

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022

ATC	Principio Attivo	Specialità Medicinale	Via di Somministrazione	Classe di Appartenenza/Centri Prescrittori	Indicazioni e Limitazioni D'Uso	Note
FARMACI AD ACCESSO DIRETTO						
L04AA54	pegcetacoplan	ASPAVELI	sc	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Ematologia di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)	Trattamento di pazienti adulti con emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che rimangono anemici dopo trattamento con un inibitore di C5 per almeno TRE mesi	Farmaco per malattia rara Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività condizionata Nota Prot. n. 396863 del 09.09.2022
L03AB15	ropeginterferone alfa-2b	BESREMI	sc	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Ematologia di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)	Trattamento della policitemia vera senza splenomegalia sintomatica, in monoterapia nei pazienti adulti.	Farmaco per malattia rara Nota Prot. n. 369293 del 12.08.2022
L01XC19	blinatumomab	BLINCYTO	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Ematologia e Oncoematologia di Hub (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti pediatrici di età pari o superior a 1 anno con LLA da precursori delle cellule B in prima recidiva ad alto rischio, positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia, come parte della terapia di consolidamento.	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività piena Nota prot. n. 427112 del 28.09.2022

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022

A16AX12	trientina tetracloridrato	CUPRIOR	os	A-PHT / RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Medicina Interna, Pediatria, Epatologia, Neurologia di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)	Indicato per il trattamento del morbo di Wilson in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 5 anni intolleranti alla terapia con D-penicillamina	Farmaco A-PHT Farmaco per malattia rara Nota prot. n. 427043 del 28.09.2022
L04AC19	satralizumab	ENSPRYNG	sc	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	In monoterapia o in associazione a terapia immunosoppressiva (TIS), per il trattamento dei disturbi dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD), in pazienti adulti e adolescenti a partire dai dodici anni di età con sieropositività per le IgG antiacquaporina- 4 (AQP4-IgG)	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 427055 del 28.09.2022
N03AX24	cannabidiolo	EPIDYOLEX	os	A-PHT / RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	Indicato come terapia aggiuntiva per le crisi epilettiche associate a sclerosi tuberosa complessa (TSC) nei pazienti a partire da due anni di età	Farmaco A-PHT Farmaco per malattia rara <u>Nota prot. n. 414763 del 21.09.2022</u>
M05BX06	romosozumab	EVENITY	sc	A-PHT / RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Medicina Interna, Reumatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Geriatria, Ortopedia, Fisiatria e Nefrologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Indicato per il trattamento dell'osteoporosi severa in donne in post-menopausa ad alto rischio di frattura	Farmaco A-PHT Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota prot. n. 414737 del 21.09.2022</u> Nota AIFA 79

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022**TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022**

N03AX26	fenfluramina	FINTEPLA	os	A-PHT / RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	Trattamento di crisi epilettiche associate alla sindrome di Dravet come terapia aggiuntiva ad altri medicinali antiepilettici per pazienti di età pari o superiore ai 2 anni	Farmaco A-PHT Farmaco per malattia rara Innovatività condizionata <u>Nota prot. n. 396612 del 09/09/2022</u>
L01FF07	dostarlimab	JEMPERLI	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulte affette da carcinoma endometriale avanzato o ricorrente, con deficit del sistema di Mismatch Repair (dMMR)/elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H), progredito durante o dopo un precedente trattamento con un regime a base di platino	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota prot. n. 414665 del 21.09.2022</u>
L01FF02	Pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	In monoterapia nel trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 3 anni affetti da linfoma di Hodgkin classico recidivato o refrattario che abbiano fallito il trattamento con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) o a seguito di almeno due precedenti terapie quando ASCT non è un'opzione di trattamento.	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività condizionata <u>Nota prot. n. 427174 del 28.09.2022</u>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022**TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022**

L01XC33	cemiplimab	LIBTAYO	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia e Dermatologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma basocellulare localmente avanzato o metastatico (laBCC o mBCC) la cui malattia è progredita o che sono intolleranti a un inibitore del pathway di Hedgehog (HHI)	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota prot. n. 396882 del 09.09.2022</u>
L01XC33	cemiplimab	LIBTAYO	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Indicato in monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) con espressione di PD-L1 (in ≥50% delle cellule tumorali), senza aberrazioni EGFR, ALK o ROS1, che presentano: NSCLC localmente avanzato e non sono candidati per la chemioradioterapia definitiva, oppure NSCLC metastatico	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota prot. n. 396882 del 09.09.2022</u>
L01FF01 L01FX04	nivolumab ipilimumab	OPDIVO + YERVOY	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	In associazione sono indicati per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività piena <u>Nota prot. n. 427165 del 28.09.2022</u>
N07XX11	pitolisant	OZAWADE	os	A-PHT / RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	Indicato per migliorare lo stato di veglia e ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna (excessive daytime sleepiness, EDS) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva nel sonno (obstructive sleep apnea, OSA) nei quali l'EDS non è stata trattata in modo soddisfacente dalla terapia primaria per l'OSA, ad esempio la pressione continua positiva delle vie aeree (continuous positive airway pressure, CPAP) o nei quali	Farmaco A-PHT <u>Nota prot. n. 396643 del 09.09.2022</u> Piano Terapeutico AIFA cartaceo

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022**TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022**

					tale terapia non sia stata tollerata.	
LO1XY02	pertuzumab/trastuzumab	PHESGO	sc	H-OSP Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	In associazione con chemioterapia nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva; In associazione con docetaxel in pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, metastatico o localmente recidivato non operabile, non trattati in precedenza con terapia anti- HER2 o chemioterapia per la malattia metastatica	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota prot. n. 414628 del 21.09.2022</u>
A16AA04	mercaptamina bitartrato	PROCYSBI	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Nefrologia e Pediatria di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)	Trattamento della cistinosi nefropatica manifesta. La cisteamina riduce l'accumulo della cistina in alcune cellule (ad esempio leucociti e cellule muscolari ed epatiche) di pazienti con cistinosi nefropatica e, se il trattamento è iniziato precocemente, ritarda la comparsa dell'insufficienza renale	Farmaco per malattia rara <u>Nota Prot. n. 396848 del 09.09.2022</u>
J05AG05	rilpivirina	REKAMBYS	ev	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke	Indicato in associazione con cabotegravir iniettabile, per il trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1) negli adulti in soppressione virologica (HIV-1 RNA <50 copie/mL) e in regime antiretrovirale stabile senza evidenza presente o passata di resistenza virale ad agenti della classe degli NNRTI e degli INI e senza precedenti fallimenti virologici con gli stessi	Farmaco per malattia HIV <u>Nota Prot n. 369250 del 12.08.2022</u>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022**TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022**

L01EX22	selpercatinib	RETSEVMO	os	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato RET fusione-positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino; Cancro della tiroide avanzato RET fusione-positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con sorafenib e/o lenvatinib;	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota Prot. n. 396890 del 09.09.2022</u>
L01XK04	Rucaparib	RUBRACA	os	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Indicato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con recidiva platino sensibile di carcinoma ovarico epiteliale ad alto grado, delle tube di Falloppio o peritoneale primario, in risposta (risposta completa o parziale) dopo chemioterapia a base di platino	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA <u>Nota prot. n. 397022 del 09.09.2022</u>
J05AX29	fostemsavir	RUKOBIA	os	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke	Indicato in associazione con altri antiretrovirali, per il trattamento di adulti con infezione da HIV-1 resistente a molti farmaci, per i quali non è altrimenti possibile stabilire un regime antivirale soppressivo	Farmaco per malattia HIV <u>Nota Prot. n. 369263 del 12.08.2022</u>
L04AA25	eculizumab	SOLIRIS	ev	H-OSP Centri prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	Trattamento di adulti affetti da disturbo dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD) in pazienti positivi agli anticorpi anti-acquaporina 4 (AQP4) con decorso recidivante della malattia	F. già presente in PTR Estensione di indicazione Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività piena <u>Nota prot. n. 427142 del 28.09.2022</u>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022

L04AA25	eculizumab	SOLIRIS	ev	H-OSP UU.OO. Neurologia di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)	Trattamento di pazienti adulti affetti da miastenia gravis generalizzata refrattaria (MGg) in pazienti positivi agli anticorpi anti recettore dell'acetilcolina (AChR)	F. già presente in PTR Estensione di indicazione Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività condizionata Farmaco per malattia rara <u>Nota prot. n. 427142 del 28.09.2022</u>
L01EB04	osimertinib	TAGRISSO	os	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Indicato in monoterapia per il trattamento adiuvante dopo resezione completa del tumore in pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio IB-IIIa il cui tumore presenta delezioni dell'esone 19 o mutazione sostitutiva dell'esone 21 (L858R) del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR)	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività piena <u>Nota prot. n. 414693 del 21.09.2022</u>
B02BX09	fostamatinib	TAVLESSE	os	H-RRL Centri prescrittori: UU.OO. Ematologia di Hub (Rete Regionale Malattie Rare)	Trattamento della trombocitopenia immune (immune thrombocytopenia, ITP) cronica in pazienti adulti refrattari a trattamenti di prima linea quali corticosteroidi e immunoglobuline in vena e refrattari o che presentino controindicazioni ad almeno uno tra tpora e rituximab	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Farmaco per malattia rara <u>Nota prot. n. 414711 del 21.09.2022</u>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022**TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022**

