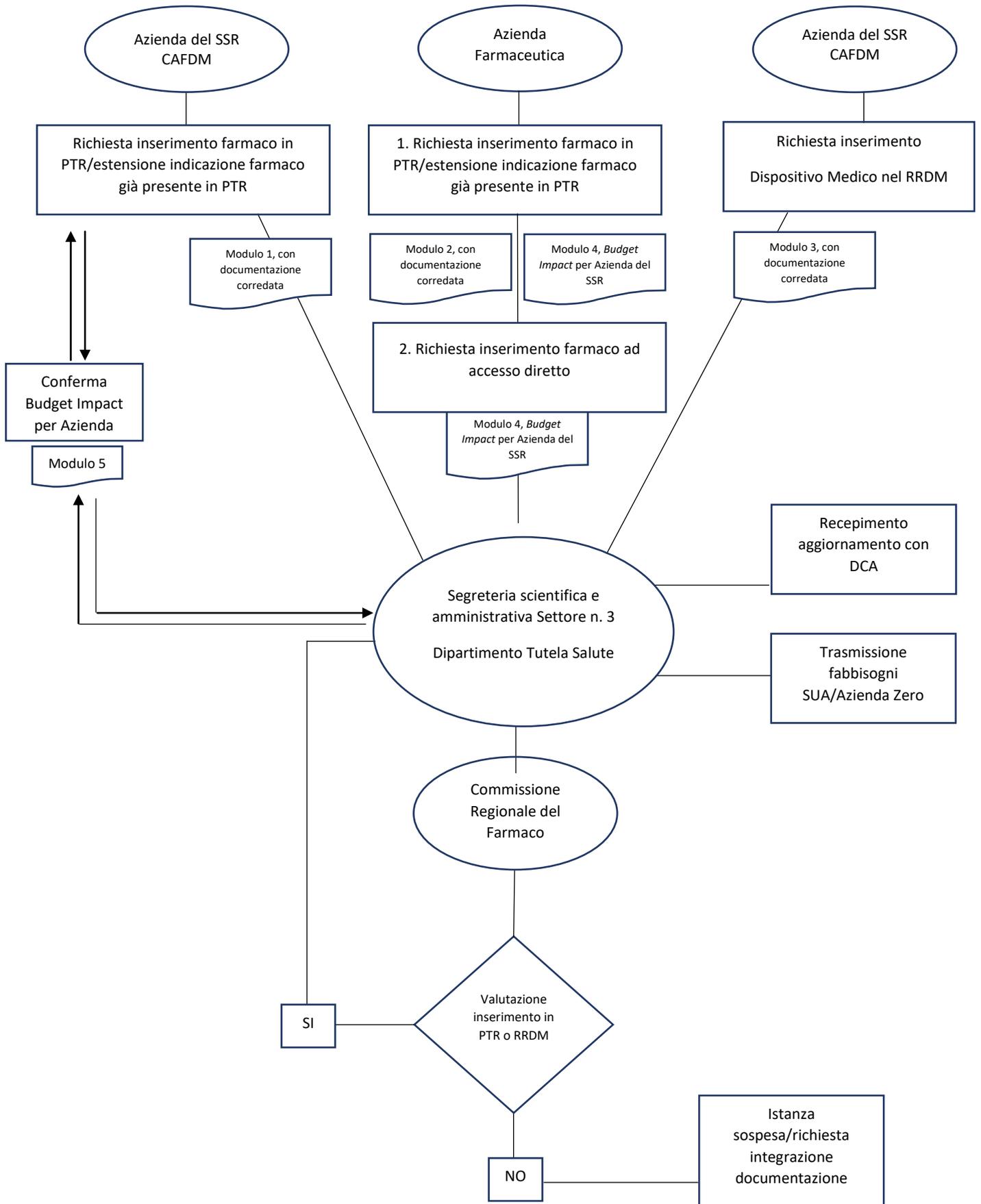
- 2) In caso di **non approvazione** formula parere negativo motivato e lo trasmette al Medico Prescrittore.

8. MODULISTICA ALLEGATA AL REGOLAMENTO

- Modulo 1: *"Richiesta inserimento farmaco nel Prontuario Terapeutico Regione Calabria per Aziende Sanitarie/Ospedaliere"*
- Modulo 2: *"Richiesta inserimento farmaco nel Prontuario Terapeutico Regione Calabria per le Aziende Farmaceutiche"*
- Modulo 3: *"Richiesta Dispositivi Medici"*

- Modulo 4: *“Budget Impact Model Farmaci nuovo inserimento ed estensione di indicazione”*
- Modulo 5: *“Conferma o modifica Budget Impact – Aziende del SSR”*
- Modulo 6: *“Richiesta motivata personalizzata di farmaci non presenti in PTR”*
- Modulo 7: *“Richiesta di farmaci per indicazioni non registrate (off-label)”*

8. FLOW CHART RICHIESTA INSERIMENTO FARMACO/DISPOSITIVO MEDICO





REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

Settore 3 "Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie Convenzionate,
Educazione all'uso consapevole del Farmaco"

Prontuario Terapeutico Regionale

Versione 0

SOMMARIO

LEGENDA

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

- A Apparato gastrointestinale e metabolismo
- B Sangue ed organi emopoietici
- C Sistema cardiovascolare
- D Dermatologici
- G Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali
- H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali
- J Antimicrobici generali per uso sistemico
- L Farmaci antineoplastici e immunomodulatori
- M Sistema muscolo-scheletrico
- N Sistema nervoso
- P Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti
- R Sistema respiratorio
- S Organi di senso
- V Vari

Classi di concedibilità o altre abbreviazioni contenute nella stessa colonna	
A	Concedibile SSN
C	Non concedibile SSN
H	Concedibile SSN solo da farmacie ospedaliere e/o territoriali delle ASP.
est	Farmaco reperibile solo all'estero
gal	Medicinale galenico
m.p.	Materia prima

Note/altro	
DPC	Distribuzione per conto
648/96	Farmaci a carico del SSN per patologie prive di valida alternativa terapeutica. https://www.aifa.gov.it/legge-648-96
PT	Piano Terapeutico
PT Regionale	Piano Terapeutico Regionale
PT web-based AIFA	Farmaci prescritti con Piano Terapeutico web-based AIFA https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1
Registro web-based AIFA	Farmaci sottoposti a Registri di monitoraggio AIFA https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1
PHT	Prontuario della continuità ospedale territorio
Monitoraggio addizionale	Farmaci sottoposti a monitoraggio addizionale https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medicines-under-additional-monitoring/list-medicines-under-additional-monitoring
Farmaci esteri	Farmaci esteri utilizzati in Italia nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=23
Scheda cartacea AIFA	Scheda AIFA di prescrizione cartacea
Malattie rare	Farmaci utilizzati per le malattie rare https://www.aifa.gov.it/legge-648-96
Orphandrug	Farmaci orfani https://www.aifa.gov.it/farmaci-orfani

Vie di somministrazione	
ev	endovenosa
epidurale	epidurale
id	intradermica
im	intramuscolare
imp. sc	Impianto sottocutaneo
inal	inalatoria
iniezione loc	iniezione locale
intrales	intralesionale
intracaver	intracavernosa
intratec	Intratecale
intracam	Intracamerale
ivas	intravasale
loc	locale o topica o locoregionale
nas	nasale
os	orale
rett	rettale
sc	sottocutanea
spugna medicata	spugna medicata
sl	sublinguale
epiles	epilesionale
td	transdermica
vag	vaginale
intravitr	intravitreale
vesc	vescicale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO										
A01	Stomatologici										
A01A	Stomatologici										
A01AB	Antimicrobici e antisettici per il trattamento orale locale										
A01AB22	Doxiciclina	os	RR	C							
A01AD	Altre sostanze per il trattamento orale locale										
A01AD11	Flurbiprofene	os	SOP	C	66						
A02	Farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida										
A02A	Antiacidi										
A02AD	Associazioni e complessi fra composti di Alluminio, Calcio e Magnesio										
A02AD01	Magnesio Idrossido/Algedrato	os	RR	A							
A02AD02	Magaldrato	os	RR	A							
A02B	Farmaci per il Trattamento dell'Ulcera Peptica e della Malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)										
A02BA	Antagonisti dei Recettori H2										
A02BA01	Cimetidina	os,ev	RR	A	48	PT Regionale					
A02BA02	Ranitidina	os,ev	RR	A	48	PT Regionale					
A02BA03	Famotidina	os,ev	RR	A	48	PT Regionale					
A02BB	Prostaglandine										
A02BB01	Misoprostolo	os	RNR	A	1	PT Regionale					
A02BC	Inibitori della Pompa Acida										
A02BC01	Omeprazolo	os,ev	RR/OSP	A/H	1, 48						
A02BC02	Pantoprazolo	os	RR	A	1, 48						
A02BC03	Lansoprazolo	os	RR	A	1, 48						
A02BC04	Rabeprazolo	os	RR	A	48	PT Regionale					
A02BC05	Esomeprazolo	os, ev	RR/OSP	A/H	1, 48						
A02BX	Altri Farmaci - Trattamento dell'ulcera Peptica e della malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)										
A02BX02	Sucralfato	os	RR	A							
A02BX13	Acido Alginico	os	RR	A							
A03	Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali										
A03A	Farmaci per i disturbi funzionali intestinali										
A03AA	Anticolinergici Sintetici, Esteri con Gruppi Amminici Terziari										
A03AA49	PipetanatoEtobromuro	os,ev	RR	A/C							
A03AA05	Trimebutina maleato	os	RR	C							
A03AA06	Rociverina	os,ev	RR	C							
A03AB	Anticolinergici Sintetici, Composti Ammonici Quaternari										
A03AB18	Prifinio Bromuro	os,ev	RR	C							
A03AD01	Papaverina cloridrato	ev	OSP	C							
A03AX	Altri Farmaci per i disturbi funzionali intestinali										
A03AX12	Floroglucolino	im,ev	RR	A							
A03AX13	Siliconi	os	OTC/SOP	C							
A03B	Belladonna e Derivati, non associati										
A03BA	Alcaloidi della bella donna, amine terziarie										
A03BA01	Atropina Solfato	ev,im,sc	RR	A							
A03BB	Alcaloidi della Belladonna Semisintetici, Composti Ammonici Quaternari										
A03BB01	Scopolamina Butilbromuro	os,im,ev	RR/OTC/SOP	A/C/C							
A03BB05	Cimetropio Bromuro	os,im,ev	RR	A/C							
A03D	Antispastici associati ad Analgesici										
A03DB	Belladonna e derivati associati ad Analgesici										
A03DB04	Scopolamina Butilbromuro/Paracetamolo	os,ev,im	RR	A							
A03F	Procinetici										
A03FA	Procinetici										
A03FA49	Levosulpiride	os,ev,im	RR	A/C							
A03FA01	Metoclopramide Cloridrato	os,ev,im	RR/OTC	A/C							
A03FA03	Domperidone	os	RR	C							
A03FA05	Alizapride Cloridrato	os,im,ev	RR	A/C							
A04	Antiemetici ed Antinausea										
A04A	Antiemetici ed Antinausea										
A04AA	Antagonisti della Serotonina (5HT3)										
A04AA01	Ondansetrone	os,im,ev	RR/OSP	A/H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A04AA02	Granisetron Cloridrato	os,im,ev,td	RR	A							
A04AA03	Tropisetron Cloridrato	os,ev,sc	RR	A/C							
A04AA04	Dolasetron Mesilato	os,ev	RR/OSP	A/H							
A04AA05	Palonosetron	ev	RRL	H							
A04AA55	Palonosetron/netupitant	os	RRL	H							
A04AD	Altri Antiemetici										
A04AD12	Aprepitant	os	RRL	H							
A04AD12	Fosaprepitant	ev	OSP	H							
A04AD49	Tiethylperazina Dimaleato	os	RR	C							
A05	Terapia Biliare ed Epatica										
A05A	Terapia Biliare										
A05AA	Preparati a base di Acidi Biliari										
A05AA02	Acido Ursodesossicolico	os	RR	A	2						
A05AA03	Acido colico	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
A05AA04	Acido obeticolico	os	RRL	H		PT					Orphan drug Monitoraggio addizionale
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico Diidrato	os	RR	A	2						
A05B	Terapia epatica, Lipotropi										
A05BA	Terapia epatica										
A05BA	Arginina	ev	RR	C							
A05BA49	Tiopronina	os,im	RR	C							Farmaci malattie rare
A06	Lassativi										
A06A	Lassativi										
A06AB	Lassativi di contatto										
A06AB06	Glicosidi della Senna	os	OTC	C							
A06AB58	Sodio picosolfato/ossido di magnesio leggero, acido citrico anidro	os	RR	C							
A06AD	Lassativi ad azione Osmotica										
A06AD	Magnesio Solfato	os		m.p.							
A06AD11	Lattulosio	os	RR	A/C							
A06AD15	Macrogol 4000	os	SOP	C							
A06AD65	Macrogol 4000/Sodio Solfato Anidro/Sodio Bicarbonato/Sodio C/Simeticone/potassio cloruro	os	RR	C							
A06AD65	Macrogol 3350/sodio solfato/sodio cloruro/potassio cloruro/acido ascorbico/sodio ascorbato	os	RR	C							
A06AD65	Macrogol 3350/sodio cloruro/sodio idrogeno carbonato/potassio cloruro	os	RR	C							
A06AG	Clismi										
A06AG01	Sodio Fosfato Monobasico/Sodio Fosfato Bibasico	ret	OTC	C							
A06AG10	Docusato Sodico/Sorbitolo	ret	OTC	C							
A06AH	Antagonisti dei recettori oppioidi periferici										
A06AH01	Metilnaltrexone bromuro	sc	RR	A	90						
A06AH03	Naloxegol	os	RR	A	90						
A06AH05	Naldemedina	os	RR	A	90						Monitoraggio addizionale
A06AX	Altri Lassativi										
A06AX01	Glicerolo	ret	OTC	C							
A07	Antidiarroidi, Antinfiammatori ed Antimicrobici Intestinali										
A07A	Antimicrobici Intestinali										
A07AA	Antibiotici										
A07AA02	Nistatina	os	RR	A							
A07AA06	Paromomicina	os	RR	A							
A07AA07	Amfotericina B	os	RR	C							
A07AA11	Rifaximina	os	RR/RRL	A			PHT			DPC	
A07AA12	Fidaxomicina	os	OSP	H							
A07AA51	Bacitracina/Neomicina	os	RR	C							
A07BA	Preparati a base di Carbone										
A07BA01	Carbone Medicinale	os	OTC	C							
A07D	Antipropulsivi										
A07DA	Antipropulsivi										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A07DA03	Loperamide	os	OTC	C							
A07E	Antinfiammatori Intestinali										
A07EA	Corticosteroidi per uso topico										
A07EA02	Iidrocortisone	ret	RR	A							
A07EA07	Beclometasone	os,ret	RR	A							
A07EC	Acido Aminosalicilico ed Analoghi										
A07EC01	Sulfasalazina	os	RR	A							
A07EC02	Mesalazina	os,ret	RR	A							
A07F	Microorganismi Antidiarroidi										
A07XA04	Racecadotril	os	RR	C							
A09	Digestivi inclusi gli enzimi										
A09A	Digestivi inclusi gli enzimi										
A09AA	Preparati a base di enzimi										
A09AA02	Pancrelipasi	os	RR	A/C			PHT				
A10	Farmaci usati nel diabete										
A10A	Insuline ed Analoghi										
A10AB	Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione rapida										
A10AB01	Insulina Umana Biosintetica Da Dna Ricombinante	sc	RR	A							
A10AB04	Insulina Lispro	sc	RR	A							
A10AB05	Insulina Aspart	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB06	Insulina Glulisina	sc	RR	A							
A10AC	Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione intermedia										
A10AC01	Insulina Umana Isofano da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AC04	Insulina lispro da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AD	Insuline ed analoghi iniettabili, azione intermedia e rapida in associazione										
A10AE	Insuline ed Analoghi, ad azione lenta										
A10AE04	Insulina Glargine	sc	RR	A			PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10AE04	Insulina Glargine Biosimilare	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE05	Insulina detemir	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE06	Insulina degludec	sc	RRL	A		PT	PHT			DPC	
A10AE54	Insulina glargine/lixisenatide	sc	RR	A	100	PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10AE56	Insulina degludec/liraglutide	sc	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10B	Ippoglicemizzanti Orali										
A10BA	Biguanidi										
A10BA02	Metformina Cloridrato	os	RR	A							
A10BB	Sulfonamidi, derivati dell'urea										
A10BB01	Glibenclamide	os	RR	A							
A10BB09	Gliclazide	os	RR	A							
A10BB12	Glimepiride	os	RR	A							
A10BD	Associazioni di antidiabetici orali										
A10BD01	Fenormina + glibenclamide	os	RR	A							
A10BD02	Metformina + glibenclamide	os	RR	A							
A10BD05	Pioglitazonecloridrato + metformina cloridrato	os	RR	A			PHT			DPC	
A10BD06	Pioglitazone + glimepiride	os	RR	A			PHT			DPC	
A10BD07	Sitagliptin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD09	Alogliptin + pioglitazone	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD13	Alogliptin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD15	Dapaglifozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD16	Cagliflozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD19	Empaglifozin + linagliptin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10BD20	Empaglifozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT				Monitoraggio addizionale
A10BD24	Ertuglifozin + sitagliptin	os	RRL	A	100		PHT				Monitoraggio addizionale Scheda cartacea AIFA
A10BF Inibitori dell'alfa-Glucosidasi											
A10BF01	Acarbosio	os	RR	C							
A10BG Tiazolidioni											
A10BG03	Pioglitazone	os	RR	A			PHT				
A10BH Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)											
A10BH01	Sitagliptin	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BH02	Vildagliptin	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BH03	Saxagliptin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BH04	Alogliptin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BH05	Linagliptin	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BX Altri Ippoglicemizzanti Orali esclusi le insuline											
A10BX02	Repaglinide	os	RR	A							
A10BJ Analoghi dei recettori GLP-1											
A10BJ01	Exenatide	sc	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BJ02	Liraglutide	sc	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BJ03	Lixisenatide	sc	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BJ05	Dulaglutide	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BJ06	Semaglutide	sc,os	RRL/RR	A	100	PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10BK Inibitori del co trasportatore SGLT2											
A10BK01	Dapaglifozin	os	RRL	A	100	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
A10BK02	Canaglifozin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BK03	Empaglifozin	OS	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BK04	Ertuglifozin	os	RRL	A	100		PHT				Monitoraggio addizionale
A11 Vitamine											
A11A Polivitaminici associati											
A11AA Polivitaminici associati a minerali											
A11AA04	Complesso Vitaminico/Sali Minerali	os	OTC	C							
A11B Polivitaminici, non associati											
A11C Vitamine A e D, comprese le loro associazioni											
A11CA Vitamina A, non associata											
A11CA01	Retinolo Palmitato	os	RR	C							
A11CC Vitamina D ed Analoghi											
A11CC01	Ergocalciferolo	im	RR	A							
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	RR	A							
A11CC03	Alfacalcidolo	os	RR	A							
A11CC04	Calcitriolo	os,ev	RR/RNRL	A/H							
A11CC05	Colecalciferolo	os,im	RR	A	96						
A11CC06	Calcifediolo	os	RR	A	96						
A11D Vitamina B1 sola o in associazione con Vit. B6 e Vit. B12											
A11DA TIAMINA (VITAMINA B1), NON ASSOCIATA											
A11DA01	Tiamina cloridrato	im	RR	C							
A11DB Vitamina B1, in associazione con Vit. B6 E/O Vit. B12											
A11DB	Tiamina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Idrossicobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Cianocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Idrossicobalamina	os,im	SOP	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11E Complesso Vitaminico B, comprese le associazioni											
A11EA Complesso Vitaminico B, non associato											
A11EB Complesso Vitaminico											
A11GA Vitamina C non associata											
A11GA01	Acido Ascorbico	os	OTC	C							
A11H Altri Preparati di Vitamine, non associate											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A11HA01	Nicotinamide	os	RR	C					SI		
A12	Integratori Minerali										
A12A	Calcio										
A12AA	Calcio										
A12AA03	Calcio Gluconato	ev	OSP	C							
A12AA04	Calcio Carbonato	os	RR	A							
A12AA12	Calcio acetato anidro	os	RR	A							
A12AA20	Calcio Lattogluconato/Calcio Carbonato	os	RR	A							
A12AX	Calcio, Associazione con altri farmaci										
A12AX	Calcio Carbonato/Colecalciferolo	os	RR	A	96						
A12B	Potassio										
A12BA	Potassio										
A12BA	Acido Aspartico										
A12BA	Potassio Aspartato										
A12BA01	Potassio Cloruro	os	RR	C							
A12BA30	Associazioni:Acido Aspartico (Sale Di Magnesio) + Acido Aspartico (Sale Di Potassio)	os	OTC	C							
A12C	Altri Integratori Minerali										
A12CB	Zinco										
A12CB01	Zinco Solfato	os	RR	C							Farmaci malattie rare
A12CC	Magnesio										
A12CC08	Magnesio Pidolato	os	OTC	C							
A16	Altri Farmaci dell'apparato gastrointestinale e del Metabolismo										
A16A	Altri Farmaci dell'apparato gastrointestinale e del Metabolismo										
A16AA	Aminoacidi e derivati										
A16AA01	Aminoacidi	ev	RNRL	H							
A16AA01	Levocarnitina	os,im,ev	RR	A/C	8		PHT		SI		
A16AA01	Levopropionilcarnitina	os	RR	C							
A16AA04	Mercaptamina	os	RNRL	A			PHT				
A16AA05	Acido carginumico	os	RNRL	A			PHT				
A16AA06	Betaina anidra	os	RNRL	A			PHT				
A16AA07	Metreleptina	ev	RRL	H							Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AB	Enzimi										
A16AB02	Imiglucerasi	ev	OSP	H							
A16AB03	Agalsidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB04	Agalsidasi beta	ev	OSP	H							
A16AB05	Laronidasi	ev	RR	H							
A16AB07	A-glicosidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB08	Galsulfase	ev	OSP	H							
A16AB09	Idursulfase	ev	RR	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
A16AB10	Velaglucerasi alfa	ev	OSP	H							Orphandrug
A16AB12	Elosulfase alfa	ev	OSP	H							Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AB15	Velmanase alfa	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AB17	Cerliponase	intrat	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H				Innovatività condizionata			Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AX	Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo										
A16AX03	Sodio fenilbutirato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX04	Nitisinone	os	RR	A			PHT				
A16AX05	Zinco acetato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX06	Miglustat	os	RRL	A			PHT				
A16AX07	Sapropterin	os	RRL	A			PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AX08	Teduglutide	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale
A16AX10	Eliglustat	os	RRL	A			PHT				Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AX12	Trientina diidrocilicloridrato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX14	Migalastat	os	RRL	A			PHT				Orphandrug
A16AX16	Givosiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug Monitoraggio addizionale
A16AX18	Lumasiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
B	SANGUE ED ORGANI EMATOPOIETICI										
B01	Antitrombotici										
B01A	Antitrombotici										
B01AA	Antagonisti Della Vitamina K										
B01AA03	Warfarin	os	RR	A	97						
B01AA07	Acenocumarolo	os	RR	A	97						
B01AB	Eparinici										
B01AB01	Eparina sodica	ev,sc	RR	A			PHT				
B01AB02	Antitrombina III	ev	OSP	H							
B01AB04	Dalteparina Sodica	sc	RR	A		PT Regionale	PHT				
B01AB05	Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A		PT Regionale	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B01AB06	Nadroparina Calcica	sc	RR	A		PT Regionale	PHT			DPC	
B01AB07	Parnaparina	sc	RR	A		PT Regionale	PHT			DPC	
B01AB08	Reviparina Sodica	sc	RR	A		PT Regionale	PHT				
B01AB12	Bemiparina sodica	sc	RR	A		PT Regionale	PHT				
B01AC	Antiaggreganti Piastrinici, esclusa l'eparina										
B01AC04	Clopidogrel	os	RR	A			PHT				
B01AC05	Ticlopidina	os	RNR	A							
B01AC06	Acido Acetilsalicilico	os	RR	A							
B01AC07	Dipiridamolo	os,ev	RR	C							
B01AC09	Epoprostenolo	ev	RRL	H							
B01AC11	Iloprost Sale Di Trometamolo	ev	RRL	A			PHT		SI		
B01AC13	Abciximab	ev	OSP	H							
B01AC16	Eptifibatide	ev	OSP	H							
B01AC17	Tirofiban	ev	OSP	H							
B01AC21	Treprostinil	ev	RRL	H							