L01FX17	sacituzumab govitecan	TRODELVY	ev	H-OSP Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella triplo negativo metastatico o non resecabile (metastatic triple-negative breast cancer, mTNBC) che abbiano ricevuto in precedenza almeno due terapie sistemiche, almeno una delle quali per la malattia avanzata	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività piena <u>Nota Prot n. 369244 del 12.08.2022</u>
J05AJ04	cabotegravir	VOCABRIA	os, ev	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke	Uso orale: “in associazione con rilpivirina compresse, per il trattamento a breve termine dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1) negli adulti in soppressione virologica (HIV-1 RNA <50 copie/mL) con un regime antiretrovirale stabile, senza evidenza presente o passata di resistenza virale e di precedente fallimento virologico agli agenti della classe degli NNRTI e degli INI per: la fase di induzione orale, atta a determinare la tollerabilità di Vocabria e rilpivirina prima della somministrazione della formulazione iniettabile, a lunga durata d'azione, di cabotegravir e rilpivirina; la terapia orale per coloro che non possono presentarsi alla visita pianificata per l'iniezione di cabotegravir e rilpivirina” Uso intramuscolare: “in associazione con rilpivirina iniettabile, per il trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo1 (HIV-1) negli adulti in soppressione virologica (HIV-1 RNA <50 copie/mL) con un regime antiretrovirale stabile, senza evidenza presente o passata di resistenza virale e di precedente fallimento virologico agli agenti della classe degli NNRTI e degli INI”	Farmaco per malattia HIV <u>Nota Prot. n. 369280 del 12.08.2022</u>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022

NUOVI FARMACI						
D11AH07	Tralokinumab	ADTRALZA	sc	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Dermatologia di Hub e Spoke	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in adulti che sono candidati alla terapia sistemica Determina AIFA n. 537/2022 del 26 luglio 2022, pubblicata in GU n. 181 del 04/08/2022	Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ospedaliera)
ESTENSIONE DI INDICAZIONE						
L04AA44	Upadacitinib	RINVOQ	os	H-RNRL Centri prescrittori: come da DCA 164/2018	Nuova indicazione rimborsata: Trattamento della spondilite anchilosante attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale e che hanno fallito il trattamento con almeno due farmaci biologici Determina AIFA n. 545/2022 del 3 agosto 2022, pubblicata in GU n. 185 del 09/08/2022	Allegato 2 DCA
L02BB04	Enzalutamide	XTANDI	os	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia e Urologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Nuova indicazione rimborsata: Trattamento di uomini adulti con cancro della prostata metastatico ormono-sensibile (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC) in associazione con terapia di deprivazione androgenica. Determina AIFA n. del 23 maggio 2022, pubblicata in GU n. 128 del 3/06/2022	

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022**TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022**

L02BB04	Enzalutamide	XTANDI	os	H-RNRL Centri prescrittori: UU.OO. Oncologia e Urologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	Nuova indicazione rimborsata: Trattamento di uomini adulti con cancro della prostata non metastatico ad alto rischio resistente alla castrazione (castration resistant prostate cancer, CRPC) Determina AIFA n. 1176/2021 del 7 ottobre 2021, pubblicata in GU n. 248 del 16/10/2021	
---------	--------------	---------------	----	--	--	--

Aggiornamento Centri Prescrittori e Varie:

ADAKVEO (Crizanlizumab) ATC B06AX01: Classe H/OSP. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 70/2022).

Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "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" le **UU.OO. Ematologia, Pediatria e Centri Emostasi e Trombosi degli Hub (Rete Regionale Malattie Rare)**.

ENTRESTO (Sacubitril/Valsartan) ATC C09DX04: Classe A-PHT/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 88/2017). **Integrazione centri prescrittori.**

Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta" le UU.OO. di Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria di Hub e Spoke.

Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati gli **ambulatori e strutture sanitarie territoriali delle ASP**.

FASENRA (Benralizumab): ATC R03DX10 - **NUCALA (mepolizumab):** ATC R03DX09 - **XOLAIR (omalizumab):** ATC R03DX05 - Classe A/RRL. Farmaci già presenti in PTR (DCA n. 164/2018). **Integrazione centri prescrittori.**

Viene aggiunta ai centri prescrittori già abilitati, per l'indicazione Asma grave, la **U.O. Medicina Interna, Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena -ASP Reggio Calabria**.

REBLOZYL (Luspatercept) ATC B03XA06: Classe A/RNRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 70/2022). **Integrazione centri prescrittori.**

Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "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. Trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione dipendente, associata a beta-talassemia." le UU.OO. Oncologia ed Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102 del 21 luglio 2020 – Aggiornamento Rete Ematologica Regionale)

Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati la **U.O.C. Ematologia - Centro Emostasi e Trombosi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza**.

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 147 del 03.11.2022

TABELLA SINTETICA –Seduta del 29.09.2022

REMSIMA SC (Infliximab) : ATC L04AB02. Classe H/RRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). **Nuova formulazione.**

Remsima 120 mg soluzione iniettabile in siringa preriempita - Ogni siringa preriempita monodose da 1 mL contiene 120 mg di infliximab.

Remsima 120 mg soluzione iniettabile in penna preriempita - Ogni penna preriempita monodose da 1 mL contiene 120 mg di infliximab.

SIKLOS (Idrossiurea) ATC L01XX05: Classe C-RNRL.Farmaco già presente in PTR (DCA n. 88/2017). **Rettifica centri prescrittori.**

Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "Indicato per la prevenzione delle crisi dolorose vaso-occlusive ricorrenti inclusa la sindrome acuta toracica in pazienti adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 2 anni affetti da anemia falciforme sintomatica" le **UU.OO. Ematologia, Pediatria degli Hub (Rete Regionale Malattie Rare).**

Aggiornamento tabelle 2 e 3 DCA 118/2015 (Allegato 2 del DCA n. 147 del 03.11.2022).

Aggiornamento Schede cartacee per la prescrizione farmaci biologici per area reumatologica, dermatologica, gastroenterologica (Allegato 2 del DCA n. n. 147 del 03.11.2022).

Burc n. 248 del 7 Novembre 2022

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILART RIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ARTRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA 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 monoterapia) 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 monoterapia) 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 (malattia di Still)	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. 248 del 7 Novembre 2022

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILART RIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA 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 monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	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 monoterapia)	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

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRO RE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ARTRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTERITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCHIE	IDROSADENITE 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 (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	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	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	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	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	• 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
Etanercept L04AB01 SC	• 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	• 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	• 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 SC	• 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	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia
Brodalumab L04AC12 SC	• Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Canakimumab L04AC08 SC	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Centri Malattie Rare
Guselkumab L04AC16 SC	• 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	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Risankizumab L04AC EV	• Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Sarilumab L04AC14 SC	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia
Secukinumab L04AC10 SC	• 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	• Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Tocilizumab L04AC07 EV e SC	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia
Ustekinumab L04AC05 SC	• 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	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia
Apremilast L04AA32 OS	• 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	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Filgotinib L04AA45 OS	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Tofacitinib	

L04AA29 OS	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
Upadacitinib L04AA44 OS	• 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	• Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
ANTICORPI MONOCLONALI	
Rituximab L01XC02 EV	• Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Rituximab biosimilare L01XC02 EV	• 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

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

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

Cognome: _____ Nome: _____
 Codice Fiscale _____ Sesso: M ☐ F ☐ ☐ Estero
 Luogo di nascita _____ Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
 ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

- ☐ **Artrite Reumatoide (AR)** ☐ Artrite Reumatoide sierio-positiva ☐ Artrite Reumatoide sierio-negativa
☐ **Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica**
☐ **Artrite Psoriasica (AP)**
☐ **Spondilite Anchilosante (SA)**
☐ **Artrite Gottosa**

Anno esordio malattia: _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? ☐ si ☐ 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: ☐ si ☐ no
- Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: ☐ si ☐ no ☐ non valutata
- Manifestazioni extra-articolari ☐ si ☐ no
- Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□ Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

PRECEDENTI TERAPIE:☐ MTX: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*? ☐ sì ☐ no

Se no motivare: _____

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci? ☐ sì ☐ 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: per mesi ☐
☐ Altri DMARDs: ☐ Sulfasalazina ☐ Ciclosporina ☐ Idrossiclorochina ☐ Altro _____
 Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) ☐. ☐
REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

- **Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasiaca 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 ≥ 5 mg/die PN equivalente
oppure

DAS 28 > 3.2 in paziente ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Se NO giustificare* _____

- **Spondiloartriti**

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

Se NO giustificare* _____

* 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 MTX? ☐ sì ☐ no**PRIMA PRESCRIZIONE:**

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®, Idacio®)	_____ mg ogni _____ gg	

☐	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	
☐	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	
☐	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
☐	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
☐	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
☐	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
☐	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusione ev/sc ogni _____ gg	
☐	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

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

ALLEGATO A-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)

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

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale : _____ Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

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) □□□□

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? ☐ si ☐ 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: ☐ si ☐ no
- Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: ☐ si ☐ no ☐ non valutata
- Manifestazioni extra-articolari ☐ si ☐ no
- Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□ Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- 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 complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) ☐☐☐

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®, Idacio®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	
☐	Apremilast (Otezla®)***	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	
☐	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

☐	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
☐	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
☐	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
☐	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusione ev/sc ogni _____ gg	
☐	Tofacitinib (Xeljanz®)***	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Upadacitinib (Rinvoq®)***	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

***** IMPORTANTE!!** Per la prescrizione dei farmaci: Apremilast (Otezla®) - Tofacitinib (Xeljanz®) - Upadacitinib (Rinvoq®)] per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco Upadacitinib (Rinvoq®)] per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

☐ ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARD sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

☐ ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti _____

*specificare la seguente causa di fallimento:

☐ inefficacia primaria ☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ _____ comparsa _____ di _____ eventi _____ avversi

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

☐ altro _____

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

☐ switch verso altro farmaco biologico

☐ switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio

☐ sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§)

§§ **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

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

☐ inefficacia primaria ☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ comparsa di eventi avversi _____
(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

☐ Remissione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®, Idacio®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	
☐	Apremilast (Otezla®)***	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	
☐	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
☐	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

☐	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
☐	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
☐	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
☐	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusione ev/sc ogni _____ gg	
☐	Tofacitinib (Xeljanz®)***	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Upadacitinib (Rinvoq®)***	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

***** IMPORTANTE!!** Per la prescrizione dei farmaci: Apremilast (Otezla®) - Tofacitinib (Xeljanz®) - Upadacitinib (Rinvoq®)] per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco Upadacitinib (Rinvoq®)] per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

☐ ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARD sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

☐ ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti _____

*specificare la seguente causa di fallimento:

☐ inefficacia primaria ☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ _____ comparsa _____ di _____ eventi _____ avversi

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

☐ altro _____

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**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

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

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

Cognome: _____ Nome: _____
 Codice Fiscale _____ Sesso: M ☐ F ☐ ☐ Estero
 Luogo di nascita _____ Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
 ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

☐ **Psoriasi a Placche** ☐ Paziente Adulto ☐ Paziente Pediatrico

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

PRECEDENTI TERAPIE:

☐ MTX:

Terapia interrotta o non effettuata per: ☐ Intolleranza/Tossicità ☐ Inefficacia ☐ Controindicazioni
☐ Co-morbidità ☐ Altro _____

☐ Ciclosporina:

Terapia interrotta o non effettuata per: ☐ Intolleranza/Tossicità ☐ Inefficacia ☐ Controindicazioni
☐ Co-morbidità ☐ Altro _____

☐ Dimetilfumarato:

Terapia interrotta o non effettuata per: ☐ Intolleranza/Tossicità ☐ Inefficacia ☐ Controindicazioni
☐ Co-morbidità ☐ Altro _____

Psoriasi a Placche: 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 alle rispettive Schede tecniche.

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

Il/la paziente deve presentare:

1. ☐ 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) _____

PASI (Psoriasis Area Secerità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10% e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento/intolleranza/controindicazione delle terapie standard)

Se NO Giustificare: _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Adalimumab (Humira®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Brodalumab (Kyntheum®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____mg ogni _____settimane	
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Guselkumab (Tremfya®)	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Infliximab (Remicade®)	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Ixekizumab (Talz®)	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane	
☐	Risankizumab (Skyrizi®)	_____mg sc ogni _____settimane	
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	_____mg ogni _____settimane	
☐	Tildrakizumab (Ilumetri®)	_____mg sc ogni _____settimane	
☐	Ustekinumab (Stelara®)	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane	

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Psoriasi a Placche***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale : _____ Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:☐ **Psoriasi a Placche** ☐ Paziente Adulto ☐ Paziente PediatricoAnno *Visual Analog Scale* (0-10) giudizio paziente □□

Indice PASI: _____

Indice BSA: _____

PRESCRIZIONE *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)***In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Adalimumab (Humira®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®, Idacio®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Apremilast (Otezla®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Brodalumab (Kyntheum®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____mg ogni _____settimane	
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____mg ogni _____gg	

☐	Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®])	_____mg ogni _____gg	
☐	Guselkumab (Tremfya [®])	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Infliximab (Remicade [®])	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Infliximab biosimilare (Remsima [®] , Inflectra [®] , Flixabi [®])	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Ixekizumab (Talz [®])	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane	
☐	Risankizumab (Skyrizi [®])	_____mg sc ogni _____settimane	
☐	Secukinumab (Cosentyx [®])	_____mg ogni _____settimane	
☐	Tildrakizumab (Ilumetri [®])	_____mg sc ogni _____settimane	
☐	Ustekinumab (Stelara [®])	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane	

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

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

§§ Sospensione o Riduzione della dose: Riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

- ☐ Progressione di malattia ☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia) ☐ Remissione di malattia ☐
 - Decisione del paziente ☐ Gravidanza ☐ Intervento chirurgico ☐ Infezione
 - ☐ Intolleranza al trattamento/Tossicità _____
- (Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)
- ☐ Altro (specificare): _____

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Adalimumab (Humira [®])	_____mg ogni _____gg	
☐	Adalimumab biosimilare (Imraldi [®] , Hyrimoz [®] , Yuflyma [®] , Idacio [®])	_____mg ogni _____gg	
☐	Apremilast (Otezla [®])	_____mg ogni _____gg	

☐			
☐	Brodalumab (Kyntheum®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____mg ogni _____settimane	
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____mg ogni _____gg	
☐	Guselkumab (Tremfya®)	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Infliximab (Remicade®)	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____mg infusione ogni _____settimane	
☐	Ixekizumab (Talz®)	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane	
☐	Risankizumab (Skyrizi®)	_____mg sc ogni _____settimane	
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	_____mg ogni _____settimane	
☐	Tildrakizumab (Ilumetri®)	_____mg sc ogni _____settimane	
☐	Ustekinumab (Stelara®)	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane	

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

**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***PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

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

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M ☐ F ☐ ☐ Estero

Luogo di nascita _____ Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

☐ **Morbo di Crohn** ☐ Paziente Adulto ☐ Paziente Pediatrico

☐ **Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PRECEDENTI TERAPIE:

☐ Cortisone: ☐ MTX: ☐ 6-mercaptopurina: ☐ Aziatropina:

Terapia interrotta o non effettuata per:

☐ Intolleranza/Tossicità ☐ Inefficacia ☐ Controindicazioni ☐ Co-morbidità

☐ Altro _____

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI○ ***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: _____

○ ***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: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° _____

Truelove-Witts Criteria n° _____

20

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

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

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

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale : _____

Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____

Peso (kg) _____

Altezza (cm) _____

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:☐ **Morbo di Crohn** ☐ Paziente Adulto ☐ Paziente Pediatrico☐ **Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° □□

Truelove-Witts Criteria n° □□

PRESCRIZIONE *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)***In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

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

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

- ☐ switch verso altro farmaco biologico
☐ switch verso altro schema posologico
☐ sospensione o riduzione del trattamento

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

- ☐ Progressione di malattia ☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia) ☐ Remissione di malattia ☐
 Decisione del paziente ☐ Gravidanza ☐ Intervento chirurgico ☐ Infezione
☐ Intolleranza al trattamento/Tossicità _____
 (Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)
☐ Altro (specificare): _____

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

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

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



**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 Crotone
	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 nuovi farmaci o di estensioni di indicazioni per farmaci già presenti in PTR, di dispositivi nel RRDM, 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**), mentre le richieste di inserimento dei **farmaci ad accesso diretto**, da parte delle Aziende Farmaceutiche, dovranno essere trasmesse attraverso la compilazione del **Modulo 2**.

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.

Le istanze dovranno essere inviate al Settore n. 3 del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari, all'indirizzo pec: farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it.

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 sottoposti a registro AIFA (Web-Monitoraggio-Appropriatezza Prescrittiva);
- ✓ Farmaci per malattie rare;
- ✓ Farmaci per HIV;

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 istituiti 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