B01AC22	Prasugrel	os	RR	A		PT	PHT			DPC	
B01AC24	Ticagrelor	os	RR	A		PT	PHT			DPC	
B01AC25	Cangrelor	ev	OSP	H							
B01AC27	Selexipag	os	RRL	A		PT	PHT				
B01AC30	Clopidogrel/acido acetilsalicilico	os	RR	A			PHT			DPC	
B01AD	Enzimi										
B01AD02	Alteplase	ev	OSP	H					SI		
B01AD04	Urochinasasi	ev	OSP	H							
B01AD10	Drotrecogin Alfa	ev	OSP	H							
B01AD11	Tenecteplase	ev	OSP	H							
B01AD12	Proteina C	ev	OSP	H							
B01AE	Inibitori diretti della trombina										
B01AE02	Lepirudina	ev	OSP	H							
B01AE03	Argatroban	ev	OSP	H							
B01AE06	Bivalirudina	ev	OSP	H							
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	RRL	A	97	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
B01AF	Inibitori diretti del fattore Xa										
B01AF01	Rivaroxaban	os	RNRL	A	97	PT web-based AIFA	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B01AF02	Apixaban	os	RNRL	A	97	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
B01AF03	Edoxaban	os	RRL	A	97	PT web-based AIFA	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B01AX	Altri Antitrombotici										
B01AX04	Dermatan Solfato	ev	OSP	H							
B01AX05	Fondaparinux sodico	sc	RR	A		PT Regionale	PHT			DPC	
B01AX07	Caplacizumab	ev	RRL	H							Orphandrug Monitoraggio addizionale
B02	Antiemorragici										
B02A	Antifibrinolitici										
B02AA	Aminoacidi										
B02AA02	Acido Tranexamico	os,ev	RR	A							
B02AB	Inibitori delle Proteasi										
B02AB02	Alfa1-antitripsina	ev	RNRL	H							
B02AB49	Gabexato	ev	OSP	H							
B02B	Vitamina K ed Altri Emostatici.										
B02BA	Vitamina K										
B02BA49	Menadiolo Sodio Solfato	im	RR	C							
B02BA01	Fitomenadione	os,im	RR	A							
B02BC	Emostatici Locali										
B02BC30	Fibrinogeno umano/fattore XIII della coagulazione/aprotinina sintetica	epiles	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno umano/trombina umana Spugna medicata	spugna medicata	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno/fibronectina/trombina	epiles	OSP	C							
B02BC30	Proteina coagulante umana/trombina/Ac. Tranexamico/Calcio Cloruro	epiles	OSP	C							
B02BD	Fattori della Coagulazione del Sangue										
B02BD	Complesso Protrombinico Umano	ev	RR	A		PT	PHT				
B02BD01	Fattore IX, II, VII, X della coagulazione, prot. c, prot. s.	ev	OSP	H							
B02BD02	Efmoroctocog	ev	RRL	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Moroctocog Alfa - (Fattore VIII di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Octocog alfa	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Fattore VIII Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Turoctocog alfa	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Turoctocog alfa pegol	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD02	Simoctocog	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Lonoctocog	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD02	Rurioctocog Alfa Pegol	ev	RR	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale
B02BD02	Damoctocog Alfa Pegol	ev	RR	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale
B02BD03	Complesso protrombinico attivato- fattore VIII	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD04	Fattore IX Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD04	Eftrenonacog	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	Orphandrug
B02BD04	Albutrepenonacog alfa	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	Orphandrug
B02BD04	Nonacog gamma	ev	RNRL	A		PT	PHT			DPC	
B02BX05	Eltrombopag	os	RR	H							
B02BD05	Fattore VII della coagulazione sangue umano liofilizzato	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BD06	Fattore Von Willebrand umano	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
B02BX07	Lusutrombopag	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
B02BD08	Eptacog Alfa Attivato (Fattore VII Di Coagulazione Da Dna Ricombinante)	ev	RNRL	H							Farmaci malattie rare
B02BD09	Nonacog alfa (Fattore IX di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A		PT					
B01BD11	Catridecacog	ev	OSP	H							
B02BD14	Susoctocog alfa	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
B02BX	Altri Emostatici Per Uso Sistemico										
B02BX01	Etamsilato	os,im	RR	C							
B02BX04	Romiplostim	sc	RR	H							
B02BX05	Eltrombopag	ev,os	RR	H							
B02BX06	Emicizumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
B02BX07	Lusutrombopag	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
B03	Farmaci Antianemici										
B03A	Preparati A Base Di Ferro										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B03AA Ferro Bivalente, Preparati Orali											
B03AA03	Ferroso Gluconato	os	RR	A							
B03AA07	Ferroso Solfato/Acido Ascorbico	os	RR	A							
B03AB Ferro Trivalente, Preparati Orali											
B03AB49	Sodio Ferrigluconato	os	RR	A							
B03AC Ferro, preparati parenterali											
B03AC	Carbossimaltoso ferrico	ev	OSP	H							
B03AC	Derisomaltoso ferrico	ev	OSP	H							
B03AD Ferro In Associazione con Acido Folico											
B03AD03	Ferroso Solfato/Acido Ascorbico/Acido Folico	os	RR	C							
B03B Vitamina B12 ed Acido Folico											
B03BA Vitamina B12 (Cianocobalamina e Derivati):											
B03BA01	Cianocobalamina	sc,im	RR	A							
B03BA03	Idrossocobalamina	os,ev,im	RR	C							
B03BB Acido Folico e Derivati											
B03BB01	Acido Folico Sale Sodico	os,im	RR	A							
B03X Altri Preparati Antianemici											
B03XA Altri Preparati Antianemici											
B03XA01	Eritropoietina alfa originator	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA01	Epoietina alfa biosimilare	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina beta	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina alfa biosimilare	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina zeta	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina teta	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA02	Darbepoietina Alfa	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoietina beta	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT				DPC
B05 Succedanei del Sangue e Soluzioni Perfusionali											
B05A Sangue e Prodotti correlati											
B05AA Succedanei del Sangue e Frazioni Proteiche Plasmatiche:											
B05AA01	Albumina Umana Soluzione	ev	RR	A/C	15	PT Regionale					
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche	ev	RR	C							
B05AA05	Destrano 40	ev	OSP	H							
B05AA05	Destrano 70	ev	OSP	C							
B05AA06	Derivati della gelatina	ev	OSP	H							
B05AA07	Idrossietil-Amido	ev	OSP	H							
B05B Soluzioni Endovena											
B05BA Soluzioni Nutrizionali Parenterali											
B05BA01	Aminoacidi	ev	RNRL	C							
B05BA02	Emulsioni di grassi	ev	RNRL	C							
B05BA03	Carboidrati	ev	RR	A/C							
B05BA04	Idrosilati proteici	ev	RR	A							
B05BA10	Associazioni	ev	RNRL	H/C							
B05BB Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico											
B05BC Soluzioni che favoriscono la Diuresi Osmotica											
B05BC01	Mannitolo	ev	RR	C							
B05BC49	Glicerolo	ev	RR	C							
B05C Soluzioni per irrigazioni											
B05CB	Soluzioni saline	ev		C							
B05CX Altre soluzioni per irrigazione											
B05D Soluzioni per dialisi peritoneale											
B05X Soluzioni Endovena Additive											
B05XA Soluzioni Elettrolitiche											
B05XA30	Associazioni di elettroliti	ev		C							
B05XB Aminoacidi											
B05XC Vitamine											
B05XC	Retinolo Palmitato/Ergocalciferolo/Tocoferolo Alfa/Fitomenad	ev	OSP	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B05Z	Emodialitici ed emofiltrati										
B05ZA	Emodialitici, concentrati	ev									
B05ZA	Soluzioni per emodialisi	ev									
B05ZB	Emofiltrati	ev									
B06	Altri Agenti Ematologici										
B06A	Altri Agenti Ematologici										
B06AA	Enzimi										
B06AA03	Ialuronidasi	iniez loc	USPL	C							
B06AA49	Promelasi	os	RR	C							
B06AA49	Serrapeptasi	os	RR	C							
B06AB01	Emina	ev	OSP	H							
B06AC	Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario										
B06AC01	C1 inibitore, plasma derivato	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B06AC02	Icatibant acetato	sc	RR	H							
B06AC05	Lanadelumab	sc	RR	A		PT	PHT				Orphan drug Monitoraggio addizionale
B06AX	Altri agenti ematologici										
B06AX01	Crizanlizumab	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
B03XA06	Luspatercept	sc	RNRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE										
C01	Terapa Cardiaca										
C01A	Glucosidi Cardiaci										
C01AA	Glucosidi Digitalici										
C01AA05	Digossina	os,im	RR	A							
C01AA08	Metildigossina	os,ev	RR	A							
C01B	Antiarritmici, Classe I E III										
C01BA	Antiarritmici, Classe I A										
C01BA01	Chinidina	os	RR	A							
C01BA49	Dilidochinidina Cloridrato	os	RR	A							
C01BB	Antiarritmici, Classe I B										
C01BB02	Mexiletina Cloridrato	os,ev	RR	A					SI		
C01BC	Antiarritmici, Classe I C										
C01BC03	Propafenone	os,ev	RR	A							
C01BC04	Flecainide Acetato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD	Antiarritmici, Classe III										
C01BD01	Amiodarone Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD05	Ibutilide Fumarato	ev	OSP	C							
C01BD07	Dronedarone	os	RRL	A		PT	PHT			DPC	
C01C	Stimolanti Cardiaci, esclusi i Glucosidi Cardiaci										
C01CA	Adrenergici e Dopaminergici										
C01CA01	Etilfrina Cloridrato	os,ev,im	RR	C							
C01CA02	Isoprenalina cloridrato	ev	RR	C							
C01CA03	Noradrenalina	im	OSP	H							
C01CA04	Dopamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA07	Dobutamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA17	Midodrina Cloridrato	os,im	RR	C							
C01CA19	Fenoldopam Mesilato	ev	OSP	H							
C01CA24	Epinefrina	im,ev	RR	A/H		PT					
C01CA26	Efedrina cloridrato	im	RR/OSP	C							
C01CE	Inibitori della Fosfodiesterasi										
C01CE03	Enoximone	ev	OSP	H							
C01CX	Altre sostanze inotrope										
C01CX08	Levosimantan	ev	OSP	C							
C01D	Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache										
C01DA	Nitrati Organici										
C01DA02	Nitroglicerina	ev,sl,td	RR/OSP	A/H							
C01DA08	Isosorbide Dinitrato	os,sl,ev	RR/OSP	A/C/H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C01DA14	Isosorbide Mononitrato	os	RR	A							
C01DX	Altri Vasodilatatori Usati nelle malattie cardiache										
C01DX11	Trapidil	os	RR	C							
C01EA	Prostaglandine										
C01EA01	Alprostadiil	ev	OSP	H							
C01EB	Altri Preparati Cardiaci										
C01EB07	Fruttosio Difosfato Sodico	os,ev	RR	C							
C01EB10	Adenosina	ev	OSP	C							
C01EB15	Trimetazidina Dicloridrato	os	RR	C							
C01EB16	Ibuprofene sale di lisina	ev	OSP	C							
C01EB17	Ivabradina	os	RR	A			PHT			DPC	
C01EB18	Ranolazina	os	RR	A			PHT			DPC	
C01EB19	Icatibant acetato	sc	RR	H							
C01EB21	Regadenoson	Ev	OSP	C							
C02	Antipertensivi										
C02A	Sostanze Antiadrenergiche ad azione centrale										
C02AB01	Metildopa	os	RR	A							
C02AC	Agonisti dei Recettori dell' Imidazolina										
C02AC01	Clonidina	os,td,im	RR/OSP	A/H							
C02AC05	Moxonidina	os	RR	A							
C02C	Sostanze Antiadrenergiche ad azione periferica										
C02CA	Bloccanti dei Recettori Alfa-Adrenergici										
C02CA04	Doxazosinamesilato	os	RR	A							
C02CA06	Urapidil Cloridrato	ev	OSP	H							
C02DD	Derivati Nitroferrianiurici										
C02DD01	Sodio Nitroprussiato Anidro	ev	OSP	C							
C02K	Altri antipertensivi										
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
C02KX02	Ambrisentan	os	RRL	A			PHT				
C02KX03	Sitaxentan sodico	os	RRL	H							
C02KX04	Macitentan	os	RRL	A			PHT				Orphandrug
C02KX05	Riociguat	os	RRL	A		PT	PHT				Orphandrug
C03	Diuretici										
C03A	Diuretici ad azione diuretica minore, Tiazidi										
C03AA	Tiazidi,non Associate										
C03AA03	Idroclorotiazide	os	RR	A							
C03B	Diuretici ad azione diuretica minore, escluse le Tiazidi										
C03BA	Sulfonamidi, non associate										
C03BA04	Clortalidone	os	RR	A							
C03BA08	Metolazone	os	RR	A							
C03BA11	Indapamide	os	RR	A							
C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore										
C03CA	Sulfonamidi, non associate										
C03CA01	Furosemide	os,ev,im	RR/OSP	A/H							
C03CA03	Piretanide	os	RR	C							
C03CA04	Torasemide	ev,os	RR/OSP	H/A							
C03CC	Derivati dell'acido arilossacetico										
C03CC01	Acido etacrincico	ev	RR	C							
C03D	Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03DA	Antagonisti dell'aldosterone										
C03DA01	Spironolattone	os	RR	A					SI		
C03DA02	Canrenoato Di Potassio	os,ev	RR/OSP	A/H							
C03DA03	Canrenone	os	RR	A							
C03E	Diuretici e Farmaci risparmiatori di Potassio in associazione										
C03EA	Diuretici ad azione diuretica minore e Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03EA01	Spironolattone /Idroclorotiazide	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C03EA01	Amiloride Cloridrato/idroclorotiazide	os	RR	A							
C03EA14	Butizide E Farmaci Risparmiatori Di Potassio	os	RR	A							
C03EB	Diuretici ad azione diuretica maggiore associata a Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03EB01	Furosemide/Triamterene	os	RR	A							
C03EB01	Furosemide/Spironolattone	os	RR	A							
C03XA	Antagonista della vasopressina										
C03XA01	Tolvaptan	os	RNRL	A		Scheda multifarmaco semplificata	PHT				Monitoraggio aggiuntivo
C04	Vasodilatatori Periferici										
C04A	Vasodilatatori Periferici										
C04AD	Derivati Purinici										
C05	Vasoprotettori										
C05A	Antiemorragici per uso topico										
C05AA	Prodotti a base di Corticosteroidi										
C05AA01	Idrocortisone/Esculoside/Amilocaina/Benzocaina/Benzalconio C	ret,loc	SOP	C							
C05AA01	Lidocaina Cloridrato/Idrocortisone Acetato	loc	SOP	C							
C05B	Terapia antivaricosa										
C05BA	Eparine o Eparinoidi per uso topico										
C05BA03	Escina/fosfatidil colina	loc	RR	C							
C05BB	Sostanze Sclerosanti per iniezioni locali										
C05BB02	Polidocanolo	ev	RR	C							
C05C	Sostanze Capillaroprotettrici										
C05CX	Altre Sostanze Capillaroprotettrici										
C07	Betabloccanti										
C07A	Betabloccanti, Non Associati										
C07AA	Betabloccanti, Non Selettivi, Non Associati										
C07AA05	Propranololo Cloridrato	os	RR/RNRL	A		PT	PHT				DPC
C07AA06	Timololo	os	RR	A							
C07AA07	Sotalolo	os	RR	A							
C07AB	Betabloccanti, Selettivi, Non Associati										
C07AB02	Metoprololo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AB03	Atenololo	os,ev	RR	A							
C07AB04	Acebutololo Cloridrato	os	RR	A							
C07AB07	Bisoprololo fumarato	os	RR	A							
C07AB08	Celiprololo	os	RR	A							
C07AB09	Esmololo	ev	OSP	H							
C07AB12	Nebivololo	os	RR	A							
C07AB14	Landiololo Cloridrato	ev	OSP	C							
C07AG	Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici										
C07AG01	Labetalolo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AG02	Carvedilolo	os	RR	A							
C07CB	Betabloccanti Selettivi ed altri Diuretici										
C07CB03	Atenololo/Indapamide	os	RR	A							
C07CB53	Atenololo/Clortalidone	os	RR	A							
C07CG	Alfa e Betabloccanti ed altri Diuretici										
C07CG01	Labetalolo/Clortalidone	os	RR	C							
C08	Calcioantagonisti										
C08C	Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare										
C08CA	Derivati Diidropiridinici										
C08CA01	Amlodipina	os	RR	A							
C08CA02	Felodipina	os	RR	A							
C08CA03	Isradipina	os	RR	A							
C08CA04	Nicardipina	os	RR	A							
C08CA05	Nifedipina	os	RR	A							
C08CA06	Nimodipina	os,ev	RR/OSP	C/H							
C08CA07	Nisoldipina	os	RR	A							
C08CA08	Nitrendipina	os	RR	A							
C08CA09	Lacidipina	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C08CA12	Barnidipina	os	RR	A							
C08CA13	Lercanidipina Cloridrato	os	RR	A							
C08CA16	Clevidipina	Ev	OSP	H							
C08D	Calcioantagonisti Selettivi con effetto cardiaco diretto										
C08DA	Derivati Fenilalchilamminici										
C08DA01	Verapamil	os,ev	RR	A							
C08DA02	Gallopamil	os	RR	A							
C08DB	Derivati Benzotiazepinici										
C08DB01	Diltiazem	os,im,ev	RR	A							
C09	Sostanze ad azione sul Sistema Renina-Angiotensina										
C09A	Ace-Inibitori, Non Associati										
C09AA	Ace Inibitori, Non Associati										
C09AA01	Captopril	os	RR	A							
C09AA02	Enalapril	os	RR	A							
C09AA03	Lisinopril Diidrato	os	RR	A							
C09AA04	Perindopril tert-butilamina	os	RR	A							
C09AA05	Ramipril	os	RR	A							
C09AA06	Quinapril	os	RR	A							
C09AA15	Zofenopril calcio	os	RR	A							
C09B	Ace Inibitori, Associazioni										
C09BA	Ace Inibitori e Diuretici										
C09BA01	Captopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA02	Enalapril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA04	Perindopril/Indapamide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Piretanide	os	RR	A							