I 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

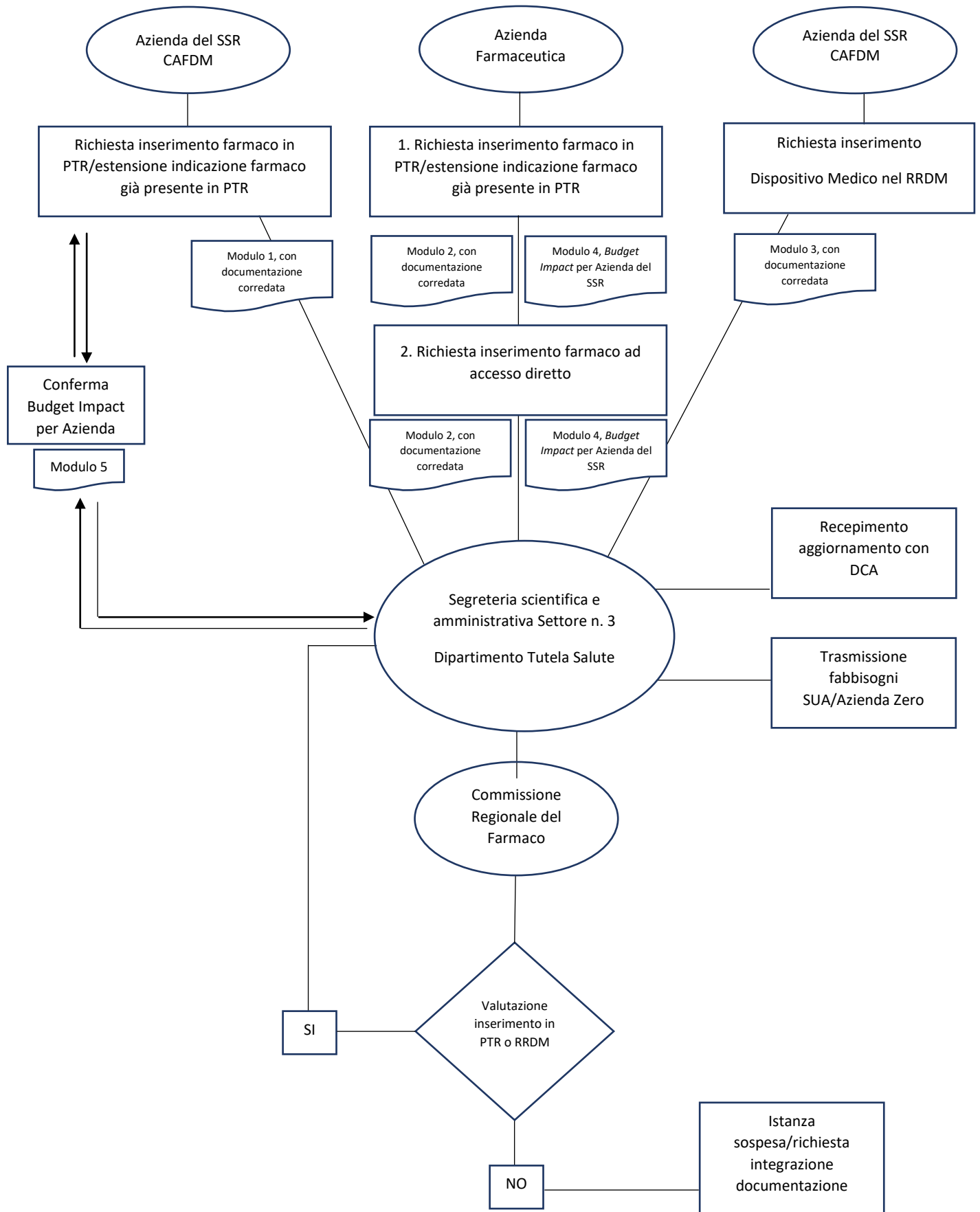
- 2) In caso di **non approvazione** formula parere negativo motivato e lo trasmette al Medico Prescrittore.

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

MODULO 2 - Richiesta inserimento Farmaci - Aziende Farmaceutiche

Alla Commissione Regionale del Farmaco

Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica -
Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco"
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

BUDGET IMPACT MODEL

Barrare una delle tre opzioni	☐	Farmaco di nuovo inserimento in PTR
	☐	Estensione indicazione farmaco già presente in PTR
	☐	Farmaco ad accesso diretto:
	☐ Farmaco innovativo ☐ Farmaco A-PHT ☐ Farmaco sottoposto a Registro di monitoraggio AIFA ☐ Farmaco per malattie rare ☐ Farmaco per HIV	

RICHIESTA INSERIMENTO FARMACO NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

Principio Attivo:			
Nome Commerciale:			
Formulazioni in commercio:	Regime di fornitura:	Classe di rimborsabilità:	Posologia:
Categoria ATC:			
Meccanismo d'azione:			
Indicazione/i terapeutiche autorizzata/e e durata del trattamento per ogni indicazione terapeutica autorizzata:			

Barrare una o più opzioni:	☐ Nuovo principio attivo o nuova associazione di principi attivi ☐ Nuova forma farmaceutica ☐ Nuovo dosaggio ☐ Nuova indicazione terapeutica* ☐ Farmaco ad accesso diretto <i>*Nel caso di nuova indicazione terapeutica riportare le ALTRE indicazioni per cui il farmaco è già inserito nel PTR</i>
Accordo negoziale e/o MEA AIFA e tipologia di accordo:	☐ SI ☐ NO Tipologia MEA: _____
Durata del trattamento per ogni indicazione terapeutica:	
Data approvazione AIFA (riferimento):	

STUDI REGISTRATIVI

Studio Registrativo:			
Tipo di studio: ☐ Fase II randomizzato ☐ Fase III randomizzato ☐	Comparator:	Disegno dello studio: ☐ di superiorità ☐ di equivalenza ☐ di non inferiorità ☐	Campione arruolato:
Referenze bibliografiche: 			

EFFICACIA E SICUREZZA

Aspetti relativi a efficacia e sicurezza	
Indicare gli studi clinici a sostegno dell'efficacia e della sicurezza del farmaco, riportando i riferimenti bibliografici:	
Indicare i dati di farmacovigilanza disponibili sul farmaco, sintesi delle evidenze, riportando i riferimenti bibliografici:	

PATOLOGIA E RUOLO DEL FARMACO

Inquadramento della patologia (<i>Burden of disease</i>):	
Ruolo del farmaco nella condizione morbosa considerata	☐ Farmaco più efficiente e/o più sicuro per una condizione morbosa per la quale esiste già una terapia adeguata; ☐ Farmaco più maneggevole o che consente una migliore compliance per una condizione morbosa per la quale esiste già una terapia adeguata; ☐ Farmaco per una condizione morbosa che non ha ancora una terapia adeguata; ☐ Farmaco di uguale efficacia rispetto ad altri esistenti; ☐ Farmaco per una condizione morbosa per la quale la terapia finora disponibile non è adeguata in particolari sottogruppi di pazienti (specificare quali):
Altri medicinali simili o equivalenti dal punto di vista clinico/terapeutico:	
Il nuovo medicinale si va ad affiancare/sostituire a tali alternative?	
Indicare le Linee Guida di riferimento nazionali/internazionali che considerano l'impiego del nuovo farmaco, specificando il grado di evidenza della raccomandazione, se disponibile:	

PREVALENZA DELLA PATOLOGIA

Prevalenza e Incidenza della patologia di riferimento nella Regione Calabria:	Prevalenza:		Incidenza:
Numero di pazienti attualmente trattati con altri prodotti per questa condizione, se disponibile:			
Numero di pazienti potenzialmente eleggibili al nuovo trattamento nella regione Calabria, per i primi 3 anni:	Primo anno:	Secondo anno:	Terzo anno:

VALUTAZIONE FARMACOECONOMICA

Costo per singolo paziente del nuovo farmaco:	
Costo paziente del/dei trattamento/ i alternativo/i (quando disponibile):	
Spesa prevista per il trattamento con il nuovo farmaco:	
Eventuale differenza di spesa tra il trattamento con il nuovo farmaco e il/i trattamento/i alternativo/i:	
Indicare studi farmacoeconomici disponibili con i riferimenti bibliografici:	
Indicare se gli studi sono stati condotti tenendo conto delle Linee Guida internazionali, specificando quali:	
Budget Impact Analysis*: *da specificare suddiviso per Azienda del SSR su Modulo 4	
Proiezione di spesa annuale nella Regione Calabria:	
Fabbisogno annuale per l'anno _____ espresso in unità per ogni singolo dosaggio:	
Eventuali risparmi ipotizzati:	

Indicare se sono presenti Centri Calabresi che hanno partecipato a sperimentazioni cliniche sul medicinale:	☐ SI* ☐ NO <i>*In caso di risposta affermativa, indicare quali Centri:</i>
Indicare se sono presenti Centri Calabresi che hanno ottenuto l'uso compassionevole del medicinale:	☐ SI* ☐ NO <i>*In caso di risposta affermativa, indicare quali Centri:</i>
Indicare se sono presenti Centri Calabresi che hanno utilizzato il medicinale in CNN:	☐ SI* ☐ NO <i>*In caso di risposta affermativa, indicare quali Centri:</i>
Altre eventuali considerazioni:	

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE DA INVIARE A SUPPORTO PER LA VALUTAZIONE DEL FARMACO

1. Lettera di Presentazione del farmaco
2. Gazzetta Ufficiale e Determina AIFA
3. Scheda tecnica
4. Dossier regionale del farmaco
5. Studi clinici pubblicati a sostegno dell'efficacia e sicurezza, in particolare studi comparativi con alternative terapeutiche
6. Studi pubblicati di costo-efficacia
7. Modulo 4 : *Budget Impact Model* (suddiviso per Azienda del SSR)
8. Linee Guida disponibili

Data:

Firma:

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE REGIONALE DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Data accettazione pratica completa:	
Parere:	☐ Favorevole ☐ Favorevole con restrizione di impiego ☐ Non favorevole ☐ Parere sospensivo con richiesta di approfondimenti e/o ulteriore documentazione
Considerazioni:	



REGIONE CALABRIA

MODULO 4 - Budget Impact Model Farmaci nuovo inserimento ed estensione di indicazione

Alla Commissione Regionale del Farmaco

Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica -
Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco"
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

BUDGET IMPACT MODEL

Barrare una delle tre opzioni	☐	Farmaco di nuovo inserimento in PTR
	☐	Estensione indicazione farmaco già presente in PTR
	☐	Farmaco ad accesso diretto:
	☐ Farmaco innovativo ☐ Farmaco A-PHT ☐ Farmaco sottoposto a Registro di monitoraggio AIFA ☐ Farmaco per malattie rare ☐ Farmaco per HIV	

Indicazione Terapeutica rimborsata:

INFORMAZIONI SUL FARMACO

Azienda Farmaceutica:

ATC	Nome commerciale	Principio attivo	Forma Farmaceutica	Dosaggio	Via di somministrazione

Unità di misura	Unità per confezione	Classe di rimborsabilità	Prezzo ex factory a confezione	Sconto confidenziale	Prezzo unitario IVA esclusa

BUDGET IMPACT MODEL PER AZIENDA DEL SSR

201 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

Budget Impact

ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

202 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

Budget Impact

ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

203 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

Budget Impact

ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

204 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Budget Impact

ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

205 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA

Budget Impact

ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

912 - AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA			
Budget Impact			
ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