C09BA08	Cilazapril Monidrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA15	Zofenopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BB	Ace Inibitori e Calcio Antagonisti										
C09BB10	Verapamil Cloridrato/Trandolapril	os	RR	C							
C09C	Antagonisti dell'angiotensina II										
C09CA	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati										
C09CA01	Losartan potassico	os	RR	A							
C09CA02	Eprosartan	os	RR	A							
C09CA03	Valsartan	os	RR	A							
C09CA04	Irbesartan	os	RR	A							
C09CA06	Candesartan	os	RR	A							
C09CA07	Telmisartan	os	RR	A							
C09CA08	Olmesartan	os	RR	A							
C09D	Antagonisti dell'angiotensina II, Associazioni										
C09DA	Antagonisti dell'angiotensina II e Diuretici										
C09DA01	Losartan Potassico/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA02	Eprosartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA03	Valsartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA04	Irbesartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA07	Telmisartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA12	Olmesartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DB02	Olmesartan medoxomil + amlodipina	os	RR	A							
C09DX04	Sacubitril/valsartan	os	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT			DPC	
C09XA	Inibitori della renina										
C09XA02	Aliskiren emifumarato	os	RR	A							
C10	Sostanze Ipolipemizzanti										
C10A	Ipocholesterolemizzanti ed Ipotrigliceridemizzanti										
C10AA	Inibitori della HmgCoa Reduttasi										
C10AA01	Simvastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AA02	Lovastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C10AA03	Pravastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AA04	Fluvastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AA05	Atorvastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AA07	Rosuvastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AB	Fibrati										
C10AB02	Bezafibrato	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AB04	Gemfibrozil	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AB05	Fenofibrato	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AC	Sequestranti degli Acidi Biliari										
C10AC01	Colestiramina	os	RR	A							
C10AX	Altre sostanze modificatrici die lipidi										
C10AX06	Omega 3 trigliceridi inclusi altri esteri ed acidi	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AX09	Ezetimibe	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AX12	Lomitapide	os	RNRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
C10AX13	Evolocumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
C10AX14	Alirocumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
C10AX18	Volanesorsen	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphan drug Monitoraggio addizionale
C10B	Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni										
C10BA	Inibitori dell'HMG CoA reductasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi										
C10BA02	Ezetimibe/Sinvastatina	os	RR	A							
C10BA05	Atorvastatina/Ezetimibe	os	RR	A							
C10BA06	Rosuvastatina/Ezetimibe	os	RR	A							
D	Dermatologici										
D01	Antimicotici per uso dermatologico										
D01A	Antimicotici per uso topico										
D01AC	Derivati Imidazolici eTriazolici										
D01AC02	Miconazolo	loc	SOP	C							
D01AC03	Econazolo Nitrate	loc	RR	C							
D01AC08	Ketoconazolo	loc	SOP	C							Monitoraggio addizionale
D01AE	Altri Antimicotici per uso topico										
D01AE14	Ciclopirox Sale Di Olamina	loc	RR	C							
D01B	Antimicotici per uso sistemico										
D01BA	Antimicotici per uso sistemico										
D01BA01	Griseofulvina	os	RR	A							
D02BB	Sostanze per uso sistemico contro le radiazioni UV										
D02BB02	Afamelanotide	imp. sc	OSP	C							Monitoraggio addizionale
D03	Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni										
D03BA	Enzimi proteolitici	loc	OSP	H							
D04	Antipruriginosi, inclusi Antistaminici, Anestetici, ecc.										
D04A	Antipruriginosi, inclusi Antistaminici, Anestetici, ecc.										
D04AA	Antistaminici per uso topico										
D04AB	Anestetici per uso topico										
D04AB01	Lidocaina	loc	RR/SOP/OTC	C							
D04AB04	Benzocaina/Alcool Benzilico/Cloroxilenolo	loc	OTC	C							
D05	Antipsoriasici										
D05A	Antipsoriasici per uso topico										
D05AA	Catrami										
D05AA	Catrame di carbon fossile	loc		m.p.							
D05AX	Altri Antipsoriasici per uso topico										
D05AX02	Calcipotriolo	loc	RR	A							
D05B	Antipsoriasici per uso sistemico										
D05BB	Retinoidi per il trattamento della Psoriasi										
D05BB02	Acitretina	os	RNR	A							
D06	Antibiotici e Chemioterapici per uso dermatologico										
D06A	Antibiotici per uso topico										
D06AA02	Clortetraciclina	loc	RR	C							
D06AX	Altri Antibiotici per uso topico										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
D06AX01	Acido Fusidico	loc	RR	C							
D06AX07	Gentamicina Solfato	loc	RR	C							
D06AX09	Mupirocina	loc	RR	C							
D06B	Chemioterapici Per Uso Topico										
D06BA	Sulfonamidi										
D06BA01	Sulfadiazina Argentica	loc	OSP	H							
D06BA51	Sulfadiazina Argentina + ac. ialuronico	loc	RR	C							
D06BB	Antivirali										
D06BB01	Idoxuridina	loc	RR	C							
D06BB03	Aciclovir	loc	RR	C							
D06BB10	Imiquimod	loc	RRL	A	95	PT Regionale	PHT				
D06BX	Altri Chemioterapici										
D06BX01	Metronidazolo	loc	RR	C							
D07	Corticosteroidi, preparati Dermatologici										
D07A	Corticosteroidi, non associati										
D07AA	Corticosteroidi, deboli (Gruppo I)										
D07AA02	Idrocortisone	loc	OTC	C							
D07AB	Corticosteroidi, moderatamente attivi (Gruppo II)										
D07AB19	Desametasone	loc	RR	A	88						
D07AC	Corticosteroidi, attivi (Gruppo III)										
D07AC01	BetametasoneValerato	loc	RR	A	88						
D07AC06	Diflucortolone Valerato	loc	RR	C/A	88						
D07AC14	Metilprednisolone Aceponato	loc	RR	A	88						
D07AD	Corticosteroidi, molto attivi (Gruppo IV)										
D07AD01	Clobetasolo Propionato	loc	RR	A	88						
D07AD02	Alcinonide	loc	RR	A	88						
D07C	Corticosteroidi, Associazioni con Antibiotici										
D07CA	Corticosteroidi deboli, Associazioni con Antibiotici										
D07CA01	Cloramfenicolo/Idrocortisone	loc	RR	C							
D07CC	Corticosteroidi attivi, associazioni con Antibiotici										
D07CC01	Gentamicina/Betametasone	loc	RR	C							
D07CC02	Flucinolone Acetonide ed antibiotici	loc	RR	C							
D07X	Corticosteroidi, preparati dermatologici										
D07XB	Corticosteroidi moderatamente attivi, altre associazioni										
D07XB05	Desametasone	loc	RR	C							
D07XC	Corticosteroidi attivi, altre Associazioni										
D07XC01	Betametasone/Acido Salicilico	loc	RR	C							
D08	Antisettici e Disinfettanti										
D08A	Antisettici e Disinfettanti										
D10	Preparati Antiacne										
D10A	Preparati Antiacne per uso topico										
D10AF	Antimicrobici per il trattamento dell'acne										
D10AF01	Clindamicina	loc	RR	C							
D10AF02	Eritromicina	loc	RR	C							
D10B	Preparati antiacne per uso sistemico										
D10BA	Retinoidi per il trattamento dell'acne										
D10BA01	Isotretinoina	os	RNRL	A							
D11	Altri Preparati Dermatologici										
D11A	Altri Preparati Dermatologici										
D11AH	Agenti per dermatiti esclusi corticosteroidi										
D11AH01	Tacrolimus	loc	RRL	H		PT	PHT				
D11AH05	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
D11AX	Altri Dermatologici										
D11AX15	Pimecrolimus	loc	RRL	C							
D11AX18	Diclofenac in ialuronato	loc	RRL	A	95	PT Regionale					
D11AX19	Allitretionina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI										
G01	Antimicrobici ed Antisettici Ginecologici										
G01A	Antimicrobici ed Antisettici, escluse le associazioni con Corticosteroidi										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G01AA	Antibiotici										
G01AA49	Meclociclinasolfosalicilato	vag	RR	C							
G01AA51	Tinidazolo/Nistatina	vag	RR	C							
G01AF	Derivati Imidazolici										
G01AF01	Metronidazolo	vag	RR	C							
G01AF04	Miconazolo Nitrato	vag	RR	C							
G01AF05	Econazolo	vag	RR	C							
G01AF13	Azanidazolo	vag	RR	C							
G01AX	Altri Antimicrobici ed Antisetici										
G01AX12	Ciclopirox	vag	RR	C							
G01BA	Antibiotici e corticosteroidi										
G01BA	Idrocortisone + neomicina	vag	RR	C							
G02	Altri Ginecologici										
G02A	Ossitocici										
G02AB	Alcaloidi della Segale Cornuta										
G02AB01	Metilergometrina Maleato	os,im,ev	RR	A							
G02AD	Prostaglandine										
G02AD02	Dinoprostone	ev,vag	OSP	H							
G02AD03	Gemeprost	vag	OSP	H							
G02AD05	Sulprostone	ev	OSP	H							
G02AD06	Misoprostolo	vag/os	OSP	C					SI		
G02C	Altri preparati ginecologici										
G02CA	Simpaticomimetici, Tocolitici										
G02CA01	Ritodrina	os,ev	RNR	A							
G02CA49	Isosuprina	ev,im	RNR	C							
G02CB	Inibitori della Prolattina										
G02CB03	Cabergolina	os	RNR	A							
G02CC	Preparati Antinfiammatori per somministrazione vaginale										
G02CC01	Ibuprofene Isobutanolammonio	vag	SOP	C							
G02CC02	Naproxene	vag	SOP	C							
G02CC03	Benzidamina Cloridrato	vag	SOP	C							
G02CX	Altri Ginecologici										
G02CX01	Atosiban Acetato	ev	OSP	H							
G03	Ormoni Sessuali e Modulatori del Sistema Genitale										
G03A	Contraccettivi Ormonali Sistemici										
G03AA	Associazioni fisse estro-progestiniche										
G03AA07	Levonorgestrel + Etinilestradiolo	os	RR	A							
G03AA10	Etinilestradiolo/Gestodene	os	RR	A							
G03AC	Progestinici										
G03AC03	Levonorgestrel	os	RNR	C							Monitoraggio addizionale
G03AC08	Etonogestrel	imp. sc	RNRL	C							
G03AD	Contraccettivi d'emergenza										
G03AD01	Levonorgestrel	os	RNR	C							
G03B	Androgeni										
G03BA	Derivati del 3-oxoandrostene										
G03BA03	Testosterone (enantato/undecanoato)	os,im,loc	RNRL	A	36	PT	PHT		SI	DPC	
G03BB	Dderivati del 5-androstanone										
G03BB01	Mesterolone	os	RNRL	C							
G03C	Estrogeni										
G03CA	Estrogeni naturali e semisintetici, non associati										
G03CA01	Etinilestradiolo	os	RNR	A							
G03CA03	Estradiolo	os,td,im	RNR	A					SI		
G03CA04	Estriolo	vag	RNR	A							
G03CA09	Promestriene	os,vag	RR	A							
G03D	Progestinici										
G03DA	Derivati del Pregnene										
G03DA02	Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G03DA03	Idrossiprogesterone	im	RNR	A							
G03DA04	Progesterone	vag,td,im,os	RNR	A							
G03DB	Derivati del Pregnadiene										
G03DB01	Didrogesterone	os	RR	A							
G03DC	Derivati dell'estrene										
G03DC02	Noretisterone	os	RNR	A							
G03F	Progestinici + Estrogeni In Associazione										
G03FB	Preparati Sequenziali Estro-Progestinici										
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	C							
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrogestone	os	RNR	C							
G03FB	Estradiolo Emiidrato/Trimegestone	os	RNR	A							
G03G	Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione										
G03GA	Gonadotropine										
G03GA01	Gonadotropina Corionica	im	RR	A							Monitoraggio addizionale
G03GA02	Menotropina	im	RR	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA04	Urofollitropina	im	RR	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA05	Follitropina alfa	sc	RRL	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA06	Follitropina beta	im	RRL	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA07	Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA08	Coriogonadotropin alfa	sc	RR	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA09	Corifollitropina alfa	sc	RNRL	A	74	PT	PHT				DPC
G03GA10	Follitropina delta	Sc	RRL	A	74	PT	PHT				
G03GA30	Follitropina alfa/Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	PT	PHT				DPC
G03H	Antiandrogeni										
G03HB	Androgeni ed Estrogeni										
G03HB01	Ciproterone/etinilestradiolo	os	RNR	A					SI		Monitoraggio addizionale
G03X	Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale										
G03XA	Antigonadotropine e sostanze similari										
G03XA01	Danazolo	os	RNR	A							
G03XB	Modulatori del recettore del progesterone										
G03XB01	Mifepristone	os	RRL/OSP	H					SI		
G03XB02	Ulipristal	os	RRL	A	51	PT	PHT				DPC
G03XC	Modulatori selettivi dei recettori estrogenici										
G03XC02	Bazedoxifene	Os	RR	A	79						
G04	Urologici										
G04B	Urologici										
G04BD	Farmaci per la frequenza urinaria e l'incontinenza										
G04BD02	Flavoxato Cloridrato	os	RR	C							
G04BD04	Oxibutinina Cloridrato	os	RR	A	87						
G04BD07	Tolterodina Tartrato	os	RR	C	89						
G04BE	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni dell'erezione										
G04BE01	Alprostadiil	intracaver	RNR	A	75	PT					
G04BE03	Sildenafil citrato	os	RR/RRL	A	75	PT	PHT				DPC
G04BE08	Tadalafil	os	RRL/RR	A	75	PT	PHT				DPC
G04BE09	Vardenafil cloridrato triidrato	os	RR	A	75	PT	PHT				DPC
G04BE10	Avanafil	os	RR	A	75	PT	PHT				DPC
G04BX	Altri Urologici										
G04BX49	Lidocaina	loc	SOP	C							
G04BX49	DoxazosinMesilato	os	RR	A							
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna										
G04CA01	Alfuzosina cloridrato	os	RR	A							
G04CA02	Tamsulosin Cloridrato	os	RR	A							
G04CA03	Terazosina	os	RR	A							
G04CB	Inibitori della Testosterone 5-Alfa Reduttasi										
G04CB01	Finasteride	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G04CB02	Dutasteride	os	RR	A							
G04CX	Altri Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna										
G04CX03	Mepartricina	os	RR	C							
H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI										
H01	Ormoni Ipofisari, Ipotalamici ed analoghi										
H01A	Ormoni del Lobo Anteriore dell'ipofisi ed analoghi										
H01AA	Acth										
H01AA02	Tetracosactide Esacetato	ev	RR	C							
H01AC	Somatropina ed Analoghi										
H01AC01	Somatropina	im,sc	RRL	A	39	PT	PHT			DPC	
H01AC03	Mecasermina	sc	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
H01AX	Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi										
H01AX01	Pegvisomant	sc	RNRL	H			PHT				
H01BA	Vasopressina ed analoghi										
H01BA01	Argipressina	ev	OSP	C							
H01BA02	Desmopressina Acetato	os,ev,im	RR	A		PT	PHT			DPC	
H01BA04	Terlipressina Acetato Pentaidrato	ev	OSP	H							
H01BB	Oxitocina e Analoghi										
H01BB02	Oxitocina	im,ev	OSP	H							
H01BB03	Carbetocina	ev	OSP	C							
H01C	Ormoni Ipotalamici										
H01CA	Ormoni liberatori delle Gonadotropine										
H01CA01	Gonadorelina Acetato	ev,sc	RR	C							
H01CA01	Gonadorelina	nas	RR	A		PT	PHT			DPC	
H01CB	Ormone Anticrescita										
H01CB01	Somatostatina Acetato	ev	OSP	H							
H01CB02	Octreotide Acetato	sc,im	RR	A		PT	PHT		SI	DPC	
H01CB03	Lanreotide Acetato	im	RR	A		PT	PHT			DPC	
H01CB05	Pasireotide	sc	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug
H02	Corticosteroidi Sistemici										
H02A	Corticosteroidi Sistemici, non associati										
H02AA	Mineralcorticoidi										
H02AA02	Fludrocortisone	os									Farmaci esteri
H02AA03	Desossicortone Acetato	im	RR	A							
H02AA03	Desossicortone Enantato	im	RR	A							
H02AB	Glicocorticoidi										
H02AB01	Betametasona fosfato disodico	os,ev,im	RR	A							
H02AB02	Desametasona	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Acetato	im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Emisuccinato Sodico	ev,im	RR	A							
H02AB06	Prednisolone emisuccinato sodico	im	RR	C							
H02AB07	Prednisone	os	RR	A							
H02AB08	Triamcinoloneacetone	im	RR	A							
H02AB09	Idrocortisone Emisuccinato Sodico	os,im,ev	RRL/RR	A/C			PHT				Farmaci malattie rare
H02AB10	Cortisone Acetato	os	RR	A							
H02AB13	Deflazacort	os	RR	C							
H02B	Corticosteroidi sistemici, associazioni										
H02BX	Corticosteroidi sistemici, associazioni										
H02BX01	Metilprednisolone/lidocaina	im	RR	C							
H02C	Preparati antisurrenali										
H02CA	Anticorticosteroidi										
H02CA03	Ketoconazolo	os	RNRL	A			PHT				Orphan drug
H03	Terapia Tiroidea										
H03A	Preparati Tiroidei										
H03AA	Ormoni Tiroidei										
H03AA01	Levotiroxina Sodica	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H03AA02	Liotironina Sodica	os	RR	A							
H03AA03	Levotiroxina Sodica/Liotironina Sodica	os	RR	C							
H03B	Preparati Antitiroidei										
H03BB	Derivati Imidazolici contenenti Zolfo										
H03BB02	Tiamazolo	os	RR	A							
H03BB52	Tiamazolo/Dibromotirosina	os	RR	C							
H03BX	Altri Preparati Antitiroidei										
H03BX02	Dibromotirosina	os	RR	C							
H03C	Terapia iodica										
H03CA	Potassio ioduro	os,ev		gal							
H04	Ormoni Pancreatici										