913 - AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI CATANZARO			
Budget Impact			
ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

914 - AZIENDA OSPEDALIERA DI CATANZARO			
Budget Impact			
ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			

915 - AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO CALABRIA			
Budget Impact			
ANNO	Numero di pazienti	Unità posologica	Costo
1° anno			
2° anno			
3° anno			
TOTALE			



REGIONE CALABRIA

MODULO 5 – Conferma o modifica Budget Impact – Aziende del SSR

Alla Commissione Regionale del Farmaco

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica - Assistenza integrativa e protesica -
Farmacie convenzionate - Educazione all'uso consapevole del farmaco”
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

BUDGET IMPACT MODEL

Barrare una delle tre opzioni	☐	Farmaco di nuovo inserimento in PTR
	☐	Estensione indicazione farmaco già presente in PTR
	☐	Farmaco ad accesso diretto:
	☐ Farmaco innovativo ☐ Farmaco A-PHT ☐ Farmaco sottoposto a Registro di monitoraggio AIFA ☐ Farmaco per malattie rare ☐ Farmaco per HIV	

Indicazione Terapeutica rimborsata:

INFORMAZIONI SUL FARMACO

Azienda Farmaceutica:

ATC	Nome commerciale	Principio attivo	Forma Farmaceutica	Dosaggio	Via di somministrazione	Unità di misura	Unità per confezione

CONFERMA BUDGET IMPACT

AZIENDA:

ANNO	Budget Impact espresso in unità posologica (parte compilata dal Settore n. 3 Dip. Tutela Salute)		Budget Impact espresso in unità posologica (parte compilata dalle Aziende del SSR: confermare la stessa quantità o modificare specificando il fabbisogno ritenuto utile per la propria Azienda)	
	Numero pazienti	Unità posologica	Numero pazienti	Unità posologica
1° anno				
2° anno				
3° anno				
TOTALE				