H04A	Ormoni Glicogenolitici										
H04AA	Ormoni Glicogenolitici										
H04AA01	Glucagone	im	RR	A							
H05AA02	Teriparatide	sc	RR	A	79	PT			SI		Monitoraggio addizionale
H05	Calcio Omeostatici										
H05B	Ormoni Ntiperatiroidei										
H05BA	Preparati a Base di Calcitonina										
H05BA01	Calcitonina (Sintetica, di Salmone)	im,ev	RR	A	41						
H05BX	Altre soatanzeantiparatiroidi										
H05BX01	Cinacalcet	os	RRL	A		PT	PHT		SI	DPC	
H05BX02	Paracalcitolo	ev,os	RR	A		PT	PHT			DPC	
H05BX04	Etelcalcetide	ev	RRL	A			PHT				
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO										
J01	Antibatterici per uso sistemico										
J01A	Tetracicline										
J01AA	Tetracicline										
J01AA02	Doxiciclina	os	RR	A							
J01AA08	Minociclina Dicloridrato	os	RR	A							
J01AA12	Tigeciclina	ev	OSP	H							
J01B	Amfenicoli										
J01BA	Amfenicoli										
J01BA02	Tiamfenicolo Glicinato Cloridrato	im,ev	RR	C							
J01C	Antibatterici Beta Lattamici, Penicilline										
J01CA	Penicilline ad ampio spettro										
J01CA01	Ampicillina	os,ev,im	RR	C/A							
J01CA04	Amoxicillina Triidrato	os,ev,im	RR/OSP	A/H							
J01CA06	Bacampicillina cloridrato	os	RR	A							
J01CA10	Mezlocillina Sodica Monoidrata	im	RR	A	55						
J01CA12	Piperacillina	im,ev	RR	A	55						
J01CE	Penicilline sensibili alle Beta-Lattamasi										
J01CE01	Benzilpenicillina potassica	im	OSP	H							
J01CE02	Fenossimetilpenicillina	os									Farmaci esteri
J01CE08	Benzilpenicillina Benzatinica	im	RR	A	92		PHT				
J01CF	Penicilline resistenti alle Beta-Lattamasi										
J01CF04	Oxacillina sodica	im,ev	RR	A							
J01CF05	Flucloxacillina	os	RR	A							
J01CR	Associazioni di Penicilline, incluse gli Inibitori delle Beta-Lattamasi										
J01CR01	Ampicillina/Sulbactam	im,ev	RR	A	55						
J01CR02	Amoxicillina Triidrato e sodica/Potassio Clavulanato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01CR05	Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico	ev,im	RR/OSP	A/H	55						
J01D	Altri Antibatterici Beta-Lattamici										
J01DB	Cefalosporine di I generazione										
J01DB01	Cefalexina	os	RR	A							
J01DB03	Cefalotina	ev,im	RR	A							
J01DB04	Cefazolina Sodica	ev,im	RR	A							
J01DB07	Cefatrizina	im,os	RR	A							
J01DB12	Ceftazolo	im	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01DC Cefalosporine di II generazione											
J01DC02	Cefuroxima	im,ev,intracam	RR/OSP	A/H/C							
J01DC03	Cefamandolo	im	RR	A							
J01DC04	Cefacloro	os	RR	A							
J01DC06	Cefonicid	im	RR	A							
J01DC09	Cefmetazolo	im	RR	A							
J01DD Cefalosporine di III generazione											
J01DD01	Cefotaxima	im,ev	RR	A							
J01DD02	Ceftazidima	im,ev	RR/OSP	A/H	55						
J01DD04	Ceftriaxone Disodico	im,ev	RR/OSP	A/H							
J01DD07	Ceftizoxima Sodica	im,ev	RR/OSP	A/H							
J01DD08	Cefixima	os	RR	A							
J01DD09	Cefodizima	im,ev	OSP	H							
J01DD12	Cefoperazone	im	RR	A							
J01DD13	Cefpodoximproxetil	os	RR	A							
J01DD16	Cefditoren pivoxil	os	RR	A							
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H							
J01DE Cefalosporine di IV generazione											
J01DE01	Cefepime Dicloridrato Monoidrato	im,ev	RR	A	55						
J01DF Monobattami											
J01DF01	Aztreonam	inal	OSP	C	56						
J01DH Carbapenemi											
J01DH	Ertapenem	ev	OSP	H							
J01DH02	Meropenem Triidrato	ev	OSP	H							
J01DH51	Imipenem + Cilastatina	ev,im	RR/OSP	A/H	56						
J01DH52	Meropenem/vaborbactam	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio aggiuntivo
J01DH56	Imipenem/cilastatina/relebactam	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio aggiuntivo Scheda cartacea AIFA
J01DI Altre cefalosporine e penemi											
J01DI01	Ceftobiprololo	ev	OSP	H							
J01DI02	Ceftaroline fosamil	ev	OSP	H							
J01DI04	Cefiderocol	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio aggiuntivo
J01DI54	Ceftozolano/tazobactam	ev	OSP	H							
J01E Sulfonamidi e Trimetoprim											
J01EE Associazioni di Sulfonamidi con Trimetoprim, inclusi i derivati											
J01EE01	Sulfametoxazolo E Trimetoprim	os,ev	RR	A							
J01F Macrolidi, Lincosamidi eStreptogramine											
J01FA Macrolidi											
J01FA01	Eritromicina	os,ev,im	RR	A							
J01FA02	Spiramicina	os	RR	A							
J01FA03	Midecamicina	os	RR	A							
J01FA06	Roxitromicina	os	RR	A							
J01FA09	Claritromicina	os,ev	RR	A							
J01FA10	Azitromicina	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01FA12	Rokitamicina	os	RR	A							
J01FA14	Fluritromicina	os	RR	A							
J01FA15	Telitromicina	os	RR	A							
J01FF Lincosamidi											
J01FF01	Clindamicina	os,im,ev	RR	A							
J01FF02	Lincomicina Cloridrato	os,im,ev	RR	A							
J01FG Streptogramine											
J01FG02	Dalfopristin/Quinupristin	ev	OSP	H							
J01G Antibatterici Aminoglicosidici											
J01GB Altri Aminoglicosidi											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01GB01	Tobramicina	im,ev	RR/RNRL	A	55		PHT				
J01GB03	Gentamicina	im,ev	RR	A	55						
J01GB06	Amikacina Solfato	im,ev	RR/OSP	A/H	55						
J01GB07	Netilmicina	im,ev	RR	A	55						
J01M	Antibatterici Chinolonici										
J01MA	Fuorochinolonici										
J01MA02	Ciprofloxacina	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01MA04	Enoxacina	os	RR	A							
J01MA06	Norfloxacina	os	RR	A							Orphan drug
J01MA07	Lomefloxacina Cloridrato	os	RR	A							
J01MA12	Levofloxacina	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
J01MA14	Moxifloxacina Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01MA17	Prulifloxacina	os	RR	A							
J01MB	Altri Chinolonici										
J01MB04	Acido Pipemidico	os	RR	A							
J01MB06	Cinoxacina	os	RR	A							
J01X	Altri Antibatterici										
J01XA	Antibatterici Glicopeptidici										
J01XA01	Vancomicina Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01XA02	Teicoplanina	im,ev	RR	A	56						
J01XA04	Dalbavancina	ev	OSP	H							
J01XA05	Oritavancina	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J01XB	Polimixine										
J01XB01	Colistina	im,ev,inal	RR	C							
J01XD	Derivati Imidazolici										
J01XD01	Metronidazolo	ev	OSP	H							
J01XE	Derivati Nitrofuranci										
J01XE01	Nitrofurantoina	os	RR	C							
J01XX	Altri Antibatterici										
J01XX01	Fosfomicina Sale Di Trometamolo	os	RR	A/C							
J01XX01	Fosfomicina sodica	ev	OSP	H							
J01XX08	Linezolid	os,ev	RNRL/OSP	A/H			PHT				DPC
J01XX09	Daptomicina	ev	OSP	H							
J01XX11	Tedizolid fosfato	os,ev	RNRL/OSP	A/H		PT	PHT				DPC
J01XX27	Triossido d'arsenico	ev	OSP	H							
J02	Antimicotici per uso sistemico										
J02A	Antimicotici per uso sistemico										
J02AA	Antibiotici										
J02AA01	Amfotericina B Complesso liposomiale	ev	OSP	H							
J02AA01	Amfotericina B complessata con sale biliare desossicolato	ev	OSP	H/C							
J02AA01	Amfotericina B complesso lipidico	ev	OSP	H							
J02AC	Derivati Triazolici										
J02AC01	Fluconazolo	os,ev	RR/OSP	A/H/C							
J02AC02	Itraconazolo	os,ev	RR/OSP	A/H							
J02AC03	Voriconazolo	os,ev	RNRL	H/A			PHT				DPC
J02AC04	Posaconazolo	os	RNRL	A			PHT				DPC
J02AC05	Isavuconazolo	os,ev	RNRL/OSP	A/H			PHT				DPC Orphan drug
J02AX	Altri Antimicotici per uso sistemico										
J02AX01	Flucitosina	ev	OSP	H							
J02AX04	Caspofungin	ev	OSP	H							
J02AX05	Micafungin	ev	OSP	H							
J02AX06	Anidulafungin	ev	OSP	H							
J04	Antimicobatterici										
J04A	Farmaci per il trattamento della Tubercolosi										
J04AB	Antibiotici										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J04AB01	Cicloserina	os									Farmaci esteri
J04AB02	Rifampicina	os,ev	RR	A							
J04AB03	Rifamicina Sodica	im,ev,intratec	RR	C							
J04AB04	Rifabutina	os	RR	A	56						
J04AC Idrasidi											
J04AC01	Isoniazide	os,im,ev	RR	A/C							
J04AK Altri Farmaci per il trattamento della Tuberculosis											
J04AK01	Pirazinamide	os	RR	A							
J04AK02	Etambutolo Cloridrato	os,ev,im	RR	A/C							
J04AK05	Bedaquilina	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H							Orphan drug
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J04AM Associazioni di Farmaci per il trattamento della Tuberculosis											
J04AM	Etambutolo-Isoniazide-Piridossina	os	RR	A							
J04AM02	Rifampicina/Isoniazide	os	RR	A							
J04AM05	Isoniazide/Pirazinamide/Rifampicina	os	RR	A							
J04B Farmaci per il trattamento della lebbra											
J04BA Farmaci per il trattamento della lebbra											
J04BA02	Dapsone	os									Farmaci esteri
J05 Antivirali per Uso Sistemico											
J05A Antivirali ad Azione Diretta											
J05AB Nucleosidi e Nucleotidi, esclusi gli Inibitori della Transcrittasi Inversa											
J05AB01	Aciclovir	os,ev	RR/OSP	A/H	84						
J05AB04	Ribavirina	os,inal	RNRL	A					SI		
J05AB06	Ganciclovir	ev	OSP	H							
J05AB11	Valaciclovir (cloridrato)	os	RR	C/A	84		PHT		SI		
J05AB12	Cidofovir	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
J05AB14	Valganciclovir (cloridrato)	os	RR	A		PT	PHT		SI	DPC	
J05AD Derivati dell'acido Fosfonico											
J05AD01	Foscarnet Sodico	ev	OSP	H					SI		
J05AE Inibitori delle Proteasi											
J05AE01	Saquinavir	os	RNRL	H							
J05AE02	Indinavir	os	RNRL	H							
J05AE03	Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AE04	Nelfinavir	os	RNRL	H							
J05AE05	Amprenavir	os	OSP	H							
J05AE06	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AE07	Fosamprenavir	os	RNRL	H							
J05AE08	Atazanavir	os	RNRL	H							
J05AE09	Tipranavir	os	RNRL	H							
J05AE10	Darunavir	os	RNRL	H							
J05AE11	Telaprevir	os	RNRL	A							
J05AE12	Boceprevir	os	RNRL	A							
J05AE14	Simeprevir	os	RNRL	A							
J05AF Nucleosidi e nucleotidi inibitori della Transcrittasi Inversa											
J05AF01	Zidovudina	os,ev	RNRL	A/H							
J05AF02	Didanosina	os	RNRL	H							
J05AF03	Zalcitabina	os	RRL	A							
J05AF04	Stavudina	os	RNRL	H							
J05AF05	Lamivudina	os	RR/RNRL	A/H		PT	PHT		SI	DPC	
J05AF06	Abacavir Solfato	os	RNRL	H							
J05AF07	Tenofovir Disoproxil	os	RNRL	H							
J05AF08	Adefovir Dipivoxil	os	RNRL	A			PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AF09	Emtricitabina	os	RNRL	H							
J05AF10	Entecavir	os	RNRL	A			PHT				
J05AF11	Telbivudina	os	RNRL	A			PHT				
J05AF13	Tenofovir alafenamide fumarato	os	RNRL	A		PT	PHT				
J05AG	Non-Nucleosidi Inibitori della Transcrittasi Inversa										
J05AG01	Nevirapina	os	RNRL	H							
J05AG03	Efavirenz	os	RNRL	H							
J05AG04	Etravirina	os	RNRL	H							
J05AG05	Rilpivirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AG06	Doravirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AP	Antivirali Per Il Trattamento Di Infezioni Da HCV										
J05AP09	Dasabuvir	os	RNRL	A							Monitoraggio addizionale
J05AP53	Ombitasvir / Paritaprevir/ Ritonavir	os	RNRL	A							Monitoraggio addizionale
J05AP54	Elbasvir / Grazoprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
J05AP56	Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
J05AP57	Glecaprevir/pibrentasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
J05AR	Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV, associazioni										
J05AR01	Lamivudina/zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR02	Abacavir/lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR04	Abacavir/Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR06	Emtricitabina/Efavirenz/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR08	Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR09	Elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir	os	RNRL	H							
J05AR13	Dalutegravir/abacavir/lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR14	Darunavir/cobicistat	os	RNRL	H							
J05AR15	Atazanavir/cobicistat	os	RNRL	H							
J05AR17	Emtricitabina e tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR18	Elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamide	ev	RNRL	H							
J05AR19	Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR20	Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR21	Dolutegravir/Rilpivirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR22	Darunavir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR25	Dolutegravir/Lamivudina	Os	RNRL	H							
J05AX	Altri Antivirali										
J05AX49	Neuramide	os	RR	C							
J05AX07	Enfuvirtide	sc	RNRL	H							
J05AX08	Raltegravir	os	RNRL	H							
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H							
J05AX12	Dolutegravir	os	RNRL	H							
J05AX15	Sofosbuvir	os	RNRL	C							Monitoraggio addizionale
J05AX14	Daclatasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA					
J05AX18	Letermovir	os,ev	RRL/OSP	A/H		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug Monitoraggio addizionale
J05AX65	Ledipasvir/sofosbuvir	os	RNRL	C							
J06	Sieri Immuni ed Immunoglobuline										
J06A	Sieri Immuni										
J06AA	Sieri Immuni										
J06AA03	Sierimmune Contro Il Veleno Di Vipere Europee	im	RR	C							
J06AA04	Sierimmune Botulinico	im,sc									Farmaci esteri
J06AA05	Sierimmune Polivalente Contro La Gangrena Gassosa	im	OSP	H							
J06BA	Immunoglobuline, Umane Normali										
J06BA01	Immunoglobulina umana normale	sc	RNRL	H							Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J06BA02	Immunoglobulina Umana ad alto titolo	ev	OSP	C							
J06BA02	Immunoglobulina Umana normale	ev	OSP	H							
J06BA02	Immunoglobulina Umana Disaggregata	ev	OSP	H							
J06BB	Immunoglobuline Specifiche										
J06BB01	Immunoglobulina Umana Rho	ev,im	OSP/RR	H/A		PT	PHT				
J06BB02	Immunoglobulina Umana Antitetanica	im	RR	A							
J06BB03	Immunoglobulina Umana Antivaricella	ev	OSP	H							
J06BB04	Immunoglobulina Umana Antiepatite B Uso Endovenoso	ev	OSP	H							
J06BB09	Immunoglobulina Umana Citomegalovirus Uso Endovenoso	ev	OSP	H							
J06BB16	Palivizumab	im	OSP	H					SI		
J06BB21	Bezlotoxumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J07	Vaccini										
J07A	Vaccini Batterici										
J07AE	Vaccini Colerici										
J07AG	Vaccini Dell'hemophilusInfluenzae Tipo B										
J07AH	Vaccini Meningococcici										
J07AJ	Vaccini Pertossici										
J07AL	Vaccini Peneumococcici										
J07AM	Vaccini Tetanici										
J07AN	Vaccini della Tubercolosi										
J07AP	Vaccini Tifoidei										
J07AX	Altri Vaccini Batterici										
J07B	Vaccini Virali										
J07BA	Vaccini dell'Encefalite										
J07BB	Vaccini Influenzali										
J07BC	Vaccini Epatitici										
J07BD	Vaccini Morbillosi										
J07BF	Vaccini Poliomeilitici										
J07BG	Vaccini Rabici										
J07BH	Vaccini della diarrea da Rotavirus										
J07BJ	Vaccini Antirosozia										
J07BK	Vaccini Varicellosi										
J07BL	Vaccini della Febbre Gialla										
J07BM	Vaccini contro il Papillomavirus										
J07C	Vaccini Batterici e Virali In Associazione										
J07CA	Vaccini Batterici eVirali In Associazione										
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI										
L01	Antineoplastici										
L01A	Sostanze Alchilanti										
L01AA	Analoghi della Mostarda Azotata										
L01AA01	Ciclofosfamide	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AA02	Clorambucile	os	RNR	A							
L01AA03	Melfalan	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AA05	Clormetina	ev									Farmaci esteri
L01AA06	Ifosfamide	ev	OSP	H							
L01AA09	Bendamustina cloridrato	ev	RNRL/OSP	H					SI		
L01AB	Alchilsulfonati										
L01AB01	Busulfano	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AC	Etilenimine										
L01AC01	Tiotepa	ev	OSP	H							
L01AD	Nitrosouree										
L01AD01	Carmustina	intrales	OSP	H							
L01AD04	Streptozocina	ev									Farmaci esteri
L01AD05	Fotemustina	ev	OSP	H							
L01AX	Altre Sostanze Alchilanti										
L01AX02	Pipobromano	os	RNR	A							
L01AX03	Temozolomide	os	RNRL	A			PHT				
L01AX04	Dacarbazina	ev	OSP	H							
L01B	Antimetaboliti										
L01BA	Analoghi dell'acido Folico										
L01BA01	Metotrexato	os,im,ev	RNR/OSP	A/H					SI		
L01BA03	Raltitrexed	ev	OSP	H							
L01BA04	Pemetrexed	ev	OSP	H							
L01BB	Analoghi della Purina										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0												
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note	
L01BB02	Mercaptopurina	os	RNR/RNRL	A			PHT				Orphan drug Farmaci malattie rare	
L01BB03	Tioguanina	os	RNR	A							Monitoraggio addizionale	
L01BB04	Cladribina	ev	OSP	C							Farmaci malattie rare	
L01BB05	Fludarabina Fosfato	ev,os	RNRL	A			PHT					
L01BB06	Clofarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale	
L01BB07	Nelarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale	
L01BC	Analoghi della Pirimidina											
L01BC01	Citarabina	ev	OSP	H								
L01BC02	Fluorouracile	ev,loc	OSP	H	95	PT Regionale			SI			