Firma Direzione Generale/Direzione Sanitaria _____



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 2

DCA n. 147 del 03.11.2022

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
L. 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
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	intravitale
vesc	vescicale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
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										
A01AA	Antimicrobici e antisettici per il trattamento orale locale										
A01AA02	Doxiciclina	os	RR	A							
A02	Farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida										
A02A	Antiacidi										
A02AD	Associazioni e complessi fra composti di Alluminio, Calcio e Magnesio										
A02AD02	Magaldrato	os	RR	A							
A02AF	Antiacidi con antime teorici										
A02AF01	Magnesio Idrossido/Algedrato	os	OTC	C							
A02B	Farmaci per il Trattamento dell'Ulcera Peptica e della Malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)										
A02BA	Antagonisti dei Recettori H2										
A02BA01	Cimetidina	os	OTC	C	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	PT Regionale					
A02BC02	Pantoprazolo	os	RR	A	1, 48	PT Regionale					
A02BC03	Lansoprazolo	os	RR	A	1, 48	PT Regionale					
A02BC04	Rabeprazolo	os	RR	A	48	PT Regionale					
A02BC05	Esomeprazolo	os, ev	RR/OSP	A/H	1, 48	PT Regionale					
A02BX	Altri Farmaci - Trattamento dell'ulcera Peptica e della malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)										
A02BX02	Sucralfato	os	RR	A							
A02BX13	Acido Alginico	os	OTC	C							
A03	Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali										
A03A	Farmaci per i disturbi funzionali intestinali										
A03AA	Anticolinergici Sintetici, Esteri con Gruppi Aminici Terziari										
A03AA	Pipetanato Etobromuro	os	RR	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/RR	C							
A03AX	Altri Farmaci per i disturbi funzionali intestinali										
A03AX12	Floroglucinolo	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	RRL/OSP	A/C							
A03BB	Alcaloidi della Belladonna Semisintetici, Composti Ammonici Quaternari										
A03BB01	Scopolamina Butilbromuro	os,im,ev	SOP/OTC/RR	C/C/A							
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	OTC	C							
A03F	Procinetici										
A03FA	Procinetici										
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	Ondansetron	os,im,ev	RR/OSP	A/H							
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							Orphandrug Monitoraggio addizionale
A05AA04	Acido obeticolico	os	RRL	H		PT					Orphandrug Monitoraggio addizionale
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico Dildrato	os	RR	A	2						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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/OTC	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	Antidiarroici, 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										
A07DA03	Loperamide	os	OTC	C							
A07E	Antinfiammatori Intestinali										
A07EA	Corticosteroidi per uso topico										
A07EA02	Idrocortisone	ret	RR	A							Farmaci malattie rare
A07EA07	Beclometasone	os,ret	RR	A							
A07EC	Acido Aminosalicilico ed Analoghi										
A07EC01	Sulfasalazina	os	RR	A							
A07EC02	Mesalazina	os,ret	RR	A							
A07F	Microorganismi Antidiarroici										
A07XA04	Racecadotril	os	RR	C							
A09	Digestivi inclusi gli enzimi										
A09A	Digestivi inclusi gli enzimi										
A09AA	Preparati a base di enzimi										
A09AA02	Pancrelipasi	os	RRL-RR/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							Monitoraggio addizionale
A10AB04	Insulina Lispro	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB04	Insulina Lispro biosimilare	sc	RR	A							
A10AB05	Insulina Aspart	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB05	Insulina Aspart biosimilare	sc	RR	A							
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	
A10AE56	Insulina degludec/liraglutide	sc	RR	A	100	PT	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A10B Ipoglicemizzanti 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	Canaglifozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD19	Empaglifozin + linagliptin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD20	Empaglifozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale Monitoraggio addizionale
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	RR	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BD24	Ertuglifozin + sitagliptin	os	RRL	A	100		PHT				Scheda cartacea AIFA
A10BF Inibitori dell'alfa-Glucosidasi											
A10BF01	Acarbosio	os	RR	C							
A10BG Tiazolidinoni											
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 Ipoglicemizzanti 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	RR/RRL	A	100	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
A10BK02	Canagliflozin	os	RRL	A	100	PT	PHT			DPC	
A10BK03	Empaglifozin	os	RR/RRL	A	100	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
A10BK04	Ertuglifozin	os	RR	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/Idroxocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Cianocobalamina	im	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
A11DB	Cocarbosilas/Piridossina/Ildrossicobalamina	os,im	SOP	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11 Complesso Vitaminico											
A11G Vitamina C, comprese le associazioni											
A11GA Vitamina C non associata											
A11GA01	Acido Ascorbico	os	OTC	C							
A11H Altri Preparati di Vitamine, non associate											
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	ev	RR	A	8		PHT		SI		
A16AA01	Levopropionilcarnitina	os	RR	C							
A16AA04	Mercaptamina bitartrato	os	RNRL	A/**H			PHT				*Farmaci malattie rare
A16AA05	Acido carginico	os	RNRL	A			PHT				
A16AA06	Betaina anidra	os	RNRL	A			PHT				
A16AA07	Metreleptina	ev	RRL	H							Orphan drug 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-glucosidasi 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							Orphan drug
A16AB12	Elosulfase alfa	ev	OSP	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AB15	Velmanase alfa	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AB17	Cerliponase	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H				Innovatività condizionata			Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AB21	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale Monitoraggio addizionale
A16AX Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo											
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	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				
A16AX08	Teduglutide	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale
A16AX10	Eliglustat	os	RRL	A			PHT				Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AX12	Trientina diidrocilidato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX12	Trientina tetraidrocilidato	os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
A16AX14	Migalastat	os	RRL	A			PHT				Orphan drug
A16AX16	Givosiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AX18	Lumasiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 Calcio	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	Urochinasi	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	RRL	A	97	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
B01AF03	Edoxaban	os	RRL	A	97	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
B01AX Altri Antitrombotici											
B01AX04	Dermatan Solfato	ev	OSP	H							
B01AX05	Fondaparinux sodico	sc	RR	A			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							Monitoraggio addizionale
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	Efmorotocog	ev	RRL	A		PT	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Orphan drug
B02BD04	Albutrepenonacog alfa	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	Orphan drug
B02BD04	Nonacog gamma	ev	RNRL	A		PT	PHT			DPC	
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	
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	Romplostim	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
B02BX08	Avatrombopag	os	RR	H							Farmaci malattie rare
B02BX09	Fostamatinib	os	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
B03 Farmaci Antianemici											
B03A Preparati A Base Di Ferro											
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 Ferriglucinato	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,ex,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	Eritropoietina alfa biosimilare	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT			DPC	
B03XA01	Eritropoietina beta	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	Metossipolietylenglicole-epoetina beta	ev,sc	RNRL	A		PT	PHT			DPC	
B03XA06	Luspatercept	sc	RNRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B05BA04	Idrossilati 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							
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 (Proteina del plasma umano antiangioedema)	ev	RR	A		PT	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B06AC02	Icatibant acetato	sc	RR	H							
B06AC05	Lanadelumab	sc	RR	A		PT	PHT				Orphandrug Monitoraggio addizionale
B06AX Altri agenti ematologici											
B06AX01	Crizanlizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE											
C01 Terapia Cardiaca											
C01A Glucosidi Cardiaci											
C01AA Glucosidi Digitalici											
C01AA05	Digossina	os,im	RR	A							
C01AA08	Metildigossina	os,ev	RR	A							
C01B Antiaritmici, Classe I E III											
C01BA Antiaritmici, Classe I A											
C01BA01	Chinidina	os	RR	A							
C01BA49	Diidrochinidina Cloridrato	os	RR	A							
C01BB Antiaritmici, Classe I B											
C01BB02	Mexiletina Cloridrato	os,ev	RR	A					SI		
C01BC Antiaritmici, Classe I C											
C01BC03	Propafenone	os,ev	RR	A							
C01BC04	Flecainide Acetato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD Antiaritmici, 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	Etilefrina 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	Levosimentan	ev	OSP	C							
C01D Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache											
C01DA Nitrati Organici											
C01DA02	Nitroglicerina	ev,sl,td	RR/OSP	A/H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C01DA08	Isosorbide Dinitrato	os,sl,ev	RR/OSP	A/C/H							
C01DA14	Isosorbide Mononitrato	os	RR	A							
C01DX Altri Vasodilatatori Usati nelle malattie cardiache											
C01DX11	Trapidil	os	RR	C							
C01EA Prostaglandine											
C01EA01	Alprostadil	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				Orphan drug
C02KX05	Riociguat	os	RRL	A		PT	PHT				Orphan drug
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	Torsemide	ev,os	RR/OSP	H/A							
C03CC Derivati dell'acido arilossacetico											
C03CC01	Acido etacrinico	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							
C03EA01	Amloride 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/H		Scheda multifarmaco semplificata	PHT				Monitoraggio addizionale
C04 Vasodilatatori Periferici											
C04A Vasodilatatori Periferici											
C04AD Derivati Purinici											
C05 Vasoprotettori											
C05A Antiemorroidali per uso topico											
C05AA Prodotti a base di Corticosteroidi											
C05AA01	Idrocortisone/Esclusione/Amloride/Benzocaina/Benzalconio C	re,loc	SOP	C							
C05AA01	Lidocaina Cloridrato/Idrocortisone Acetato	loc	SOP	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C05B Terapia antiaritmica											
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 Didropiridinici											
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							
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 Fenilalchilaminici											
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 Dildrato	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 Monoidrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA15	Zofenopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BB Ace Inibitori e Calcio Antagonisti											
C09BB10	Verapamil Cloridrato/Trandolapril	os	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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/Iidrocrotiazide	os	RR	A							
C09DA02	Eprosartan/Iidrocrotiazide	os	RR	A							
C09DA03	Valsartan/Iidrocrotiazide	os	RR	A							
C09DA04	Irbesartan/Iidrocrotiazide	os	RR	A							
C09DA07	Telmisartan/Iidrocrotiazide	os	RR	A							
C09DA12	Olmesartan/Iidrocrotiazide	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 Ipocolesterolemizzanti ed Ipotrigliceridemizzanti											
C10AA Inibitori della HmgCoA Reduttasi											
C10AA01	Simvastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
C10AA02	Lovastatina	os	RR	A	13	PT Regionale					
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 Billari											
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			Orphandrug Monitoraggio addizionale
C10B Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni											
C10BA Inibitori dell'HMG CoA reductasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi											
C10BA02	Ezetimibe/Simvastatina	os	RR	A							
C10AB05	Atorvastatina/Ezetimibe	os	RR	A/C	13						
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 Nitratro	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											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							Monitoraggio addizionale
D06	Antibiotici e Chemioterapici per uso dermatologico										
D06A	Antibiotici per uso topico										
D06AA02	Clortetraciclina	loc	RR	C							
D06AX	Altri Antibiotici per uso topico										
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 Argintica	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 5%	loc	RRL	A		PT Regionale	PHT				
D06BB10	Imiquimod 3,75%	loc	RRL	A	95	PT Regionale					
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	Difflocortolone 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							Monitoraggio addizionale
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			
D11AH07	Tralokinumab	sc	RNRL	H							Scheda cartacea AIFA 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					Monitoraggio addizionale
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI										
G01	Antimicrobici ed Antisettici Ginecologici										
G01A	Antimicrobici ed Antisettici, escluse le associazioni con Corticosteroidi										
G01AA	Antibiotici										
G01AA49	Meclociclinasolfosalicilato	vag	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G01AA51	Tinidazolo/Nistatina	vag	RR	C							
G01AF	Derivati imidazolidici										
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 Antisettici										
G01AX12	Ciclopirox	vag	RR	C							
G01BA	Antibiotici e corticosteroidi										
G01BA	Iidrocortisone + 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	Simpatomimetici, Tocolitici										
G02CA01	Ritodrina	os,ev	RNR	A							
G02CA49	Isoxsuprina	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 + Etililestradiolo	os	RR	A							
G03AA10	Etililestradiolo/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	Derivati del 5-androstanone										
G03BB01	Mesterolone	os	RNRL	C							
G03C	Estrogeni										
G03CA	Estrogeni naturali e semisintetici, non associati										
G03CA01	Etililestradiolo	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							
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 Emidrato/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 da DNA ricombinante	sc	RRL	A	74	PT	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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			DPC	
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										
G03XC01	Raloxifene	os	RR	A	79						
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	Oxibutina Cloridrato	os	RR	A	87						
G04BD07	Tolterodina Tartrato	os	RR	C							
G04BE	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni dell'erezione										
G04BE01	Alprostadil	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 tridrato	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	Doxazosin Mesilato	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-Alpha Reduttasi										
G04CB01	Finasteride	os	RR	A							
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 ipofisiari, 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 ed 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	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				Orphandrug
H02	Corticosteroidi Sistemici										
H02A	Corticosteroidi Sistemici, non associati										
H02AA	Mineralcorticoidi										
H02AA02	Fludrocortisone	os									Farmaci esteri
H02AA03	Desossicortone Acetato	im	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H02AA03	Desossicortone Enantato	im	RR	A							
H02AB	Glicocorticoidi										
H02AB01	Betametasone fosfato disodico	os,ev,im	RR	A							
H02AB02	Desametasone	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	Triamcinoloneacetoneide	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				Orphandrug
H03	Terapia Tiroidea										
H03A	Preparati Tiroidei										
H03AA	Ormoni Tiroidei										
H03AA01	Levotiroxina Sodica	os	RR	A							
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 Ntiparatiroidi										
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	Tetraciline										
J01AA	Tetraciline										
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	AmoxicillinaTriidrato e sodica/Potassio Clavulanato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01CR05	Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico	ev,im	RR/OSP	A/H	55						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
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							
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	Cefpodoxima proxetil	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 Carapenemi											
J01DH	Ertapenem	ev	OSP	H							
J01DH02	Meropenem Tridrato	ev	OSP	H							
J01DH51	Imipenem/Cilastatina	ev,im	RR/OSP	A/H	56						
J01DH52	Meropenem/vaborbactam	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
J01DH56	Imipenem/cilastatina/relebactam	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale 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 addizionale
J01DI54	Ceftolozano/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 e Streptogramine											
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	Dalopristin/Quinupristin	ev	OSP	H							
J01G Antibatterici Aminoglicosidici											
J01GB Altri Aminoglicosidi											
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						
J01IM Antibatterici Chinolonici											
J01MA Fluorochinoloni											
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01MA12	Levofloxacin	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
J01MA14	Moxifloxacin Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01MA17	Prulifloxacin	os	RR	A							
J01MB Altri Chinolonici											
J01MB04	Acido Pipemidico	os	RR	A							
J01MB06	Cinoxacin	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	Colistimetato Sodico	im,ev,inal	RNR	C							
J01XD Derivati Imidazolici											
J01XD01	Metronidazolo	ev	OSP	H							
J01XE Derivati Nitrofuranici											
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											
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 Tubercolosi											
J04AK01	Pirazinamide	os	RR	A							
J04AK02	Etambutolo Cloridrato	os,ev,im	RR	A/C							
J04AK05	Bedaquillina	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H							
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H							
J04AM Associazioni di Farmaci per il trattamento della Tubercolosi											
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						
J05AB06	Ganciclovir	ev	OSP	H							
J05AB11	Valaciclovir (cloridrato)	os	RR	C/A	84		PHT		SI		