L01BC05	Gemcitabina Cloridrato	ev	OSP	H								
L01BC06	Capecitabina	os	RNRL	A			PHT					
L01BC07	Azacitidina	ev,im	OSP	H								
L01BC08	Decitabina	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug	
L01BC52	Fluorouracile/Acido Salicilico	cut	RRL	A	95	PT Regionale						
L01BC53	Tegafur/gimeracil/oteracil	os	RNRL	A			PHT					
L01BC59	Tifluridina/tipiracil	os	RNRL	A			PHT					
L01C	Alcaloidi derivati da piante ed altri prodotti naturali											
L01CA	Alcaloidi della Vinca ed analoghi											
L01CA01	Vinblastina Solfato	ev	OSP	H					SI			
L01CA02	Vincristina Solfato	ev	OSP	H								
L01CA03	Vindesina Solfato	ev	OSP	H								
L01CA04	Vinorelbina Bitartrato	ev,os	OSP/RNRL	H/A			PHT					
L01CA05	Vinflunina	ev	OSP	H								
L01CB	Derivati della Podofilottossina											
L01CB01	Etoposide	os,ev	OSP/RNR	H/A								
L01CD	Taxani											
L01CD01	Paclitaxel	ev	OSP	H					SI			
L01CD02	Docetaxel Anidro	ev	OSP	H								
L01CD04	Cabazitaxel	ev	RNRL	H								
L01CE	Inibitori della topoisomerasi (TOP1)											
L01CE01	Topotecan Cloridrato	ev/os	OSP/RNRL	H/A								
L01CX	Altri alcaloidi derivati da piante e altri prodotti naturali											
L01CX01	Trabectedina	ev	OSP	H								
L01XC39	Belantamab Mafodotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale	
L01D	Antibiotici Citotossici e Sostanze Correlate											
L01DA	Actinomicine											
L01DA01	Dactinomicina	ev	OSP	H								
L01DB	Antracicline e Sostanze Correlate											
L01DB	Doxorubicina Cloridrato in Liposomi Pegilati e non	ev	OSP	H								
L01DB01	Doxorubicina Cloridrato	ev	OSP	H								
L01DB02	Daunorubicina	ev	OSP	H								
L01DB03	Epirubicina Cloridrato	ev	OSP	H								
L01DB06	Idarubicina	os,ev	RNR/OSP	A/H								
L01DB07	Mitoxantrone Cloridrato	ev	OSP	H								
L01DB11	Pixantrone Dimaleato	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA						
L01DC	Altri Antibiotici Citotossici											
L01DC01	Bleomicina Solfato	ev	OSP	H					SI			
L01DC03	Mitomicina	ev	OSP	H					SI			
L01E	INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI											
L01EA	INIBITORI DELLA TIROSINA CHINASI BCR-ABL											
L01EA01	Imatinib	os	RNRL	A			PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale	
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA						
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H							
L01XE24	Ponatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01EB	INIB. TIROSINA CHINASI RECETTORE FATT.DI CRESCITA EPID(EGFR)										
L01EB04	Osimertinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01EC	INIBITORI DELLA SERINA-TREONINA CHINASI B-RAF (BRAF)										
L01EC02	Dabrafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01ED	INIBITORI DELLA CHINASI DEL LINFOMA ANAPLASTICO (ALK)										
L01ED05	Lornatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EE	INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI MITOGENO-ATTIVATA (MEK)										
L01EE01	Trametinib	os	RNRL	H				Innovatività piena			
L01EF	INIBITORI DELLA CHINASI CICLINA-DIPENDENTE (CDK)										
L01EF02	Ribociclib	os	RNRL	H							
L01EG	INIBITORI CHINASI TARGET DELLA RAPAMICINA NEI MAMMIF.(mTOR)										
L01EJ	INIBITORI DELLA CHINASI JANUS-ASSOCIATA (JAK)										
L01EJ02	Fedratinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EL	INIBITORI DELLA TIROSINA CHINASI DI BRUTON (BTK)										
L01EL02	Acalabrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EM	INIBITORI DELLA FOSFATIDILINOSITOLE-3-CHINASI (PI3K)										
L01EM03	Alpelisib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX	ALTRI INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI										
L01EX05	Regorafenib	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Farmaci malattie rare
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX12	Larotrectinib solfato	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01EX13	Gilteritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01F	ANTICORPI MONOCLONALI E CONIUGATI ANTICORPO-FARMACO										
L01FA	INIBITORI DI CD20 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAMENTO 20)										
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		PT Regionale		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01FD	INIBITORI DI HER2 (RETT.2 FATTORE DI CRESCITA EPID. UMANO)										
L01FD02	Pertuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FF	INIBITORI DI PD-1/PDL-1 (PROT. MORTE CELLULARE PROG.1/LIG1)										
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01FG	INIBITORI DI VEGF/VEGFR (FATTORE DI CRESCITA ANGIOGENICO)										
L01FG01	Bevacizumab	ev	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf			SI		Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01FX	ALTRI ANTICORPI MONOCLONALI E CONIUGATI ANTICORPO-FARMACO										
L01FX14	Polatuzumab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01X	Altri Antineoplastici										
L01X	Cellule CD3+ Autologhe Trasdotte anti-CD19	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XA	Composti del Platino										
L01XA01	Cisplatino	ev	OSP	H							
L01XA02	Carboplatino	ev	OSP	H							
L01XA03	Oxaliplatino	ev	OSP	H					SI		
L01XB	Metilidrazine										
L01XB01	Procarbazine Cloridrato	os	RNR	A			PHT			DPC	
L01XC	Anticorpi Monoclonali										
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H							Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01XC05	Gemtuzumab/Ozogamicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XC06	Cetuximab	ev	OSP	H					SI		Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01XC08	Panitumumab	ev	OSP	H							
L01XC09	Catumaxomab	ip	OSP	H							
L01XC10	Ofatumumab	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L01XC11	Ipilimumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC12	Brentuximab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XC14	Trastuzumab Emtansine	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
L01XC15	Obinutuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Orphandrug Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XC21	Ramucirumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC23	Elotuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC24	Daratumumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			Orphandrug
L01XC25	Mogamulizumab	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XC26	Inotuzumab Ozogonomicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XC27	Olaratumab	ev	OSP	H							
L01XC28	Durvalumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XC31	Avelumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XC32	Atezolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC33	Cemiplimab	Ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XC38	Isatuximab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XD	Sensibilizzanti usati nella terapia fotodinamica										
L01XD01	Porfimer	ev	OSP								
L01XD03	Metilaminolevulinato	loc	USPL	H							
L01XD04	Acido idrocloro 5-aminolevulinico	os, td	OSP/USPL	C/H							
L01XD05	Temoporfin	ev	OSP	H							
L01XE	Inibitori della protein chinasi										
L01XE02	Gefitinib	os	RNRL	H							
L01XE03	Erlotinib cloridrato	os	RNRL	H							
L01XE04	Sunitinib maleato	os	RNRL	H					SI		
L01XE05	Sorafenib	os	RNRL	H							Orphandrug
L01XE09	Temsirolimus	ev	OSP	H							
L01XE11	Pazopanib	os	RNRL	H							
L01XE12	Vandetanib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE13	Afatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE15	Vemurafenib	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		
L01XE16	Crizotinib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		
L01XE17	Axitinib	os	RNRL	H							
L01XE18	Ruxolitinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE26	Cabozantinib	os	RNRL/NRL	C/H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Farmaci malattie rare
L01XE27	Ibrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
L01XE28	Ceritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE29	Lenvatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
L01XE33	Palbociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE36	Alectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE38	Cobimetinib	os	RNRL	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01XE39	Midostaurina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XE41	Binimetinib	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L01XE42	Ribociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01XE43	Brigatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE46	Encorafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
L01XE50	Abemaciclib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XX	Altri Antineoplastici										
L01XX02	Crisantaspati	ev							SI		Farmaci esteri
L01XX05	Idroxicarbamide	os	RNR	A							
L01XX08	Pentostatina	ev	OSP	H							
L01XX11	Estramustina Fosfato Sodico	os	RNR	A							
L01XX14	Tretinoina	os	RNR	A		PT	PHT				
L01XX19	Irinotecan Cloridrato Triidrato	ev	OSP	H					SI		
L01XX23	Mitotane	os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
L01XX24	Peg-asparaginasi		OSP	H							
L01XX25	Bexarotene	os	RNRL	A							
L01XX27	Arsenico triossido	ev	OSP	C							
L01XX32	Bortezomib	ev	OSP	H							
L01XX35	Anagrelide cloridrato	os	RNRL	A			PHT		SI		
L01XX41	Eribulina mesilato	ev	RNRL/OSP	H							
L01XX43	Vismodegib	os	OSP	H							
L01XX44	Aflibercept	ev	OSP	H							
L01XX45	Carfilzomib	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XX46	Olaparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01XX47	Idelalisib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XX50	Ixazomib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA			SI		Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01XX54	Niraparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XX70	Axicabtagene ciloleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XX71	Tisagenlecleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XY	Associazioni antineoplastiche										
L01XY01	Citarabina e Daunorubicina	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug
L02	Terapia endocrina										
L02A	Ormoni e Sostanze Correlate										
L02AB	Progestinici										
L02AB01	Megestrol Acetato	os	RNR	A	28						
L02AB02	Medrossiprogesterone (Acetato)	os,im	RNR	A/C	28						
L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle Gonadotropine										
L02AE01	Buserelina (acetato)	sc	RR	A	51	PT	PHT				DPC
L02AE02	Leuprorelina (acetato)	im,sc	RR/RNR	A	51	PT	PHT		SI		DPC
L02AE03	Goserelin Acetato	sc	RR	A	51	PT	PHT		SI		DPC
L02AE04	Triptorelina	sc,im	RR	A	51	PT	PHT		SI		DPC
L02B	Antagonisti Ormonali e Sostanze Correlate										
L02BA	Antiestrogeni										
L02BA01	Tamoxifene	os	RR	A					SI		
L02BA02	Toremifene	os	RR	A							
L02BA03	Fulvestrant	im	RNRL	H							
L02BB	Antiandrogeni										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L02BB01	Flutamide	os	RR	A			PHT				
L02BB03	Bicalutamide	os	RR	A			PHT		SI		
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H							
L02BB05	Apalutamide	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio aggiuntoria
L02BB06	Darolutamide	Os	RNRL	H							Monitoraggio aggiuntoria
L02BG	Inibitori Enzimatici										
L02BG03	Anastrozolo	os	RR	A							
L02BG04	Letrozolo	os	RR	A							
L02BG06	Exemestane	os	RR	A							
L02BX	Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate										
L02BX02	Degarelix	sc	RR	A		PT	PHT				DPC
L02BX03	Abiraterone acetato	os	RNRL	H							
L03	Immunostimolanti										
L03	Frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L03A	Citochine ed Immunomodulatori										
L03AA	Fattori di Stimolazione delle colonie										
L03AA02	Filgrastim originator	ev,sc	RRL	A		PT	PHT				DPC
L03AA02	Filgrastim biosimilare	ev,im,sc	RRL	A		PT	PHT				DPC
L03AA10	Lenograstim	ev,sc	RR	A		PT	PHT				DPC
L03AA13	Pegfilgrastim	sc	RRL	A		PT	PHT				DPC Monitoraggio aggiuntoria
L03AA14	Lipegfilgrastim	sc	RRL	A		PT	PHT				DPC
L03AB	Interferoni										
L03AB01	Interferone Alfa Naturale	im,sc	RRL	A		PT					
L03AB03	Interferone Gamma 1b	sc	OSP	H							
L03AB04	Interferone Alfa 2a	im,sc	RRL	A		PT					
L03AB05	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A		PT					
L03AB07	Interferone Beta 1a	im	RR	A	65		PHT				
L03AB08	Interferone Beta 1b	im	RR	A	65		PHT				
L03AB10	Interferone Alfa 2b Pegilato	sc	RR	A		PT					
L03AB11	Interferone Alfa-2A Pegilato	sc	RR	A		PT	PHT				DPC
L03AB13	Peg-interferone Beta 1A	sc	RR	A	65	PT	PHT				
L03AC	Interleuchine										
L03AC01	Aldesleuchina	ev	OSP	H							
L03AX	Altre Citochine ed Immunomodulatori										
L03AX03	Bcg-Bacillo Di Calmette E Guerin	vesc	OSP	H							
L03AX04	Pegademase	ev									Farmaci esteri
L03AX11	Tasonermina	ev	OSP	H							
L03AX13	Glatiramer	sc	RR	A	65						
L03AX14	Istamina diidrolidato	sc									Farmaci esteri Monitoraggio aggiuntoria
L03AX15	Mifamurtide	ev	OSP	H							
L03AX16	Plerixafor	os,sc	OSP	H							
L04	Sostanze ad azione immunosoppressiva										
L04A	Sostanze ad azione immunosoppressiva										
L04AA	Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva										
L04AA03	Siero antilinfocitario di cavallo	ev							SI		Farmaci esteri
L04AA06	Acido micofenolico	os	RNRL	A			PHT				DPC
L04AA06	Acido micofenolico sale di mofetile	os	RNRL	A							
L04AA06	Micofenolato sodico	os	RNRL	A							
L04AA10	Sirolimus	os	RNR	A		PT	PHT				DPC
L04AA13	Leflunomide	os	RR	A		PT	PHT				
L04AA18	Everolimus	os	RNR	A		PT	PHT				DPC Orphan drug
L04AA23	Natalizumab	ev	OSP	H							
L04AA24	Abatacept	ev,sc	RRL	H		PT Regionale					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0												
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note	
L04AA25	Ecuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Orphan drug Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale	
L04AA26	Belimumab	ev,sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale	
L04AA27	Fingolimod	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena				
L04AA28	Belatacept	ev	OSP	C								
L04AA29	Tofacitinib	os	RNRL	H		PT Regionale						
L04AA31	Teriflunomide	os	RRL	A	65						Monitoraggio addizionale	
L04AA32	Apremilast	os	RRL	A		PT Regionale						
L04AA33	Vedolizumab	ev	RRL	H		PT Regionale						
L04AA37	Baricitinib	os	RNRL	H		PT Regionale			SI			
L04AA40	Cladribina	os	RNRL	A		PT	PHT					
L04AA43	Ravulizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale	
L04AA44	Upadacitinib	Os	RNRL	H		PT Regionale					Monitoraggio addizionale	
L04AA52	Ofatumumab	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale	
L04AB	Inibitori del fattore necrosi tumorale alfa (TFN-alfa)											
L04AB01	Etanercept/Etanercept biosimilare	sc	RRL	H		PT Regionale					Monitoraggio addizionale	
L04AB02	Infliximab/Infliximab biosimilare	ev	RRL	H		PT Regionale			SI			
L04AB05	Certolizumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AB06	Golimumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AB04	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H		PT Regionale					Monitoraggio addizionale	
L04AC	Inibitori delle interleuchine											
L04AC02	Basiliximab	ev	OSP	H								
L04AC03	Anakinra	ev	RRL	H		PT Regionale			SI			
L04AC05	Ustekinumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AC07	Tocilizumab	ev,sc	RRL	H		PT Regionale			SI			
L04AC08	Canakimumab	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA PT Regionale						
L04AC10	Secukimumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AC11	Siltuximab	ev	OSP	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale	
L04AC12	Brodalumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AC13	Ixekizumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AC14	Sarilumab	sc	RRL	H		PT Regionale			SI			
L04AC16	Guselkumab	sc	RRL	H		PT Regionale						
L04AC17	Tildrakizumab	sc	RRL	H		PT Regionale					Monitoraggio addizionale	
L04AC18	Risankizumab	ev	RRL	H		PT Regionale					Monitoraggio addizionale	
L04AD	Inibitori della calcineurina											
L04AD01	Ciclosporina	os,ev	RNR	A								
L04AD02	Tacrolimus	os,ev	RNR	A		PT	PHT				DPC	
L04AX	Altre sostanze ad azione immunosoppressiva											
L04AX01	Azatioprina	os	RNR	A								
L04AX02	Talidomide	os	RR	H							F. sottoposti a programma di prevenzione della gravidanza (PPP)	
L04AX04	Lenalidomide	os	RR/RNRL/OSP	H				Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale	
L04AX05	Pirfenidone	os	RR/RNRL	H		Registro web-based AIFA						
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL/OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Orphan drug Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale	
L04AX07	Dimetilfumarato	os	RR/RRL	A	65		PHT					
M	SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO											
M01	Farmaci Antinfiammatori ed Antireumatici											
M01A	Farmaci Antinfiammatori/Antireumatici, Non Steroidi											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
M01AB Derivati dell'acido Acetico e sostanze correlate											
M01AB01	Indometacina	os,ev,im,loc	RR	A/C	66				SI		
M01AB05	Diclofenac	os,loc,im	RR	A/C	66				SI		
M01AB14	Proglumetacina	os	RR	A	66						
M01AB15	Ketorolac	os,im,ev	RNR	C							
M01AB51	Indometacina/Caffeina/Proclorperazina	os,ret	RR	C							
M01AB55	Diclofenac Sodico/Misoprostolo	os	RR	A	66						
M01AC Oxicam-Derivati											
M01AC01	Piroxicam	os,im	RR	A	66						
M01AE Derivati dell'acido Propionico											
M01AE01	Ibuprofene	os	OTC/RR	C/A	66						
M01AE02	Naprossene	os	RR	A/C	66						
M01AE03	Ketoprofene	ev,os	RR	A	66						
M01AE12	Oxaprozina	os	RR	A	66						
M01AE53	Ketoprofene/Sucralfato	os	OTC	C							
M01AX Altri Farmaci Antinfiammatori/Antireumatici, Non Steroidei											
M01AX17	Nimesulide	os	RR	A	66						
M01CC Penicillamina e Sostanze Analoghe											
M01CC01	Penicillamina	os	RR	A							
M02 Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari											
M02A Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari											
M02AA Antinfiammatori Non Steroidei per uso Topico											
M02AA05	Benzidamina	loc	SOP	C							
M02AA06	Etofenamato	loc	SOP	C							
M02AA07	Piroxicam	loc	SOP	C							
M02AA12	Naproxene	loc	RR	C							
M02AA15	Diclofenac	loc	RR	C							
M02AC Preparati a base di derivati dell'acido Salicilico											
M02AC	Dietilamina Salicilato/Eparina Sodica	loc	OTC	C							
M02AC	Dietilamina Salicilato/Metile Nicotinato	loc	OTC	C							
M03 Miorilassanti											
M03A Miorilassanti ad azione periferica											
M03AB Derivati Della Colina											
M03AB01	Suxametonio Cloruro	ev	OSP	H							
M03AC Altri Composti Ammonici Quaternari											
M03AC01	Pancuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC03	Vecuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC04	Atracurio Besilato	ev	OSP	H							
M03AC09	Rocuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC10	Mivacurio Cloruro	ev	OSP	H							
M03AC11	CisatracurioBesilato	ev	OSP	C							
M03AX Altri Miorilassanti ad azione periferica											
M03AX01	Tossina botulinica A 150 KDa (100 UI)	im	OSP	H					SI		Monitoraggio addizionale
M03AX01	Tossina botulinica B	im	OSP	H							
M03B Miorilassanti ad azione centrale											
M03BX Altri Miorilassanti ad azione centrale											
M03BX01	Baclofene	os,intratec	OSP	H							
M03BX02	Tizanidina	os	RR	C							
M03C Miorilassanti ad azione diretta											
M03CA Dantrolene e derivati											
M03CA01	Dantrolene Sodico	os,ev	RR/OSP	A/C							
M04 Antigottosi											
M04A Antigottosi											
M04AA Preparati Inibenti la formazione di Acido Urico											
M04AA01	Allopurinolo	os	RR	A							
M04AA04	Febuxostat	os	RR	A	91						
M04AC Preparati senza effetto sul metabolismo dell'Acido Urico											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
M04AC01	Colchicina	os	RR	A							
M05	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa										
M05B	Farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee										
M05BA	Bifosfonati										
M05BA02	Acido Clodronico Sale Disodico	im	RR	A/C	42						
M05BA03	Acido Pamidronico Sale Disodico	ev	RNRL	H							
M05BA04	Acido Alendronico Sale Sodico	os	RR	A	79						
M05BA06	Acido Ibandronico	os,ev	RNRL	A	79		PHT				
M05BA07	Acido risedronico	os	RR	A	79						
M05BA08	Acido Zoledronico Monoidrato	ev	RNRL/OSP	H							
M05BA49	Sodio neridronato	ev	RNRL	H							
M05BB	Bifosfonati, associazioni										
M05BB03	Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo)	os	RR	A	79						
M05BX	Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossea										
M05BX03	Ranelato di stronzio	os	RR	A	79						
M05BX04	Denosumab	sc	RR/RNRL	A/H	79	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
M05BX05	Burosumab	sc	RNL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
M09	Altri Farmaci per le Afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico										
M09A	Altri Farmaci per le Afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico										
M09AB	Enzimi										
M09AB02	Collagenasi di clostridium histolyticum	im	RL/OSP	H							
M09AX	Altri Farmaci per le afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico										
M09AX01	Acido ialuronico Sale Sodico Fraz.Hyalectin	im	RR	C							
M09AX03	Ataluren	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
M09AX07	Nusinersen	intrat	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
M09AX09	Onasemnogene Aeparovvec	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
M09AX10	Risdiplam	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N	SISTEMA NERVOSO										
N01	Anestetici										
N01A	Anestetici Generali										
N01AB	Idrocarburi Alogenati										
N01AB06	Isoflurano	inal	OSP	H							
N01AB07	Desflurano	inal	OSP	H							
N01AB08	Sevoflurane	inal	OSP	H							
N01AF	Barbituri, Non Associati										
N01AF03	Tiopental Sodico	ev	OSP	H							
N01AH	Anestetici Oppioidi										
N01AH01	Fentanil Citrato	ev,loc,os	OSP	H/A							
N01AH02	Alfentanil Cloridrato	ev	OSP	C							
N01AH03	Sufentanil Citrato	ev,epidurale	OSP	C							
N01AH06	Remifentanil Cloridrato	ev	RMR	C							
N01AH51	Fentanil/Droperidolo	im,ev	OSP	H							
N01AX	Altri Anestetici Generali										
N01AX01	Droperidolo	im,ev	OSP	H							
N01AX03	Ketamina	ev	OSP	H							
N01AX10	Propofol	ev	OSP	H							
N01B	Anestetici Locali										
N01BB	Amidi										
N01BB01	Bupivacaina Cloridrato	im,epidurale	RNR	C							
N01BB02	Lidocaina	loc,im	RNR	C							
N01BB03	Mepivacaina Cloridrato	loc,im	RNR/USPL	C							
N01BB04	Prilocaina cloridrato	im	RRL/OSP	C							
N01BB09	Ropivacaina Cloridrato Monoidrato	loc,epidurale	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N01BB10	Levobupivacaina	loc	OSP	C							
N01BB20	Lidocaina/prilocaina	loc	RR	C							
N01BB51	Bupivacaina/Adrenalina	loc	RNR	C							
N01BB52	Lidocaina/tetracaina	loc	RR	C							
N01BB53	Mepivacaina/Adrenalina	loc	RNR	C							
N01B	Altri anestetici locali										
N01BX04	Capsaicina	loc, transder	RRL/OSP	H							
N02	Analgesici										
N02A	Opioidi										
N02AA	Alcaloidi Naturali dell'oppio										
N02AA01	Morfina	os,im,ev	RMR/RNR	A							
N02AA03	Idromorfone cloridrato	os	RNR	A							
N02AA05	Oxicodone cloridrato	os,im,ev	RNR/RMR	A							
N02AA55	Oxicodone/Naloxone	os	RNR	A							
N02AA99	Oxicodone cloridrato/Paracetamolo	os	RNR	A							
N02AB	Derivati della Fenilpiperidina										
N02AB02	Petidina	ev,im	RMR	C							
N02AB03	Fentanil	os,td,inal	RNR	A							
N02AD	Derivati del Benzomorfo										
N02AD01	Pentazocina Lattato	ev,im,sc	RNR	A							
N02AE	Derivati dell'oripavina										
N02AE01	Buprenorfina (Cloridrato)	os,im,ev,td	RMR	A/H							Monitoraggio addizionale
N02AG	Opioidi in Associazione con Antispastici										
N02AG01	Morfina Ed Antispastici	im	RMR	A							
N02AJ	Opioidi in associazione con analgesici non oppioidi										
N02AJ06	Paracetamolo/Codeina Fosfato	os,ret	RNR/RR	C/A							
N02AX	Altri Opioidi										
N02AX02	Tramadol Cloridrato	os,im,ev	RNR	C/A							
N02AX06	Tapentadol	os	RNR	A							
N02AX52	Tramadol/Paracetamolo	os	RNR	C							
N02B	Altri Analgesici ed Antipiretici										
N02BA	Acido Acetilsalicilico e derivati										
N02BA01	Acido Acetilsalicilico	os,im,ev	OTC/RR	C/A							
N02BA51	Acido Acetilsalicilico/Magnesio Idrossido/Algedrato	os	OTC	H							
N02BE	Anilidi										
N02BE01	Paracetamolo	os,ev	RR/SOP/OSP	C							
N02BG	Altri Analgesici ed Antipiretici										
N02BG06	Nefopam Cloridrato	os,ev,im									Farmaci esteri
N02BG08	Ziconotide	ev,intratec	OSP	H							
N02BG10	Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo	inal	RNRL	H							
N02C	Antiemetici										
N02CA	Alcaloidi della Segale Cornuta										
N02CA01	Diidroergotamina Mesilato	ret,os	RR	A							
N02CC	Agonisti Selettivi dei Recettori-5ht1										
N02CC01	Sumatriptan	os	RR	A							
N02CC03	Zolmitriptan	os	RR	A							
N02CC04	Rizatriptan	os	RR	A							
N02CC05	Almotriptan	os	RR	A							
N02CC07	Frovatriptan	os	RR	A							
N02CC49	Eletriptan	os	RR	A							
N02CD	ANTAGONISTI DEL PEPTIDE CORRELATO AL GENE DELLA CALCITONINA										
N02CD01	Erenumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD02	Galcanezumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD03	Fremanezumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N03A	Antiepilettici										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N03AA	Barbiturici e derivati										
N03AA02	Fenobarbital	os,ev	RNR	A							
N03AA03	Primidone	os	RR	A							
N03AA04	Barbexaclone	os	RNR	A							
N03AB	Derivati dell'idantoina										
N03AB02	Fenitoina Sodica	im,ev,os	OSP/RR	H/A							
N03AD	Derivati della Succinimide										
N03AD01	Etosuccimide	os	RR	A							
N03AE	Derivati Benzodiazepinici										
N03AE01	Clonazepam	os	RR	A							
N03AF	Derivati della Carbossamide										
N03AF01	Carbamazepina	os	RR	A							
N03AF02	Oxacarbamazepina	os	RR	A							
N03AF03	Rufinamide	os	RRL	A							
N03AF04	Eslicarbazepina acetato	os	RRL	A		PT	PHT			DPC	
N03AG	Derivati degli Acidi Grassi										
N03AG01	Sodio Valproato	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
N03AG01	Valproato di Magnesio	os	RR	A							
N03AG02	Valpromide	os	RR	A							Monitoraggio addizionale
N03AG04	Vigabatrin	os	RR	A							
N03AG06	Tiagabina	os	RR	A							
N03AX	Altri Antiepilettici										
N03AX	Stiripentolo	os									Farmaci esteri
N03AX09	Lamotrigina	os	RR	A							
N03AX10	Felbamato	os	RRL	A							
N03AX11	Topiramato	os	RR	A							
N03AX12	Gabapentin	os	RR	A	4						
N03AX14	Levetiracetam	os,ev	RR/OSP	A/C							
N03AX15	Zonisamide	os	RR	A							
N03AX16	Pregabalin	os	RR	A	4						
N03AX18	Lacosamide	ev,os	RR	A							
N03AX21	Retigabina	os	RR	A							
N03AX22	Perampnel	os	RR	A		PT	PHT			DPC	
N03AX23	Brivaracetam	os	RR	A		PT	PHT			DPC	
N03AX24	Cannabidiolo	os	RNRL	A		PT	PHT				Orphandrug
N03AX25	Cenobamato	os	RR	A			PHT				Monitoraggio addizionale
N04	Antiparkinsoniani										
N04A	Sostanze Anticolinergiche										
N04AA	Amine Terziarie										
N04AA01	Triesifenidile Cloridrato	os	RR	A							
N04AA02	Biperidene Cloridrato	os	RR	A							
N04AA02	Biperidene Lattato	os	RR	A							
N04AA03	Metixene Cloridrato	os	RR	A							
N04AA11	Bornaprina Cloridrato	os	RR	A							
N04AB	Eteri Chimicamente correlati agli Antistaminici										
N04AB02	Orfenadrina Cloridrato	os	RR	A							
N04B	Sostanze Dopaminergiche										
N04BA	Dopa e suoi derivati										
N04BA02	Levodopa/Carbidopa	os,gelintest	RR/RRL	A/H							
N04BA03	Levodopa/Carbidopa/Entacapone	os	RR	A		PT	PHT				
N04BA05	Melevodopa/Carbidopa	os	RR	A							
N04BB	Derivati dell'adamantano										
N04BB01	Amantadina Cloridrato	os	RR	C							
N04BC	Agonisti della Dopamina										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N04BC01	Bromocriptina Mesilato	os	RR	A							
N04BC02	Pergolide	os	RR	A							
N04BC03	Diidroergocriptina Mesilato	os	RR	C							
N04BC04	Ropinirolo	os	RR	A							
N04BC05	Pramipexolo	os	RR	A							
N04BC06	Cabergolina	os	RNL/RNR	A/C		PT					
N04BC07	Apomorfina Cloridrato	sc	RNRL	H							
N04BC09	Rotigotina	td	RR	A							
N04BD	Inibitori della Monoaminoossidasi di Tipo B										
N04BD01	Selegilina	os,im	RR	C							
N04BD02	Rasagilina mesilato	os	RR	A		PT					
N04BX	Altre Sostanze Dopaminergiche										
N04BX01	Tolcapone	os	RR	A		PT	PHT				DPC
N04BX02	Entacapone	os	RR	A		PT	PHT				DPC
N04BX04	Opicapone	os	RR	A		PT	PHT				DPC
N05	Psicoletici										
N05A	Antipsicotici										
N05AA	Fenotiazine con catena laterale alifatica										
N05AA01	Clorpromazina Cloridrato	os,ev	RR/RNR	A							
N05AA02	Levomepromazina Maleato	os	RR	A							
N05AA03	Promazina	os,im,ev	RR/RNR	C							
N05AB	Fenotiazine con Struttura Piperazinica										
N05AB02	Flufenazina Decanoato	im	RNR	A							
N05AD	Derivati del Butirrofenone										
N05AD01	Aloperidolo	os,ev,im	RR/RNR/OSP	A/H							
N05AE	Derivati dell'Indolo										
N05AE04	Ziprasidone Cloridrato	os	RR	A			PHT				
N05AE05	Lurasidone	os	RR	A			PHT				DPC
N05AF	Derivati del Tioxantene										
N05AF05	Zuclopentixolo	os,im	RNR/RR	A/C							
N05AG	Derivati della Difenbutilpiperidina										
N05AG02	Pimozide	os	RR	A							
N05AH	Diazepine, Ossazepine e Tiazepine										
N05AH01	Loxapina	inal	OSP	H		PT					
N05AH02	Clozapina	os	RNRL	A		PT	PHT				DPC
N05AH03	Olanzapina	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT				DPC
N05AH04	Quetiapina (fumarato)	os	RR	A		PT	PHT				DPC
N05AH05	Asenapina	os	RR	A			PHT				DPC
N05AH06	Clotiapina	os,ev,im	RR	A/C							
N05AL	Benzamidi										
N05AL01	Sulpiride	os,im	RR	A/C							
N05AL02	Sultopride Cloridrato	os	OSP	H							
N05AL03	Tiapride Cloridrato	os,im	RR	A/C							
N05AL05	Amisulpride	os	RR	A							
N05AL49	Levosulpiride	os,ev,im	RR	A/C							
N05AN	Litio										
N05AN01	Litio Carbonato	os	RR	A							
N05AX	Altri Antipsicotici										
N05AX08	Risperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT				DPC
N05AX12	Aripiprazolo	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT				DPC
N05AX13	Paliperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT				DPC
N05AX15	Cariprazina Cloridrato	os	RR	A			PHT				DPC
N05AX16	Brexpiprazolo	Os	RR	A			PHT				Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05B	Ansiolitici										
N05BA	Derivati Benzodiazepinici										
N05BA49	Delorazepam (ad az. lunga)	os, ev	RR	C							
N05BA01	Diazepam (ad az. lunga)	os, ev, im	RR/RNR	C							
N05BA02	Clordiazepossido Cloridrato (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA06	Lorazepam (ad azinterm)	os, im	RR/OSP	C/H							
N05BA08	Bromazepam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA09	Clobazam (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA10	Ketazolam (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA11	Prazepam (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA12	Alprazolam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA19	Etizolam	os	RR	C							
N05BB	Derivati del Difenilmetano										
N05BB01	Idroxizima Dicloridrato	im	RR	C							
N05BE	Ansiolitici derivati dall'azaspirodecandione										
N05BE01	Buspirone	os	RR	C							
N05C	Ipnatici e Sedativi										
N05CD	Derivati Benzodiazepinici										
N05CD01	Flurazepam Dicloridrato/Monocloridrato	os	RR	C							
N05CD03	Flunitrazepam	os	RMR	C							
N05CD05	Triazolam	os	RR	C							
N05CD06	Lormetazepam	os	RR	C							
N05CD07	Temazepam	os	RR	C							
N05CD08	Midazolam	ev, im, os	OSP/RRL	C/A	93				SI		
N05CD09	Brotizolam	os	RR	C							
N05CF	Benzodiazepine Analoghi										
N05CF01	Zopiclone	os	RR	C							
N05CF02	Zolpidem Tartrato Acido	os	RR	C							
N05CF03	Zaleplon	os	RR	C							
N05CM	Altri ipnotici e sedativi										
N05CM18	Dexdemetomidina	ev	OSP	C					SI		
N06	Psicoanalitici										
N06A	Antidepressivi										
N06AA	Inibitori non Selettivi della Monoamino-Ricaptazione										
N06AA01	Desipramina	os	RR	A							
N06AA02	Imipramina Cloridrato	os	RR	A							
N06AA04	Clomipramina Cloridrato	os, ev, im	RR	A							
N06AA09	Amitriptilina Cloridrato	os	RR	A							
N06AA10	Nortriptilina	os	RR	A							
N06AB	Inibitori Selettivi della Serotonina-Ricaptazione										
N06AB03	Fluoxetina	os	RR	A							
N06AB04	Citalopram	os, im	RR/OSP	A/H							
N06AB05	Paroxetina	os	RR	A							
N06AB06	Sertralina	os	RR	A							
N06AB08	Fluvoxamina Maleato	os	RR	A							
N06AB10	Escitalopram	os	RR	A							
N06AX	Altri Antidepressivi										
N06AX49	Ademetionina Butandisolfonato	os, im, ev	RR	C							
N06AX03	Mianserina	os	RR	A							
N06AX05	Trazodone	os, im, ev	RR	A							
N06AX11	Mirtazapina	os	RR	A							
N06AX16	Venlafaxina Cloridrato	os	RR	A							
N06AX21	Duloxetina cloridrato	os	RR	A/C	4						
N06AX25	Cenobamato	inal	RMR	H							Monitoraggio addizionale
N06AX26	Vortioxetina bromidrato	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0												
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note	
N06AX27	Esketamina	inal	RMR	H							Monitoraggio addizionale	
N06B Psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi												
N06BA Simpaticomimetici ad azione stimolante												
N06BA04	Metilfenidato (cloridrato)	os	RMR	A		PT web-based AIFA	PHT		SI		Monitoraggio addizionale	
N06BA07	Modafinil	os	RRL	A		PT	PHT			DPC		
N06BA09	Atomoxetina (cloridrato)	os	RNRL	A		PT web-based AIFA	PHT			DPC		
N06BA14	Solriamfetol	os	RRL	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale	
N06BC Derivati xantинici												
N06BC01	Caffeina citrato	os,ev	OSP	C								
N06BX Altri Psicostimolanti e Nootropi												
N06BX06	Citicolina	im	RR	C								