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
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 Transcriptasi 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				
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 Transcriptasi Inversa											
J05AG01	Nevirapina	os	RNRL	H							
J05AG03	Efavirenz	os	RNRL	H							
J05AG04	Etravirina	os	RNRL	H							
J05AG05	Rilpivirina	os/*ev	RNRL	H							*Monitoraggio addizionale
J05AG06	Doravirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AJ Inibitori dell'integrasi											
J05AJ01	Raltegravir	os	RNRL	H							
J05AJ03	Dolutegravir	os	RNRL	H							
J05AJ04	Cabotegravir	os, ev	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AP Antivirali Per il Trattamento Di Infezioni Da HCV											
J05AP01	Ribavirina	os, inal	RNRL	A					SI		
J05AP09	Dasabuvir	os	RNRL	A							
J05AP53	Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir	os	RNRL	A							
J05AP54	Elbasvir/Grazoprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP55	Sosfosbuvir/Velpatasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP56	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP57	Glecaprevir/Pibrentasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			
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	Cobocistat/Elvitegravir/Emtricitabina/tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR10	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AR13	Abacavir/Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR14	Cobocistat/Darunavir	os	RNRL	H							
J05AR15	Atazanavir/Cobicistat	os	RNRL	H							
J05AR17	Emtricitabina/tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR18	Cobicistat/emtricitabina/Elvitegravir/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	Cobocistat/Darunavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR25	Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AX Altri Antivirali											
J05AX07	Enfuvirtide	sc	RNRL	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H							
J05AX14	Daclatasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA					
J05AX15	Sofosbuvir	os	RNRL	C							
J05AX18	Letermovir	os,ev	RRL/OSP	A/H		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
J05AX29	Fostemsavir	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AX49	Neuramide	os	RR	C							
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	ev/sc/sc	OSP/RNRL/RNRL	H/H/C							Monitoraggio addizionale
J06BA02	Immunoglobulina Umana ad alto titolo	ev	OSP	C							
J06BA02	Immunoglobulina Umana Disaggregata	ev	OSP	H							
J06BB Immunoglobuline Specifiche											
J06BB01	Immunoglobulina Umana Rho	ev,im	RR	A		PT	PHT				
J06BB02	Immunoglobulina Umana Antitetanica	im	RR	A							
J06BB03	Immunoglobulina Umana Antivaricella	ev	OSP	H							
J06BB04	Immunoglobulina Umana Antiepatite B	ev, im	OSP/RR	H/A							
J06BB09	Immunoglobulina Umana Citomegalovirus	ev	OSP	H							
J06B C Anticorpi monoclonali antibatterici											
J06B C03	Bezlotoxumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J06B D Anticorpi monoclonali antivirali											
J06B D01	Palivizumab	im	RRL	A					SI		
J07 Vaccini											
J07A	Vaccini Batterici										
J07AE	Vaccini Colerici										
J07AG	Vaccini Dell'hemophilusInfluenzae Tipo B										
J07AH	Vaccini Meningococchi										
J07AJ	Vaccini Pertossici										
J07AL	Vaccini Pneumococchi										
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 Morbilliosi										
J07BF	Vaccini Poliomelitici										
J07BG	Vaccini Rabici										
J07BH	Vaccini della diarrea da Rotavirus										
J07BJ	Vaccini Antiroscollia										
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	Clometina	cut, ev	RRL	H							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 2											
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				Orphandrug
L01BB03	Tioguanina	os	RNR	A							Farmaci malattie rare
L01BB04	Cladribina	ev	OSP	C							Monitoraggio aggiuntionale
L01BB05	Fludarabina Fosfato	ev,os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
L01BB06	Clofarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio aggiuntionale
L01BB07	Nelarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio aggiuntionale
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					Orphandrug
L01BC52	Fluorouracile/Acido Salicilico	cut	RRL	A	95	PT Regionale					
L01BC53	Tegafur/gimeracil/oteracil	os	RNRL	A			PHT				
L01BC59	Trifluridina/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	OSP	H							
L01CE Inibitori della topoisomerasi (TOP1)											
L01CE01	Topotecan Cloridrato	ev/os	OSP/RNRL	H/A							
L01CE02	Irinotecan Cloridrato Trilidrato	ev	OSP	H					SI		
L01CX Altri alcaloidi derivati da piante e altri prodotti naturali											
L01CX01	Trabectedina	ev	OSP	H							
L01D Antibiotici Citotossici e Sostanze Correlate											
L01DA Actinomomicine											
L01DA01	Dactinomomicina	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	Mitomomicina	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 aggiuntionale
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H							
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
											Farmaci malattie rare
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			
L01EC03	Encorafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Monitoraggio aggiuntionale
L01ED INIBITORI DELLA CHINASI DEL LINFOMA ANAPLASTICO (ALK)											
L01ED03	Alectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01ED05	Lorlatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio aggiuntionale
L01EE INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI MITOGENO-ATTIVATA (MEK)											
L01EE01	Trametinib	os	RNRL	H				Innovatività piena			
L01EF INIBITORI DELLA CHINASI CICLINA-DIPENDENTE (CDK)											
L01EF01	Palbociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01EF02	Ribociclib	os	RNL	H							
L01EH INIBITORI TIROSINA CHINASI RECETTORE 2 FATTORE CRESCITA EPIDERMICO (HER2)											
L01EH01	Lapatinib	os	RNRL	H							
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					Monitoraggio addizionale
L01EM INIBITORI DELLA FOSFATIDILOSITOLO-3-CHINASI (PI3K)											
L01EM03	Alpelisib	os	RNL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EN INIBITORI TIROSINA CHINASI FATTORE DI CRESCITA FIBROBLASTI											
L01EN02	Pemigatinib	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
L01EX07	Cabozantinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
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
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01EX22	Selpercatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01F ANTICORPI MONOCLONALI E CONIUGATI ANTICORPO-FARMACO											
L01FA INIBITORI DI CD20 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAZIONE 20)											
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		PT Regionale		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
											Monitoraggio addizionale
L01FC INIBITORI DI CD38 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAZIONE 38)											
L01FC01	Daratumumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			Orphan drug
L01FD INIBITORI DI HER2 (RECETT.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			
L01FF04	Avelumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01FF06	Cemiplimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FF07	Dostarlimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
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											
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01FX05	Brentuximab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphan drug
L01FX08	Elotuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FX09	Mogamulizumab	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphan drug
L01FX14	Polatuzumab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FX15	Belantamab Mafodotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FX17	Sacituzumab govitecan	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01X Altri Antineoplastici											
L01X	Brexucabtagene autoleucel	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 Metildiazine											
L01XB01	Procarbazine Cloridrato	os	RNR	A			PHT			DPC	
L01XC Anticorpi Monoclonali											
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H							Farmaci malattie rare
L01XC05	Gemtuzumab/Ozogamicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XC06	Cetuximab	ev	OSP	H					SI		Orphan drug
L01XC08	Panitumumab	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L01XC09	Catumaxomab	ip	OSP	H							
L01XC14	Trastuzumab Emtansine	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
L01XC15	Obinutuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
											Orphan drug

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Farmaci malattie rare
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XC21	Ramucirumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XC26	Inotuzumab Ozogonomicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XC27	Olaratumab	ev	OSP	H							
L01XC28	Durvalumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			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							Orphan drug
L01XE09	Temsirolimus	ev	OSP	H							
L01XE11	Pazopanib	os	RNRL	H							
L01XE12	Vandetanib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE13	Afatitinib	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		Farmaci malattie rare
L01XE17	Axitinib	os	RNRL	H							
L01XE18	Ruxolitinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
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
L01XE38	Cobimetinib	os	RNRL	H							
L01XE39	Midostaurina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
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
L01XE50	Abemaciclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XK INIBITORI DELLA POLI (ADP-RIBOSE) POLIMERASI (PARP)											
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01XK02	Niraparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
L01XK04	Rucaparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XJ INIBITORI DELLA VIA DI HEDGEHOG											
L01XJ02	Sonidegib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XJ03	Glasdegib maleato	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX Altri Antineoplastici											
L01XX02	Crisantasposi	ev							SI		Farmaci esteri
L01XX05	Idrossiurea	os	RNRL	C							Farmaci malattie rare
L01XX08	Pentostatina	ev	OSP	H							
L01XX11	Estramustina Fosfato Sodico	os	RNR	A							
L01XX14	Tretionina	os	RNR	A		PT	PHT				
L01XX23	Mitotane	os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
L01XX24	Peg-asparaginasi	ev	OSP	H							
L01XX25	Bexarotene	os	RNRL	A							
L01XX27	Arsenico triossido	ev	OSP	H							
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		Registro web-based AIFA					
L01XX45	Carfilzomib	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XX47	Idelalisib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XX50	Ixazomib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA			SI		Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01XX60	Talazoparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX70	Axiracetasene clindoleurel	ev	OSP	H		Registro web-based		Innovatività piena			Orphan drug

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01XX	Antineoplastici	ev	OSP	H		AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XX71	Tisagenlecleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01XY Associazioni antineoplastiche											
L01XY01	Citarabina e Daunorubicina	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug
L01XY02	Pertuzumab e trastuzumab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L02 Terapia endocrina											
L02A Ormoni e Sostanze Correlate											
L02AB Progestinici											
L02AB01	Megestrol Acetato	os	RNR	A	28						
L02AB02	Medroprogesterone (Acetato)	os,im	RNR	A	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											
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 addizionale
L02BB06	Darolutamide	Os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
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					Monitoraggio addizionale
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 addizionale
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					Farmaci malattie rare
L03AB05	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A		PT					Farmaci malattie rare
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	Farmaci malattie rare
L03AB13	Peg-interferone Beta 1A	sc	RR	A	65	PT	PHT				
L03AB15	Ropeginterferone alfa-2b	sc	RNRL	H							Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L03AC Interleuchine											
L03AC01	Aldesleuchina	ev	OSP	H							
L03AX Altre Citochine ed Immunomodulatori											
L03AX03	Bcg-Bacillo Di Calmette E Guérin	vesc	OSP	H							
L03AX04	Pegademase	ev									Farmaci esteri
L03AX11	Tasonermina	ev	OSP	H							
L03AX13	Glatiramer	sc	RR	A	65						
L03AX14	Istamina dicloridrato	sc									Farmaci esteri Monitoraggio addizionale
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 antinfocitario di cavallo	ev							SI		Farmaci esteri Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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					
L04AA25	Eculizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata	SI		Orphan drug Farmaci malattie rare (per MGg in pazienti positivi agli anticorpi anti AChR) Monitoraggio addizionale
L04AA26	Belimumab	ev,sc	OSP/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						
L04AA32	Apremilast	os	RRL	A		PT Regionale					
L04AA33	Vedolizumab	ev	RRL	H		PT Regionale					
L04AA34	Alemtuzumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA Monitoraggio addizionale
L04AA36	Ocrelizumab	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L04AA37	Baricitinib	os	RNRL	H		PT Regionale			SI		
L04AA38	Ozanimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA40	Cladribina	os	RNRL	A		PT	PHT				Farmaci malattie rare
L04AA42	Siponimod	os	RRL	A			PHT				
L04AA43	Ravulizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AA44	Upadacitinib	os	RNRL	H		PT Regionale					Monitoraggio addizionale
L04AA45	Filgotinib	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L04AA50	Ponesimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA52	Ofatumumab	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale
L04AA54	Pegcetacoplan	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare 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, sc	RRL	H		PT Regionale			SI		Farmaci malattie rare *Monitoraggio addizionale
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		Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare e per la malattia di Still)
L04AC05	Ustekinumab	sc	RRL	H		PT Regionale					
L04AC07	Tocilizumab	ev,sc	RRL	H		PT Regionale			SI		
L04AC08	Canakimumab	sc	RRL	H		PT Regionale					Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare)
L04AC10	Secukinumab	sc	RRL	H		PT Regionale					Scheda cartacea AIFA (per i medicinali per la psoriasi a placche)
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
L04AC19	Satralizumab	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					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		Registro web-based AIFA					F. sottoposti a programma di prevenzione della gravidanza (PPP)
L04AX04	Lenalidomide	os	RR/RNRL/OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L04AX05	Pirfenidone	os	RR/RNRL	H		Registro web-based AIFA					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL/OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Orphandrug
L04AX07	Dimetilfumarato	os	RR/RL	A	65		PHT				Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
M SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO											
M01 Farmaci Antinfiammatori ed Antireumatici											
M01A Farmaci Antinfiammatori/Antireumatici, Non Steroidei											
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						
M01AE09	Flurbiprofene	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							Farmaci malattie rare
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	Cisatracurio Besilato	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											
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						

fonte: <http://burc.regione.calabria.it>

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	ev,im									Farmaci esteri
N02BG08	Ziconotide	ev,intratec	OSP	H							
N02BG10	Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo	inal	RNRL	H							
N02C Antimicrobici											
N02CA Alcaloidi della Segale Cornuta											
N02CA01	Diloroergotamina 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											
N03AA Barbiturici e derivati											
N03AA02	Fenobarbital	os,ev	RNR	A							
N03AA03	Primidone	os	RR	A							
N03AA04	Barbexalone	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 Carbosamide											
N03AF01	Carbamazepina	os	RR	A							
N03AF02	Oxycarbamazepina	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		PT					
N03AX21	Retigabina	os	RR	A							
N03AX22	Perampanel	os	RR	A		PT	PHT			DPC	
N03AX23	Brivaracetam	os/ev	RR/OSP	A/C		PT	PHT			DPC	
N03AX24	Cannabidiolo	os	RNRL	A		PT	PHT				Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
N03AX25	Cenobamato	os	RRL	A			PHT				
N03AX26	Fenfluramina	os	RNRL	A			PHT	Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
N04 Antiparkinsoniani											
N04A Sostanze Anticolinergiche											
N04AA Amine Terziarie											
N04AA01	Trisifenidile 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, gel intest	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											
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 Psicolettici											
N05A Antipsicotici											
N05AA Fenotiazine con catena laterale alifatica											
N05AA01	Clorpromazina Cloridrato	os, ev	RR/RNR	A							
N05AA02	Levomopromazina 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 Butirofenone											
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 Difenibutillpiperidina											
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							
N05AL07	Levosulpiride	os, ev, im	RR	A/C							
N05AL05	Amisulpiride	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	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05AX16	Brexiprazolo	Os	RR	A			PHT				Monitoraggio addizionale
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	Idroxizina Dicloridrato	im	RR	C							
N05BE Ansiolitici derivati dall'azaspirodecandione											
N05BE01	Buspirona	os	RR	C							
N05C Ipnottici 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							
N06AX27	Esketamina	inal	RMR	H							Monitoraggio addizionale
N06B Psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi											
N06BA Simpatomimetici 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	Soliramefetol	os	RRL	A		PT	PHT				Monitoraggio addizionale
N06BC Derivati xantini											
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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N06BX49	Glicerofosforiletanolamina	os	RR	C							
N06C Psicoletici e Psicoanalitici In Associazione											
N06CA Antidepressivi In Associazione con Psicoletici											
N06CA99	Nortriptilina/Flufenazina	os	RR	C							
N06CA01	Amitriptilina Cloridrato/Clordiazepossido 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	
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/C							
N07BC02	Metadone Cloridrato	os	RMR/OSP	H			PHT				
N07BC04	Lofexidina cloridrato	os	RRL/OSP	C							
N07BC05	Levomethadone cloridrato	os	OSP	C							
N07BC51	Buprenorfina/naloxone	os	RMR	A		PT	PHT				
N07C Preparazioni Antivertigine											
N07CA Preparazioni Antivertigine											
N07CA01	Betastina	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	OSP								Farmaci esteri
N07XX02	Riluzolo	os	RRL	A			PHT				
N07XX04	Sodio oxibato	os	RNRL	C/H							
N07XX05	Amifampridina	os	RRL	C							Monitoraggio addizionale
N07XX06	Tetrabenazina	os	RRL	A							Farmaci malattie rare
N07XX08	Tafamidis	os	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
N07XX11	Pitolisant	os	RRL	A			PHT				Scheda cartacea AIFA
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	Piperachinatetrafosfodidroartemisinina	os	RR	C							
P01C Sostanze contro la Leishmaniosi e la Tripanosomiasi											
P01CX01	Pentamidina Isetionato	ev	RRL	A			PHT				
P02 Antelmintici											
P03 Ectoparassitici, compresi gli anticabbia,insetticidi e repellenti.											
R SISTEMA RESPIRATORIO											
R01 Preparati Rinologici											
R01A Decongestionanti ed altre preparazioni nasali per uso topico											
R01AA Simpatomimetici, 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 Aerosol											
R03AC Agonisti Selettivi dei Recettori Beta-Zadrennergici											
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						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
R03AC13	Formoterolo (ad az lunga)	inal,os	RR	A	99						
R03AC18	Indacaterolo	os	RR	A	99						
R03AC19	Olodaterolo	inal	RR	A	99						
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 trifenatato	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03AL04	Indacaterolo/glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99						
R03AL05	Bromuro di acildinio/formoterolo	inal	RR	A	99						Monitoraggio addizionale
R03AL06	Tiotropio/Olodaterolo	inal	RRL	A		PT					
R03AL07	Glicopirronio/Formoterolo	inal	RR	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						
R03B Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie											
R03BA Glicocorticoidi											
R03BA01	Beclometasone	inal	RR	A							
R03BA02	Budesonide	inal	RR	A							Orphandrug Monitoraggio addizionale
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	Acildinio 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 Xantini											
R03DA04	Teofilina Anidra	os,im,ev	RR	A							
R03DA05	Aminofilina	ev	RR	C/A							
R03DA08	Bamfillina Cloridrato	os,ret	RR	C							
R03DA11	Doxofilina	os,ev	RR	C/A							
R03DC Antagonisti dei Recettori Leucotrienici											
R03DC01	Zafirlukast	os	RR	A	82						
R03DC03	Montelukast	os	RR	A	82						
R03DX05	Omalizumab	sc,ev	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT			DPC	
R03DX07	Roflumilast	os	RRL	A			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							
R05DA20	Dildrocodeina + acido benzoico	os	RR	A	31						
R05DB Altri sedativi della Tosse											
R05DB27	Levodropropizina	os	RR	A	31						
R06 Antistaminici per Uso Sistemico											
R06A Antistaminici per Uso Sistemico											
R06AB Alchilamine Sostituite											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 Piperazinici											
R06AE06	Oxatamide	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							
R07AA Surfactanti polmonari											
R07AA02	Poracant 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/condizionata			Orphandrug
R07AX30	Lumacaftor / Ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio aggiuntivo
R07AX31	Tezacaftor/Ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Monitoraggio aggiuntivo
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'anidra 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							
S01ED06	Befunololo (Cloridrato)	loc	RR	A							
S01ED51	Latanoprost/Timololo Maleato	loc	RR	A							
S01ED51	Dorzolamide Cloridrato/Timololo Maleato	loc	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01EE Analoghi delle prostaglandine											
S01EE05	Tafluprost	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 Simpatomimetici, 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-veg					
S01LA05	Aflibercept	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-veg					
S01LA06	Brolucizumab	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-veg					Monitoraggio addizionale
S01X Altri Oftalmologici											
S01XA Altri Oftalmologici											
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					Monitoraggio addizionale
S01XA20	Lacrime Artificiali ed Altri Preparati Indifferenti	loc	RR	C							
S01XA22	Ocriclasmina	intravitr	OSP	H							
S01XA24	Cenegermin	loc	RNRL	H							
S01XA27	Voretigenene neparovec	sottoretinico	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							
V03AB38	Andexanet alfa	ev	OSP	C							Monitoraggio addizionale
V03AC Sostanze Chelanti Del Ferro											
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'iperkaliemia 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							
V03AE05	Ossidrossido zucroferico	os	RRL	A		PT	PHT				
V03AE09	Patiromer	os	RRL	A			PHT				
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	11						
V03AF04	Calcio Levofolinato	im	RR	C			PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 2											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L 648/96	DPC	Note
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 Depressanti 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				
V04CJ Test per la funzionalità tiroidea											
V04CJ01	Tireotropina 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 leixidronampentasodico	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