N06BX06	Citicolina Sodica	im,ev	RR	C								
N06BX12	Levoacetilcarnitina	os	RR	C								
N06BX13	Idebenone	os	RR/RRL	A/C		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug Monitoraggio addizionale	
N06BX49	Glicerofosforiletanolamina	os	RR	C								
N06C Psicolettici e Psicoanalitici In Associazione												
N06CA Antidepressivi In Associazione con Psicolettici												
N06CA99	Nortriptilina/Flufenazina	os	RR	C								
N06CA01	Amitriptilina Cloridrato/Clordiazeposido Cloridrato	os	RR	C								
N06CA01	Perfenazina/Amitriptilina	os	RR	C								
N06D Farmaci Anti-Demenza												
N06DA Anticolinesterasici												
N06DA02	Donepezil Cloridrato	os	RRL/RNRL	A	85	PT	PHT			DPC		
N06DA03	Rivastigmina	os,transderm	RRL	A	85	PT	PHT			DPC		
N06DA04	Galantamina (bromidato)	os	RRL	A	85	PT	PHT			DPC		
N06DX01	Memantina (cloridrato)	os	RRL	A	85	PT	PHT			DPC		
N07 Altri Farmaci del Sistema Nervoso												
N07	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale	
N07A Parasimpaticomimetici												
N07AA Anticolinesterasici												
N07AA01	NeostigminaMetilsolfato	im	RR	A								
N07AA02	Piridostigmina Bromuro	os	RR	A								
N07AX Altri parasimpaticomimetici												
N07AX01	Pilocarpina cloridrato	os	RNRL	A			PHT			DPC		
N07B Farmaci usati nei disturbi da disassuefazione												
N07BB Farmaci usati nella dipendenza da Alcool												
N07BB	Metadoxina	os,im	RR	C								
N07BB01	Disulfiram	os	RR	A								
N07BB03	Acamprosato	os	RR	A			PHT			DPC		
N07BB04	Naltrexone Cloridrato	os	RR	A		PT	PHT					
N07BB05	Nalmifene	os	RR	C								
N07BC Farmaci Usati nella dipendenza da Oppioidi												
N07BC01	Buprenorfina Cloridrato	os	OSP	H								
N07BC02	Metadone Cloridrato	os	RMR/OSP	H			PHT					
N07BC04	Lofexidina cloridrato	os	RRL/OSP	C								
N07BC05	Levometadone cloridrato	os	OSP	C								
N07BC51	Buprenorfina/naloxone	os	RMR	A		PT	PHT					
N07C Preparazioni Antivertigine												
N07CA Preparazioni Antivertigine												
N07CA01	Betaistina	os	RR	C								
N07CA02	Cinnarizina	os	RR	C								
N07CA03	Flunarizina Dicloridrato	os	RR	C								
N07X Farmaci del Sistema Nervoso												
N07XX Altri Farmaci del Sistema Nervoso												
N07XX	Edaravone	ev									Farmaci esteri	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N07XX02	Riluzolo	os	RRL	A			PHT				
N07XX04	Sodio oxibato	os	RNRL	C/H							
N07XX05	Amifampridina	os	RRL	C							Monitoraggio addizionale
N07XX06	Tetrabenzina	os	RRL	A							Farmaci malattie rare
N07XX08	Tafamidis	os	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
N07XX12	Patisiran Sodico	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
N07XX15	Inotersen	sc	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI										
P01	Antiprotozoari										
P01A	Sostanze contro l'amebiasi ed altre Afezioni Protozoarie										
P01B	Antimalarici										
P01BF05	Piperachinatetrafosfodiidroartemisinina	os	RR	C							
P01C	Sostanze contro la Leishmaniosi e la Tripanosomiasi										
P02	Antielmintici										
P03	Ectoparassitici, compresi gli antiscabbia, insetticidi e repellenti.										
R	SISTEMA RESPIRATORIO										
R01	Preparati Rinologici										
R01A	Decongestionanti ed altre preparazioni nasali per uso topico										
R01AA	Simpaticomimetici, Non Associati										
R01AA04	Fenilefrina Cloridrato	nas	OTC	C							
R01AD	Corticosteroidi										
R01AD01	Beclometasone	nas	RR	C							
R01AD04	Flunisolide	nas	RR	C							
R01AD09	Mometasone	nas	RR	C							
R03	Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03A	Adrenergici per Aereosol										
R03AC	Agonisti Selettivi dei Recettori Beta-2adrenergici										
R03AC02	Salbutamolo (ad az breve)	inal	RR	A							
R03AC04	Fenoterolo (ad az breve)	inal	RR	A							
R03AC12	Salmeterolo Xinafoato (ad az lunga)	inal	RR	A	99						
R03AC13	Formoterolo (ad az lunga)	inal,os	RR	A							
R03AC18	Indacaterolo	os	RR	A	99						
R03AC19	Olodaterolo	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03AK	Adrenergici ed altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie per Aereosol										
R03AK03	Fenoterolo/Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03AK04	Salbutamolo Solfato/Flunisolide	inal	RR	A							
R03AK06	Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Propionato	inal	RR	A	99						
R03AK07	Budesonide/Formoterolo/Fumarato	inal	RR	A	99						
R03AK08	Formoterolo/beclometasone	inal	RR	A	99						
R03AK10	Fluticasone furoato/vilanterolo	inal	RR	A	99						
R03AK11	Fluticasone propionato/formoterolo fumarato	inal	RR	A							
R03AK13	Beclometasone/Salbutamolo	inal	RR	A							
R03AL	Adrenergici in combinazione con anticolinergici										
R03AL02	Salbutamolo/Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03AL03	Umeclidinio bromuro/Vilanterolo trifrenato	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03AL04	Indacaterolo/glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03AL05	Bromuro di acildinio/formoterolo	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03AL06	Tiotropio/oldaterolo	inal	RRL	A		PT					
R03AL07	Glicopirronio/Formoterolo	inal	RRL	A	99						
R03AL08	Fluticasone/Umeclidinio/Vilanterolo	inal	RRL	A	99	PT					Monitoraggio addizionale
R03AL09	Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro	inal	RRL	A	99						
R03AL11	Glicopirronio/Formoterolo/Budesonide	inal	RRL	A	99		PHT				
R03B	Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03BA	Glicocorticoidi										
R03BA01	Beclometasone	inal	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
R03BA02	Budesonide	inal	RR	A							Orphan drug
R03BA03	Flunisolide	inal	RR	A							
R03BA05	Fluticasone	inal	RR	A							
R03BB	Anticolinergici										
R03BB01	Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03BB02	Oxitropio Bromuro	inal	RR	A							
R03BB04	Tiotropio bromuro cloridrato	inal	RR	A	99						
R03BB05	Acilinio bromuro	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03BB06	Glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99						
R03C	Adrenergici per Uso Sistemico										
R03CA	Agonista dei Recettori Alfa e Beta-Adrenergici										
R03CB	Agonisti Non Selettivi dei Recettori Beta-Adrenergici										
R03CC	Agonisti Selettivi dei Recettori Beta 2-Adrenergici										
R03CC13	Clenbuterolo Cloridrato	os	RR	C							
R03CK	Adrenergici ed altri Farmaci per disturbi ostruttivi alle vie respiratorie										
R03CK	Salbutamolo/Guaifenesina	os	RR	C							
R03D	Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie per Uso Sistemico										
R03DA	Derivati Xantici										
R03DA04	Teofilina Anidra	os,im,ev	RR	A							
R03DA05	Aminofillina	ev	RR	C/A							
R03DA08	Bamifillina Cloridrato	os,ret	RR	C							
R03DA11	Doxofillina	os,ev	RR	C/A							
R03DC	Antagonisti dei Recettori Leucotrieni										
R03DC03	Montelukast	os	RR	A	82						
R03DX05	Omalizumab	sc,ev	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				DPC
R03DX07	Roflumilast	os	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				DPC Monitoraggio addizionale
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A		PT	PHT				
R03DX10	Benralizumab	sc	RRL	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale
R05	Preparati per la tosse e le malattie da Raffreddamento										
R05C	Espettoranti, escluse le Associazioni con Sedativi della tosse										
R05CB	Mucolitici										
R05CB01	Acetilcisteina	im,ev	RR	C							
R05CB02	Bromexina	im,ev	RR	C							
R05CB06	Ambroxolo Cloridrato	inal	SOP	C							
R05CB13	Dornase alfa	inal	RNRL	A			PHT				
R05D	Sedativi della tosse, escluse le Associazioni con Espettoranti										
R05DA	Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati										
R05DA04	Codeina Fosfato (presente in associazione)	ret,os	RNR	C							
R05DA09	Destrometorfano Bromidrato	os	OTC	C							
R05DB	Altri sedativi della Tosse										
R05DB27	Levodropropizina	os	RR	A	31						
R06	Antistaminici per Uso Sistemico										
R06A	Antistaminici per Uso Sistemico										
R06AB	Alchilamine Sostituite										
R06AB04	Clorfenamina Maleato	os,im	RR	C							
R06AB54	Clorfenamina / Efedrina Cloridrato	os	OTC	C							
R06AD	Derivati Fenotiazinici										
R06AD02	Prometazina Cloridrato	im,os	RR	A	89						
R06AE	Derivati Piperazini										
R06AE06	Oxatomide	os	RR	A	89						
R06AE07	Cetirizina Dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AE09	Levocetirizina dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AX	Altri Antistaminici per Uso Sistemico										
R06AX13	Loratadina	os	RR	A	89						
R06AX17	Ketotifenefumarato acido	os	RR	A	89						
R06AX27	Desloratadina	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
R07AA	Surfactanti polmonari										
R07AA02	Poractant alfa	os	OSP	H							
R07AA49	Ambroxolo cloridrato	ev	RR	C							
R07AX	Altri prodotti per il sistema respiratorio										
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			Orphandrug
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
R07AX31	Tezacaftor/ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug Monitoraggio addizionale
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Orphandrug Monitoraggio addizionale
S	ORGANI DI SENSO										
S01	Oftalmologici										
S01A	Antimicrobici										
S01AA	Antibiotici										
S01AA02	Clortetraciclina	loc	RR	C							
S01AA11	Gentamicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA12	Tobramicina	loc	RR	C							
S01AA22	Micronomicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA23	Netilmicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA30	Cloramfenicolo + Colistimetato Di Sodio + Tetraciclina	loc	RR	C							
S01AB	Sulfonamidi										
S01AB04	Sulfacetamide (Sale Sodico)	loc	RR	C							
S01AD	Antivirali										
S01AD01	Idoxuridina	loc	RR	A							
S01AD03	Aciclovir Sodica	loc	RR	A							
S01AX	Altri Antimicrobici										
S01B	Antinfiammatori										
S01BA	Corticosteroidi, Non Associati										
S01BA01	Desametasone	loc,intravitr	RR/RRL	C/H							
S01BA05	Triamcinolone	intravitr	OSP	H							
S01BA07	Fluorometolone	loc	RR	C							
S01BA15	Fluocinolone acetoneide	intravitr	OSP	H		PT					
S01BC	Antinfiammatori Non Steroidei										
S01BC10	Nepafenac	loc	RR	H							
S01C	Antinfiammatori ed Antimicrobici In Associazione										
S01CA	Corticosteroidi ed Antimicrobici In Associazione										
S01CB	Corticosteroidi/Antimicrobici/Simpaticomimetici In Associaz.										
S01CB01	Desametasone	loc	RR	C							
S01E	Preparati Antiglaucoma e Miotici										
S01EA	Simpaticomimetici per la terapia del Glaucoma										
S01EA03	Apraclonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA04	Clonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA05	Brimonidina Tartrato	loc	RR	A							
S01EB	Parasimpaticomimetici										
S01EB01	Pilocarpina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EB08	Aceclidina	loc	RR	A							
S01EB09	Acetilcolina Cloruro	intraocul	OSP	C							
S01EC	Inibitori dell'anidraasi Carbonica										
S01EC01	Acetazolamide	os	RR	A							
S01EC02	Diclofenamide	os,ev	RR	A							
S01EC03	Dorzolamide cloridrato	loc	RR	A							
S01ED	Sostanze Betabloccanti										
S01ED01	Timololo	loc	RR	A							
S01ED03	Levobunololo Cloridrato	loc	RR	A							
S01ED05	Carteololo (Cloridrato)	loc	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01ED06	Befunololo (Cloridrato)	loc	RR	A							
S01ED51	Timololo, associazioni										
S01ED51	Latanoprost/Timololo Maleato	loc	RR	A							
S01ED51	Dorzolamide Cloridrato/Timololo Maleato	loc	RR	A							
S01EE	Analoghi delle prostaglandine										
S01EE05	Tafuprost	loc	RR	A							
S01EX	Altri Preparati Antiglaucoma										
S01EX02	Dapiprazolo Cloridrato	loc	RR	C							
S01EX01	Latanoprost	loc	RR	A							
S01F	Midriatici e Cicloplegici										
S01FA	Anticolinergici										
S01FA01	Atropina Solfato	loc	RR	C							
S01FA04	Ciclopentolato Cloridrato	loc	RR	C							
S01FA06	Tropicamide	loc	RR	C							
S01FA56	Tropicamide/Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB	Simpaticomimetici, esclusi I Preparati Antiglaucoma										
S01FB01	Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB03	Ibopamina	loc	RR	C							
S01G	Decongestionanti ed Antiallergici										
S01GX	Altri Antiallergici										
S01GX03	Acido Spaglumico	loc	RR	C							
S01H	Anestetici Locali										
S01HA	Anestetici Locali										
S01HA02	Oxibuprocaina Cloridrato	loc	RR/RNL	C							
S01HA07	Lidocaina	loc	OSP	C							
S01J	Diagnostici										
S01JA	Sostanze coloranti										
S01JA01	Sodio fluoresceinato	loc	USPL	H					SI		
S01LA	Sostanze antineovascolarizzazione										
S01LA01	Verteporfina	ev	OSP	H							
S01LA03	Pegaptanib sodico	intravitr	OSP	H							
S01LA04	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					
S01LA05	Aflibercept	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					
S01LA06	Brolucizumab	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					Monitoraggio addizionale
S01X	Altri Oftalmologici										
S01XA	Altri Oftalmologici										
S01XA	Cenegermin	loc	RNRL	H							
S01XA14	Eparina	loc	RR	C							
S01XA18	Ciclosporina	loc	RRL	A		PT	PHT				Orphandrug
S01XA19	Cellule epiteliali corneali umane autologhe	imp. sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					
S01XA20	Lacrime Artificiali ed Altri Preparati Indifferenti	loc	RR	C							
S01XA22	Ocriplasma	intravitr	OSP	H							
S01XA27	Voretigenene neparovec	loc	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug Monitoraggio addizionale
S02	Otologici										
S03	Preparati Oftalmologici ed Otologici										
S03C	Corticosteroidi ed Antimicrobici In Associazione										
V	VARI										
V01	Allergeni										
V01A	Allergeni										
V01AA	Estratti allergeni										
V01AA02	Polline	os	RRL	A		PT	PHT			DPC	
V03	Tutti gli altri prodotti terapeutici										
V03A	Tutti gli altri prodotti terapeutici										
V03AB	Antidoti										
V03AB35	Sugammadex	ev	OSP	H							
V03AB37	Idarucizumab	ev	OSP	H							
V03AC	Sostanze Chelanti Del Ferro										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 0											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
V03AC01	Deferoxamina Mesilato	im,ev,sc	RR	A		PT	PHT				
V03AC02	Deferiprone	os	RNRL	A		PT	PHT				
V03AC03	Deferasirox	os	RNRL	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale
V03AE	Farmaci per il trattamento dell'iperkalemia ed Iperfosfatemia										
V03AE01	Sodio Polistiren Solfonato	os	RR	A							
V03AE02	Sevelamer	os	RR	A		PT	PHT				
V03AE03	Lantanio carbonato idrato	os	RR	A		PT	PHT			DPC	
V03AE04	Calcio acetato/Magnesio carbonato	os	RR	A							
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	os	RRL	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale
V03AF	Sostanze disintossicanti per trattamenti Citostatici										
V03AF01	Mesna	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	
V03AF02	Dexrazoxano Cloridrato	ev	OSP	H							
V03AF03	Calcio Folinato	im,ev,os	RR	A/C	11						
V03AF04	Calcio Levofolinato	im	RR	C			PHT				
V03AF05	Amifostina	ev	OSP	H							
V03AF07	Rasburicase	im	RR	C							
V03AF08	Palifermina	ev	OSP	H							
V03AH	Farmaci per il Trattamento dell'ipoglicemia										
V03AH01	Diazossido	os	RRL	A							
V03AN	Gas per uso medico										
V03AN01	Protossido d'azoto e ossigeno	inal	USPL	C							
V03AZ	Deprimenti del sistema nervoso										
V03AZ01	Etanolo (soluzione 50%)	os		gal							
V04	Diagnostici										
V04C	Altri diagnostici										
V04CD	Test di funzionalità ipofisaria										
V04CD01	Metirapone	os	RNRL	A			PHT				
V04CI	Test per la funzionalità tiroidea										
V04CI01	Tirotropina alfa	im	OSP	H					SI		
V07	Tutti gli altri prodotti non Terapeutici										
V07A	Tutti gli altri prodotti non Terapeutici										
V07AB	Solventi e Diluenti, comprese le Soluzioni Detergenti										
V07AB	Acqua Per Preparazioni Iniettabili FU	ev	OSP	A/C							
V07AC	Prodotti ausiliari per la trasfusione del sangue										
V07AY	Altri prodotti ausiliari non terapeutici										
V08	Mezzi di Contrasto										
V09	Radiofarmaci diagnostici										
V10	Radiofarmaci terapeutici										
V10B	Palliativi del dolore (agenti osteofili)										
V10BX	Radiofarmaci palliativi del dolore vari										
V10BX01	Stronzio Cloruro (89sr)	ev	OSP	H							
V10BX02	Samario 153SM leixidronpentasodico	ev	OSP	H							
V10X	ALTRI RADIOFARMACI TERAPEUTICI										
V10XX	RADIOFARMACI TERAPEUTICI VARI										
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano	ev	OSP	H							
V10XX03	Radio dicloruro	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
V10XX04	Lutezio-177LU-Oxodotreotide	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug