



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 238 del 14.09.2023

OGGETTO: Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) – LUGLIO-AGOSTO 2023

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

PREMESSO CHE

- con DCA n. 70 del 08/07/2022 sono state aggiornate le Linee Guida e le modalità operative della "Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici" e della "Commissione Aziendale del Farmaco e dei Dispositivi Medici" definendo le nuove procedure di inserimento di un nuovo prodotto farmaceutico o di una nuova indicazione terapeutica nel Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), prevedendo che le richieste di valutazione per l'inserimento dei farmaci/estensioni di indicazione nel PTR possano essere inoltrate, oltre che dalle Commissioni Aziendali del Farmaco e dei Dispositivi Medici (CAFDM), anche dalle Aziende Farmaceutiche, mediante apposita modulistica;
- con le nuove procedure viene garantito l'inserimento in PTR di farmaci ad accesso diretto, quali farmaci con requisito di innovatività, farmaci A-PHT, farmaci per malattie rare, farmaci per HIV, farmaci sottoposti a registro AIFA (web-monitoraggio-appropriatezza prescrittiva), per i quali le Aziende Farmaceutiche trasmettono richiesta di inserimento tramite apposita modulistica con tutta la documentazione necessaria nonché con la definizione del Budget Impact regionale e per Azienda del SSR;

CONSIDERATO che la Commissione Regionale del Farmaco, deputata all'aggiornamento del PTR:

- ha effettuato, tenendo conto degli aspetti clinico-terapeutici e farmaco-economici, la valutazione delle istanze di aggiornamento del PTR inviate al Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari dalle Aziende Farmaceutiche, riassunta nella documentazione agli atti del Settore competente e sinteticamente riportata nell'allegato tecnico allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**);
- ha proceduto, altresì, all'aggiornamento delle tabelle 2 e 3 del DCA 118/2015 "Linee guida Appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia" e delle Schede di Prescrizione della Terapia per farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica (**Allegato 2**);

PRECISATO che ad ogni aggiornamento:

- viene integrato l'elenco unico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) contenente i principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) (**Allegato 3**);
- viene revisionato l'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci inseriti nel PTR (**Allegato 4**);

RICHIAMATI:

- la DGR 371/2010 che approva il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), ai fini dell'acquisizione e prescrivibilità nell'ambito del SSR dei principi attivi ivi contenuti, stabilendone il carattere vincolante per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e la periodicità dell'aggiornamento a cura dell'apposito gruppo di lavoro istituito presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari;
- i provvedimenti relativi all'aggiornamento del PTR, periodicamente adottati con decreti del Commissario ad Acta, da ultimo con il DCA n. 212/2023;
- il carattere vincolante del Prontuario Terapeutico Regionale e delle raccomandazioni in esso contenute;

VISTI:

- l'art. 1, comma 3, dell'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 prevede di assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei farmaci con requisiti di innovatività terapeutica "importante" o l'innovatività terapeutica "potenziale" inseriti in apposito elenco pubblicato periodicamente dall'Agenzia Italiana del Farmaco;
- l'art.10, comma 5, del D.Lgs 158/2012 convertito in L.189/2012 ove è stabilito che "Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale, elaborato allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici, nonché a trasmetterne copia all'AIFA";

DATO ATTO che per le molecole approvate per l'inserimento nel PTR dovranno essere avviate le procedure di acquisizione secondo quanto previsto all'art. 3 del Decreto Legge 10 novembre 2020 n. 150, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181 e ss.mm.ii. che per garantire l'accesso dei pazienti al farmaco, nelle more dell'espletamento delle procedure di aggiudicazione, dovranno essere date disposizioni in merito alla prescrizione e distribuzione dei nuovi farmaci inseriti in PTR;

RITENUTO necessario:

- aggiornare il PTR e conseguentemente recepire l'allegato tecnico (**Allegato 1**) secondo le proposte trasmesse dalle Aziende Farmaceutiche, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- aggiornare le tabelle 2 e 3 del DCA 118/2015 "Linee guida Appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia" e delle Schede di Prescrizione della Terapia per farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica (**Allegato 2**);
- aggiornare l'elenco unico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) contenente i principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) (**Allegato 3**);
- aggiornare l'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci inseriti nel PTR (**Allegato 4**);

STABILITO CHE: le Aziende produttrici dovranno trasmettere eventuali proposte di prova d'uso, cessioni gratuite, comodato d'uso per apparecchiature, servizi di supporto sanitario e dispositivi medici alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR), cui è demandata la relativa valutazione e la conseguente autorizzazione, limitandosi il Dipartimento Tutela della Salute alla mera presa d'atto delle autorizzazioni rilasciate;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 385670 del 06/09/2023.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE

- l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale di cui all'allegato tecnico (**Allegato 1**);
- l'aggiornamento delle tabelle 2 e 3 del DCA 118/2015 "Linee guida Appropriata prescrivibilità per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia" e delle Schede di Prescrizione della Terapia per farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica (**Allegato 2**);
- l'aggiornamento dell'elenco unico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) contenente i principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) (**Allegato 3**);
- l'aggiornamento dell'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci inseriti nel PTR (**Allegato 4**);

DI STABILIRE:

- che le Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere dovranno adottare i provvedimenti necessari alla diffusione del presente decreto in tutte le strutture di competenza, attivando iniziative tese a monitorare l'aderenza da parte dei medici nella prescrizione farmaceutica alle raccomandazioni vincolanti e alle note riportate nel PTR;
- che nelle more dalla conclusione delle procedure di aggiudicazione ed individuazione delle modalità di dispensazione, al fine di garantire la disponibilità dei farmaci di nuovo inserimento in PTR, l'erogazione venga effettuata in distribuzione diretta attraverso le farmacie Distrettuali ed Ospedaliere;
- che per i farmaci inseriti nell'aggiornamento e sottoposti a monitoraggio addizionale, i Centri prescrittori trasmettano trimestralmente, per il tramite delle Direzioni Sanitarie Aziendali, il numero dei pazienti arruolati e le eventuali motivazioni di interruzioni di trattamento, e qualsiasi reazione avversa sospetta mediante l'apposita scheda per ADR (*Adverse Drug Reaction*);
- le Aziende produttrici dovranno trasmettere eventuali proposte di prova d'uso, cessioni gratuite, comodato d'uso per apparecchiature, servizi di supporto sanitario e dispositivi medici alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR), cui è demandata la relativa valutazione e la conseguente autorizzazione, limitandosi il Dipartimento Tutela della Salute alla mera presa d'atto delle autorizzazioni rilasciate;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI NOTIFICARE il presente decreto alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

f.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

**Settore n. 3 - “Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie
Convenzionate, Educazione all’uso consapevole del Farmaco”**

Il Responsabile del Procedimento

f.to Dott.ssa Marianna Veraldi

Il Dirigente del Settore

f.to Dott.ssa Rita Francesca Scarpelli

Il Dirigente Generale

f.to Ing. Iole Fantozzi

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

ATC	Principio Attivo	Specialità Medicinale	Via di Somministrazione	Classe di Appartenenza/Centri Prescrittori	Indicazioni e Limitazioni D'Uso	Note
FARMACI AD ACCESSO DIRETTO						
L01EX18	avapritinib	AYVAKYT	OS	<p>H-RNRL</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>Confezione con AIC n. 049033032/E : UU.OO. Oncologia di Hub Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> <p>Confezioni con AIC n. 049033057/E, 049033018/E, 049033020/E e 049033044/E : UU.OO. Oncologia e Ematologia di Hub - Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	<p>in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mastocitosi sistemica aggressiva (ASM), mastocitosi sistemica associata a neoplasia ematologica (SM-AHN) o leucemia mastocitaria (MCL), in seguito ad almeno una terapia sistemica. Mastocitosi Sistemica codice di esenzione Malattia Rara: RD0081;</p> <p>in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con Tumori stromali gastrointestinali (GIST) non resecabili o metastatici che presentano la mutazione del recettore alfa del fattore di crescita derivato dalle piastrine (PDGFRA) D842V.</p>	<p>Farmaco per Malattia RARA</p> <p>Nota prot. n. 327686 del 18.07.2023</p>
L01FD04	trastuzumab deruxtecan	ENHERTU	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	<p>in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella HER2-positivo non resecabile o metastatico, che hanno ricevuto uno o più precedenti regimi a base di anti-HER2 nel setting metastatico o hanno presentato una progressione di malattia durante un trattamento (neo)adiuvante o entro sei mesi dalla sua interruzione</p>	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Innovatività Piena</p> <p>Nota prot. n. 314668 del 10.07.2023</p>
S01XA18	ciclosporina	IKERVIS	loc	<p>A-PHT-RRL</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oculistica di Hub e Spoke</p>	<p>trattamento della cheratite grave in pazienti adulti con sindrome dell'occhio secco non migliorata malgrado il trattamento con sostituti lacrimali</p>	<p>Farmaco A-PHT</p> <p>Nota prot. n. 314787 del 10.07.2023</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

A10BK03	empagliflozin	JARDIANCE	os	<p>A-PHT-RRL</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria e Endocrinologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali</p>	<p>indicato negli adulti per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica classe NYHA II-III con frazione d'eiezione compresa tra 41 e 59%</p>	<p>Farmaco A-PHT</p> <p>Innovatività Condizionata</p> <p><i>Piano Terapeutico web-based</i></p> <p>Nota prot. n. 314755 del 10.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	<p>in associazione a chemioterapia con o senza bevacizumab, indicato nel trattamento del carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS maggiore o uguale a 1</p>	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Innovatività Piena</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	<p>in associazione a chemioterapia, indicato nel trattamento del carcinoma mammario triplo negativo localmente ricorrente non resecabile o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS = 10 e che non hanno ricevuto una precedente chemioterapia per malattia metastatica</p>	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	<p>in associazione a lenvatinib, indicato nel trattamento del carcinoma dell'endometrio avanzato o ricorrente negli adulti con progressione della malattia durante o dopo un precedente trattamento con una terapia contenente platino in qualsiasi setting e che non sono candidati a chirurgia curativa o radioterapia</p>	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Innovatività Condizionata</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	in associazione a chemioterapia contenente platino e fluoropirimidina, indicato nel trattamento di prima linea di pazienti con carcinoma dell'esofago localmente avanzato non resecabile o metastatico o adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea HER-2 negativo negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS \geq 10	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Innovatività Condizionata</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	in associazione a lenvatinib, indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato negli adulti	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	in monoterapia indicato nel trattamento adiuvante di adulti con carcinoma a cellule renali M1 NED a seguito di nefrectomia e resezione di lesioni metastatiche	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	in associazione a chemioterapia come trattamento neoadiuvante e poi continuato in monoterapia come trattamento adiuvante dopo intervento chirurgico, indicato nel trattamento di adulti con carcinoma mammario triplo negativo localmente avanzato o in fase iniziale ad alto rischio di recidiva	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023</p>
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p>	in monoterapia indicato nel trattamento adiuvante di adulti con melanoma in stadio IIB, IIC e che sono stati sottoposti a resezione completa	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

				UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali		Innovatività Condizionata Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023
L01FF02	pembrolizumab	KEYTRUDA	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	in monoterapia indicato nel trattamento dei seguenti tumori MSI-H (alta instabilità dei microsatelliti) o dMMR (deficit del mismatch repair) negli adulti con: <ul style="list-style-type: none"> • carcinoma del colon-retto non resecabile o metastatico dopo precedente terapia di associazione a base di fluoropirimidina; • carcinoma dell'endometrio avanzato o ricorrente, con progressione della malattia durante o dopo un precedente trattamento con una terapia contenente platino in qualsiasi setting e che non sono candidati a chirurgia curativa o radioterapia; • carcinoma gastrico, dell'intestino tenue o delle vie biliari, non resecabile o metastatico, con progressione della malattia durante o dopo almeno una precedente terapia 	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 342235 del 27.07.2023
L01EX08	lenvatinib	KISPLYX	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	trattamento di adulti affetti da carcinoma a cellule renali (RCC) avanzato in associazione a pembrolizumab, come trattamento di prima linea	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 342773 del 27.07.2023
L01EX08	lenvatinib	LENVIMA	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	in associazione a pembrolizumab è indicato in pazienti adulti per il trattamento del carcinoma dell'endometrio (Endometrial Carcinoma, EC) avanzato o ricorrente, che abbiano mostrato progressione della malattia durante o dopo il trattamento precedente con una terapia contenente platino in qualsiasi contesto e che non	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività Condizionata Nota prot. n. 342764 del 27.07.2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

					siano candidati all'intervento chirurgico o alla radioterapia curativi	
J05AX10	maribavir	LIVTENCITY	os	<p>A-PHT-RRL</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Malattie Infettive e Ematologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali</p>	trattamento dell'infezione e/o della malattia da citomegalovirus (CMV) refrattaria (con o senza resistenza) a una o più terapie precedenti, tra cui ganciclovir, valganciclovir, cidofovir o foscarnet in pazienti adulti che hanno subito un trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) o trapianto di organo solido (SOT).	<p>Farmaco A-PHT</p> <p>Innovatività Condizionata</p> <p>Nota prot. n. 314707 del 10.07.2023</p>
L04AD03	voclosporina	LUPKYNIS	os	<p>A-PHT-RRL</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Reumatologia, Medicina Interna e Nefrologia di Hub e Spoke</p>	in associazione a micofenolato mofetile, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con nefrite lupica (NL) attiva di classe III, IV o V (comprese le classi miste III/V e IV/V)	<p>Farmaco A-PHT</p> <p>Nota prot. n. 314775 del 10.07.2023</p>
L01FX13	enfortumab vedotin	PADCEV	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali</p>	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro uroteliale (UC) localmente avanzato o metastatico che hanno precedentemente ricevuto una chemioterapia contenente platino e un inibitore del recettore di morte programmata 1 o un inibitore del ligando di morte programmata 1	<p>Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA</p> <p>Innovatività Condizionata</p> <p>Nota prot. n. 314707 del 10.07.2023</p>
H01CC54	relugolix, estradiolo e noretisterone acetato	RYECO	os	<p>A-PHT-RRL</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Ginecologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali</p>	trattamento dei sintomi da moderati a severi dei fibromi uterini in donne adulte in età fertile	<p>Farmaco A-PHT</p> <p>Nota prot. n. 379855 del 01.09.2023</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

L01FF05	atezolizumab	TECENTRIQ	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio iniziale	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività Condizionata Nota prot. n. 342716 del 27.07.2023
J05AB16	remdesivir	VEKLURY	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke	Trattamento della malattia da coronavirus 2019 Trattamento precoce della malattia da coronavirus 2019	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 347666 del 31.07.2023
C01DX22	vericiguat	VERQUVO	os	A-PHT-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Endocrinologia, Cardiologia, Medicina interna e Geriatria di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica in pazienti adulti con ridotta frazione di eiezione stabilizzati dopo un recente evento di riacutizzazione che abbia richiesto una terapia per via endovenosa	Farmaco A-PHT <i>Piano Terapeutico web-based</i> Nota prot. n. 314733 del 10.07.2023
N02CD05	eptinezumab	VYEPTI	ev	H-OSP Centri Prescrittori: Rete Regionale delle Cefalee (DCA n. 21 del 07/03/2022) Centri di II - III livello	Indicato per la profilassi dell'emicrania negli adulti, con almeno quattro giorni di emicrania al mese	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 314668 del 10.07.2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

NUOVI FARMACI						
L04AA37	baricitinib	OLUMIANT	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Dermatologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Trattamento dell'alopecia areata severa nei pazienti adulti	Scheda di Prescrizione cartacea GU n. 157 del 07/07/2023
L04AA37	baricitinib	OLUMIANT	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Dermatologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adulti che sono candidati ad una terapia sistemica	Scheda di Prescrizione cartacea GU n. 157 del 07/07/2023
L04AA44	upadacitinib	RINVOQ	os	H-RNRL Centri Prescrittori: Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna	Colite Ulcerosa (CU)	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici GU n. 164 del 15/07/2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

J01DI02	ceftarolina fosamil	ZINFORO	ev	<p>H-OSP</p> <p>Centri Prescrittori:</p> <p>UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke</p> <p>(*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO)</p>	<p>Trattamento delle seguenti infezioni nei neonati, nei lattanti, nei bambini, e negli adolescenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI) • Polmonite acquisita in comunità (CAP) esclusivamente nei casi in cui sia fallito un precedente trattamento antibiotico <p><i>Si devono tenere in considerazione le indicazioni ufficiali sull'impiego appropriato degli agenti antibatterici</i></p>	<p>Scheda di Prescrizione cartacea</p> <p>GU n. 127 del 01/06/2023</p>
---------	---------------------	----------------	----	---	--	--

Aggiornamento Centri Prescrittori e Varie:

<p>AUROZEB (Rosuvastatina/Ezetimibe) : ATC C10BA06. Classe A-RR. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). Nota AIFA 13. Nuovo dosaggio. 40 mg/10mg - compresse rivestite con film - 30 compresse - A.I.C. n. 049228048;</p>
<p>BEKEMV (Eculizumab biosimilare) : ATC L04AA25. Classe H-OSP. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). Nuova formulazione farmaceutica. 300 mg concentrato per soluzione per infusione - uso endovenoso - 1 flaconcino (vetro) 30 ml (10 mg/mL) - A.I.C. n 050644018/E;</p>
<p>FERRIPROX (Deferiprone): ATC V03AC02 - EXJADE (Deferasirox): ATC V03AC03 Classe A-PHT-RNRL. Farmaci già presenti in PTR (DCA n. 164/2018). Integrazione centri prescrittori.</p> <p>Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "Terapia ferrochelante nel sovraccarico di ferro trasfusione dipendente" la Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020 - Centri di II - III livello.</p> <p>Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati, gli specialisti ematologi dei Servizi Trasfusionali di Hub e Spoke.</p>
<p>HEPCLUDEX (Bulevirtide) : ATC J05AX28. Classe A-PHT-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 133/2023). Integrazione centri prescrittori.</p> <p>Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "Trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite delta (HDV) in pazienti adulti positivi a HDV-RNA plasmatico (o sierico) con malattia epatica compensata" le UU.OO. Malattie Infettive e Gastroenterologia di Hub - Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011).</p> <p>Viene aggiunto ai centri prescrittori già abilitati l' U.O. Malattie Infettive - PO Vibo Valentia - ASP Vibo Valentia.</p>

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 238 del 14.09.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 31.08.2023

<p>OKEDI (Risperidone ISM) : ATC N05AX08. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). Nuova formulazione farmaceutica e Nuovo dosaggio. 75 mg - polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato - uso intramuscolare - 1 siringa preriempita + 1 siringa preriempita +2 aghi. A.I.C.: n. 049966017/E; 100 mg - polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato - uso intramuscolare - 1 siringa preriempita + 1 siringa preriempita + 2 aghi. A.I.C.: n. 049966029/E;</p>
<p>TYSABRI (Natalizumab) : ATC L04AA23. Classe H-OSP. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). Nuova formulazione farmaceutica. 150 mg soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - siringa preriempita (vetro) 1 ml (150 mg/ml) - 2 siringhe preriempite - A.I.C. n. 037150024;</p>
<p>VYNDAQEL (Tafamidis): ATC N07XX08 - Classe H-RRL. Farmaci già presenti in PTR (DCA n. 164/2018). Integrazione centri prescrittori.</p> <p>Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "Trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild type o ereditaria nei pazienti adulti affetti da cardiomiopatia (ATTR-CM)" le UU.OO. Cardiologia di Hub - Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011).</p> <p>Viene aggiunta ai centri prescrittori già abilitati, l'U.O. Cardiologia del PO di Polistena - ASP Reggio Calabria.</p>
<p>Aggiornamento tabelle 2 e 3 DCA 118/2015 (Allegato 2 del DCA n. 238 del 14.09.2023). Aggiornamento Schede cartacee per la prescrizione farmaci biologici per area reumatologica, dermatologica, gastroenterologica (Allegato 2 del DCA n. 238 del 14.09.2023).</p>

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
INIBITORI DEL TNF-alfa										
Adalimumab L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapia)	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 monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Etanercept L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Golimumab L04AB06 SC	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X
Infliximab L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	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
Bimekizumab L04AC21 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	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 monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Ixekizumab L04AC13 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Risankizumab L04AC18 EV	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ARTRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Sarilumab L04AC14 SC	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Secukinumab L04AC10 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	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 monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	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 monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AA45 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X
Tofacitinib L04AA29 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX)	X	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

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIR E ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
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

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

Principio attivo	Centri Autorizzati alla prescrizione
INIBITORI DEL TNF-alfa	
Adalimumab L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna e Pediatria
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Golimumab L04AB06 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
Etanercept L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Infliximab L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia

	<ul style="list-style-type: none"> • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna e Pediatria
INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA	
Anakinra L04AC03 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia
Bimekizumab L04AC21 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Brodalumab L04AC12 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Canakinumab L04AC08 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Centri Malattie Rare
Guselkumab L04AC16 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Ixekizumab L04AC13 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Risankizumab L04AC EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Sarilumab L04AC14 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia
Secukinumab L04AC10 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Tildrakizumab L04AC17 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Tocilizumab L04AC07 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia

Ustekinumab L04AC05 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI	
Abatacept L04AA24 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia
Apremilast L04AA32 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Baricitinib L04AA37 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia
Filgotinib L04AA45 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
Tofacitinib L04AA29 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
Upadacitinib L04AA44 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Vedolizumab L04AA33 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
ANTICORPI MONOCLONALI	
Rituximab L01XC02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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*? si no

Se no motivare: _____

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

Se no motivare*: _____

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

 Leflunomide: 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 pazienti 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? si 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
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Apremilast 10/20/30*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib*** _____ solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

*** IMPORTANTE!!

- Per la prescrizione del farmaco: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica *Artrite Psoriasica*

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti: _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- altro _____

- I farmaci **Baricitinib**, **Filgotinib**, **Tofacitinib**[§] e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti e i farmaci **Tofacitinib**[§] e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite psoriasica e Spondilite Anchilosante:
 - se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione
 - se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX)

§ tofacitinib può essere somministrato in monoterapia solo in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

<input type="checkbox"/> è stata diagnosticata artrite reumatoide in fase attiva	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-6 <input type="checkbox"/> anti-IL-1 <input type="checkbox"/> abatacept <input type="checkbox"/> rituximab

Farmaco prescrivibile: tofacitinib, <input type="checkbox"/> è stata diagnosticata una artrite psoriasica attiva con prevalente impegno periferico <input type="checkbox"/> mono/oligo-artrite o <input type="checkbox"/> poliartrite	
Farmaco prescrivibile: upadacitinib <input type="checkbox"/> è stata diagnosticata una artrite psoriasica attiva	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17 <input type="checkbox"/> anti IL-23 <input type="checkbox"/> anti IL12/23 <input type="checkbox"/> apremilast

<input type="checkbox"/> è stata diagnosticata spondilite anchilosante in fase attiva	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenz

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 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)

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
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ev/sc ogni ____gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

*** IMPORTANTE!!!

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- altro _____

Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione Artrite Reumatoide e Spondilite Anchilosante (GU n.59/2023) e Artrite Psoriasica (GUn.58/2023) erano già in trattamento con JAKi si dispone quanto segue:

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

Per ARTRITE REUMATOIDE

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: baricitinib, filgotinib, tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi:
	<input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-6 <input type="checkbox"/> anti-IL-1
	<input type="checkbox"/> abatacept <input type="checkbox"/> rituximab

Per ARTRITE REUMATOIDE

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17 <input type="checkbox"/> anti IL-23 <input type="checkbox"/> anti IL12/23 <input type="checkbox"/> apremilast

Per SPONDILITE ANCHILOSANTE

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

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 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 _____
(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Remissione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione Artrite Reumatoide e Spondilite Anchilosante (GU n.59/2023) e Artrite Psoriasica (GU n.58/2023) erano già in trattamento con JAKi si dispone quanto segue:

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

Per ARTRITE REUMATOIDE

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: baricitinib, filgotinib, tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-6 <input type="checkbox"/> anti-IL-1 <input type="checkbox"/> abatacept <input type="checkbox"/> rituximab

Per ARTRITE PSORIASICA

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17 <input type="checkbox"/> anti IL-23 <input type="checkbox"/> anti IL12/23 <input type="checkbox"/> apremilast

Per SPONDILITE ANCHILOSANTE

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

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-morbidity Altro _____ Ciclosporina:Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidity Altro _____ Dimetilfumarato:Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidity 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 RCP e alla Scheda di Prescrizione cartacea di AIFA GU 117/2022.

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
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc in fase di induzione	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave. Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- **PASI-BSA**

- PASI > 10 e BSA > 10 Oppure

- PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

- Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

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 Pediatrico
Anno *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
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

• **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

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
- Gravidanza Intervento chirurgico Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Altro (specificare): _____

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____	_____ mg ogni _____ gg	
	*Biosimilare in Commercio		

<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

• **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

**In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

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° _____

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
TNFi			
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg in fase di induzione	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
Anti-integrine			
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ev ogni _____ settimane	
Anti-interleuchine			
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ gg	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PER I FARMACI TNFI (ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, INFILIXIMAB), ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCHINE (USTEKINUMAB)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (*Mayo globale* compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri:
 - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

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° □□

I farmaci elencati in questa scheda di prescrizione devono essere prescritti seguendo specifici criteri di appropriatezza che dipendono sia dalla classe farmacologica, sia dall'identificazione di particolari fattori di rischio.

La sequenza di trattamento prevede che il paziente possa accedere ai principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori del TNF-alfa (TNFi: adalimumab, golimumab, infliximab), anti-integrine (vedolizumab) e antiinterleuchine (ustekinumab) al fallimento della terapia convenzionale e secondo i criteri specificati nella griglia riportata di seguito.

In aggiunta ai criteri riportati, i principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori delle janus chinasi (JAKi: filgotinib, tofacitinib, upadacitinib) possono essere rimborsati nelle condizioni indicate nell'apposita sezione.

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
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

***** IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PER I FARMACI TNFi (ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, INFLIXIMAB), ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCINE (USTEKINUMAB)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (*Mayo globale* compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri:
 - dipendenza da un trattamento con steroidi per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio benefico/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

In aggiunta ai criteri di rimborsabilità relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, ustekinumab e vedolizumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib, upadacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- **se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA** (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari - come infarto del miocardio o ictus-, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento* della terapia con uno o più TNFi;

- **se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA:** unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (terapia convenzionale, TNFi, anti-interleuchine, antiintegrine) ritenute clinicamente opportune/possibili dal medico prescrittore.

PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione (GU n.58/2023) erano già in trattamento con tofacitinib si dispone quanto segue:

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.

- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto benefico/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

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

Nel caso di terapia con JAKi si raccomanda di informare il paziente dei possibili rischi associati al trattamento con questi medicinali, come indicato anche nella nota informativa importante sulla sicurezza dei JAKi del 16 marzo 2023. Qualora disponibile può essere raccomandata una dose più bassa, a seconda del medicinale e del fattore di rischio specifico.

NB. Per la posologia e le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento anche agli RCP dei singoli farmaci

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con tofacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

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
- Gravidanza Intervento chirurgico Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

- Altro (specificare): _____

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

***** IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PER I FARMACI TNFI (ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, INFLIXIMAB), ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCHINE (USTEKINUMAB)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (*Mayo globale* compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri:
 - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

In aggiunta ai criteri di rimborsabilità relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, ustekinumab e vedolizumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib, upadacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- **se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA** (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari - come infarto del miocardio o ictus-, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento* della terapia con uno o più TNFi;
- **se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA**: unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (terapia convenzionale, TNFi, anti-interleuchine, antiintegrine) ritenute clinicamente opportune/possibili dal medico prescrittore.

PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione (GU n.58/2023) erano già in trattamento con tofacitinib si dispone quanto segue:

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

Nel caso di terapia con JAKi si raccomanda di informare il paziente dei possibili rischi associati al trattamento con questi medicinali, come indicato anche nella nota informativa importante sulla sicurezza dei JAKi del 16 marzo 2023. Qualora disponibile può essere raccomandata una dose più bassa, a seconda del medicinale e del fattore di rischio specifico.

NB. Per la posologia e le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento anche agli RCP dei singoli farmaci

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con tofacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

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

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



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 7

DCA n. 238 del 14.09.2023

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 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
Ricetta DEMA	Ricetta Dematerializzata
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
Sistema TS	Sistema Tessera Sanitaria
Scheda cartacea AIFA	Scheda AIFA di prescrizione cartacea
Scheda Regionale DCA	Nota 1-48 : DCA 36/2023
	Nota 13 : DCA 36/2023
	Nota 15 : DCA 36/2023
	EBPM : DCA 36/2023
	Nota 74 : DCA 133/2023
	Nota 95 : DCA 36/2023
	PT Generico : DCA 36/2023
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	intravitreale
vesc	vescicale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
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 antimeteorici											
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	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BA02	Ranitidina	os,ev	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BA03	Famotidina	os,ev	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BA04	Nizatidina	os	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BB Prostaglandine											
A02BB01	Misoprostolo	os	RNR	A	1	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC Inibitori della Pompa Acida											
A02BC01	Omeprazolo	os,ev	RR/OSP	A/H	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC02	Pantoprazolo	os	RR	A	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC03	Lansoprazolo	os	RR	A	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC04	Rabeprazolo	os	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC05	Esomeprazolo	os, ev	RR/OSP	A/H	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BX Altri Farmaci - Trattamento dell'ulcera Peptica e della malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)											
A02BX02	Sucralfato	os	RR	A							
A02BX13	Acido Alginico	os	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	Floroglucinololo	im,ev	RR	A							
A03AX13	Siliconi	os	OTC/SOP	C							
A03B Belladonna e Derivati, non associati											
A03BA Alcaloidi della bella donna, amine terziarie											
A03BA01	Atropina Solfato	ev,im,sc	RR/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	Ondansetrone	os,im,ev	RR/OSP	A/H							
A04AA02	Granisetrono Cloridrato	os,im,ev,td	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Tietilperazina Dimaleato	os	RR	C							
A05	Terapia Biliare ed Epatica										
A05A	Terapia Biliare										
A05AA	Preparati a base di Acidi Biliari										
A05AA02	Acido Ursodesossilico	os	RR	A	2						
A05AA03	Acido colico	os	RNRL	H							Orphan drug
A05AA04	Acido obeticolico	os	RRL	H		Piano Terapeutico cartaceo AIFA					Orphan drug
A05AA49	Acido Tauroursodesossilico Diidrato	os	RR	A	2						
A05AX	Altri farmaci per la terapia biliare										
A05AX05	Odevixibat	os	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Farmaci malattie rare
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A07EC02	Mesalazina	os,ret	RR	A							
A07F	Microorganismi Antidiarroici										
A07XA04	Racecadotril	os	RR	C							
A08A	Farmaci contro l'obesità, esclusi i prodotti dietetici										
A08AA	Farmaci contro l'obesità ad azione centrale										
A08AA12	Setmelanotide	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
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							Monitoraggio addizionale
A10AB05	Insulina Aspart	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB05	Insulina Aspart biosimilare	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB06	Insulina Glulisina	sc	RR	A							
A10AC	Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione intermedia										
A10AC01	Insulina Umana Iosofano 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	
A10AE04	Insulina Glargine Biosimilare	sc	RR	A			PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10AE05	Insulina detemir	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE06	Insulina degludec	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE54	Insulina glargine/lixisenatide	sc	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10AE56	Insulina degludec/liraglutide	sc	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
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	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT				
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD09	Alogliptin + pioglitazone	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD13	Alogliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD15	Dapaglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD16	Canaglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD19	Empaglifozin + linagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	
A10BD20	Empaglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10BD24	Ertuglifozin + sitagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10BF	Inibitori dell'alfa-Glucosidasi										
A10BF01	Acarbosio	os	RR	C							
A10BG	Tiazolidioni										
A10BG03	Pioglitazone	os	RR	A			PHT				
A10BH	Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)										
A10BH01	Sitagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT				
A10BH02	Vildagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT				
A10BH03	Saxagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BH04	Alogliptin	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BH05	Linagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BX	Altri Ippoglicemizzanti Orali esclusi le insuline										
A10BX02	Repaglinide	os	RR	A							
A10BJ	Analoghi dei recettori GLP-1										
A10BJ01	Exenatide	sc	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ02	Liraglutide	sc	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ03	Lixisenatide	sc	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ05	Dulaglutide	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ06	Semaglutide	sc,os	RRL/RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10BK	Inibitori del co trasportatore SGLT2										
A10BK01	Dapaglifozin	os	RR*/RRL	A	*100	PT web-based AIFA/*Scheda di prescrizione cartacea/ *PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK02	Canaglifozin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK03	Empaglifozin	os	*RR/RRL	A	*100	PT web-based AIFA/*Scheda di prescrizione cartacea/ *PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK04	Ertuglifozin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A11	Vitamine										
A11A	Pollivitaminici associati										
A11AA	Pollivitaminici associati a minerali										
A11AA04	Complesso Vitaminico/Sali Minerali	os	OTC	C							
A11B	Pollivitaminici, non associati										
A11C	Vitamine A e D, comprese le loro associazioni										
A11CA	Vitamina A, non associata										
A11CA01	Retinolo Palmitato	os	RR	C							
A11CC	Vitamina D ed Analoghi										
A11CC01	Ergocalciferolo	im	RR	A							
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	RR	A							
A11CC03	Alfacalcidolo	os	RR	A							
A11CC04	Calcitriolo	os,ev	RR/RNRL	A/H							
A11CC05	Colecalciferolo	os,im	RR	A	96						
A11CC06	Calcifediolo	os	RR	A	96						
A11D	Vitamina B1 sola o in associazione con Vit. B6 e Vit. B12										
A11DA	TIAMINA (VITAMINA B1), NON ASSOCIATA										
A11DA01	Tiamina cloridrato	im	RR	C							
A11DB	Vitamina B1, in associazione con Vit. B6 E/O Vit. B12										
A11DB	Tiamina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Idrossicobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Cianocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Idrossicobalamina	os,im	SOP	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11	Complesso Vitaminico										
A11G	Vitamina C, comprese le associazioni										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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
A16AB Enzimi											
A16AB02	Imiglucerasi	ev	OSP	H							
A16AB03	Agalsidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB04	Agalsidasi beta	ev	OSP	H							
A16AB05	Laronidasi	ev	RR	H							
A16AB07	A-glicosidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB08	Galsulfase	ev	OSP	H							
A16AB09	Idursulfase	ev	RR	H							Monitoraggio addizionale
A16AB10	Velaglucerasi alfa	ev	RR	H							Orphan drug
A16AB12	Elosulfase alfa	ev	OSP	H							Orphan drug
A16AB14	Sebelipasi alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
A16AB15	Velmanase alfa	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
A16AB17	Cerliponase alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H							Orphan drug
A16AB21	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AX Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo											
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX04	Nitisinone	os	RR	A			PHT				Farmaci malattie rare
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
A16AX12	Trientina diidrocilidrato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX12	Trientina tetraidrocilidrato	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
A16AX18	Lumasiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
B SANGUE ED ORGANI EMATOPOIETICI											
B01 Antitrombotici											
B01A Antitrombotici											
B01AA Antagonisti Della Vitamina K											
B01AA03	Warfarin	os	RR	A	97	Sistema TS					
B01AA07	Acenocumarolo	os	RR	A	97	Sistema TS					
B01AB Eparinici											
B01AB01	Eparina sodica	ev,sc	RR	A			PHT				
B01AB02	Antitrombina III	ev	OSP	H							
B01AB04	Dalteparina Sodica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
B01AB05	Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
B01AB06	Nadroparina Calcica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
B01AB07	Parnaparina	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	
B01AB09	Danaparoid	ev	RR	H							Farmaci malattie rare
B01AB10	Tinzaparina	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
B01AB08	Reviparina Sodica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
B01AB12	Bemiparina sodica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B01AC24	Ticagrelor	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B01AC25	Cangrelor	ev	OSP	H							
B01AC27	Selexipag	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
B01AC30	Clopidogrel/acido acetilsalicilico	os	RR	A			PHT				
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV
B01AF Inibitori diretti del fattore Xa											
B01AF01	Rivaroxaban	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV
B01AF02	Apixaban	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV
B01AF03	Edoxaban	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV
B01AX Altri Antitrombotici											
B01AX04	Dermatan Solfato	ev	OSP	H							
B01AX05	Fondaparinux sodico	sc	RR	A			PHT			DPC	
B01AX07	Caplacizumab	ev	RRL	H							Orphan drug
B02 Antiemorragici											
B02A Antifibrinolitici											
B02AA Aminoacidi											
B02AA02	Acido Tranexamico	os,ev	RR	A							
B02AB Inibitori delle Proteasi											
B02AB02	Alfa1-antitripsina	ev	RNRL	H							
B02AB49	Gabexato	ev	OSP	H							
B02B Vitamina K ed Altri Emostatici.											
B02BA Vitamina K											
B02BA49	Menadiolo Sodio Solfato	im	RR	C							
B02BA01	Fitomenadione	os,im	RR	A							
B02BC Emostatici Locali											
B02BC30	Fibrinogeno umano/fattore XIII della coagulazione/aprotinina sintetica	epiles	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno umano/trombina umana Spugna medicata	spugna medicata	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno/fibronectina/trombina	epiles	OSP	C							
B02BC30	Proteina coagulante umana/trombina/Ac. Tranexamico/Calcio Cloruro	epiles	OSP	C							
B02BD Fattori della Coagulazione del Sangue											
B02BD	Complesso Protrombinico Umano	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
B02BD01	Fattore IX, II, VII, X della coagulazione, prot. c, prot. s.	ev	OSP	H							
B02BD02	Efmoroctocog	ev	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Moroctocog Alfa - (Fattore VIII di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Octocog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Fattore VIII Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Turoctocog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Turoctocog alfa pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD02	Simococog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Lonococog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Rurioctocog Alfa Pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD02	Damococog Alfa Pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD03	Complesso protrombinico attivato- fattore VIII	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD04	Nonacog beta pegilato - Fattore IX Di Coagulazione ricombinante	ev	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
B02BD04	Fattore IX di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD04	Eftrenonacog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphan drug
B02BD04	Albutreponacog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphan drug
B02BD04	Nonacog gamma	ev	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD05	Fattore VII della coagulazione sangue umano liofilizzato	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD06	Fattore Von Willebrand umano	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	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		Scheda Regionale DCA PT generico					
B01BD11	Catridecagoc	ev	OSP	H							
B02BD14	Susococog 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					Farmaci malattie rare

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 Ferrigluconato	os	RR	A							
B03AC Ferro, preparati parenterali											
B03AC	Carbossimaltoso ferrico	ev	OSP	H							
B03AC	Derisomaltosio ferrico	ev	OSP	H							
B03AD Ferro In Associazione con Acido Folico											
B03AD03	Ferroso Solfato/Acido Ascorbico/Acido Folico	os	RR	C							
B03B Vitamina B12 ed Acido Folico											
B03BA Vitamina B12 (Cianocobalamina e Derivati)											
B03BA01	Cianocobalamina	sc,im	RR	A							
B03BA03	Idrossocobalamina	os,ev,im	RR	C							
B03BB Acido Folico e Derivati											
B03BB01	Acido Folico Sale Sodico	os,im	RR	A							
B03X Altri Preparati Antianemici											
B03XA Altri Preparati Antianemici											
B03XA01	Eritropoietina alfa originator	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA01	Eritropoietina alfa biosimilare	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA01	Eritropoietina beta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA01	Eritropoietina zeta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA01	Eritropoietina teta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA02	Darbeoietina Alfa	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoietina beta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B04XA05	Roxadustat	os	RNRL	A		Piano Terapeutico cartaceo AIFA	PHT				
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	Scheda Regionale DCA Nota 15					
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche	ev	RR	C							
B05AA05	Destrano 40	ev	OSP	H							
B05AA05	Destrano 70	ev	OSP	C							
B05AA06	Derivati della gelatina	ev	OSP	H							
B05AA07	Idrossietil-Amido	ev	OSP	H							
B05B Soluzioni Endovena											
B05BA Soluzioni Nutrizionali Parenterali											
B05BA01	Aminoacidi	ev	RNRL	C							
B05BA02	Emulsioni di grassi	ev	RNRL	C							
B05BA03	Carboidrati	ev	RR	A/C							
B05BA04	Idrosilati proteici	ev	RR	A							
B05BA10	Associazioni	ev	RNRL	H/C							
B05BB Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico											
B05BC Soluzioni che favoriscono la Diuresi Osmotica											
B05BC01	Mannitolo	ev	RR	C							
B05BC49	Glicerolo	ev	RR	C							
B05C Soluzioni per irrigazioni											
B05CB	Soluzioni saline	ev		C							
B05CX Altre soluzioni per irrigazione											
B05D Soluzioni per dialisi peritoneale											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	RR	C							
B05ZA	Soluzioni per emodialisi	ev	RR	C							
B05ZB	Emofiltrati	ev	OSP	C							
B06 Altri Agenti Ematologici											
B06A Altri Agenti Ematologici											
B06AA Enzimi											
B06AA03	Ialuronidasi	iniezione 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	Inibitore umano della C1-esterasi	ev, sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Farmaci malattie rare
B06AC05	Lanadelumab	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Orphan drug
B06AX Altri agenti ematologici											
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE											
C01 Terapia Cardiaca											
C01A Glucosidi Cardiacci											
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	Amlodarone Cloridrato	os, ev	RR/OSP	A/H							
C01BD05	Ibutilide Fumarato	ev	OSP	C							
C01BD07	Dronedarone	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
C01C Stimolanti Cardiacci, esclusi i Glucosidi Cardiacci											
C01CA Adrenergici e Dopaminergici											
C01CA01	Etilerfrina 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		Scheda Regionale DCA PT generico					
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							
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C01DX22	Vericiguat	os	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				
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		Piano Terapeutico Cartaceo AIFA	PHT				
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,jm	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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
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,jm	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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C04	Vasodilatatori Periferici										
C04A	Vasodilatatori Periferici										
C04AD	Derivati Purinici										
C05	Vasoprotettori										
C05A	Antiemorroidali per uso topico										
C05AA	Prodotti a base di Corticosteroidi										
C05AA01	Idrocortisone/Esculoside/Amilocaina/Benzocaina/Benzalconio C	ret,loc	SOP	C							
C05AA01	Lidocaina Cloridrato/Idrocortisone Acetato	loc	SOP	C							
C05B	Terapia antivaricosa										
C05BA	Eparine o Eparinoidi per uso topico										
C05BA03	Escina/fosfatidil colina	loc	RR	C							
C05BB	Sostanze Sclerosanti per iniezioni locali										
C05BB02	Polidocanolo	ev	RR	C							
C05C	Sostanze Capillaroprotettrici										
C05CX	Altre Sostanze Capillaroprotettrici										
C07	Betabloccanti										
C07A	Betabloccanti, Non Associati										
C07AA	Betabloccanti, Non Selettivi, Non Associati										
C07AA05	Propranololo Cloridrato	os	RR/RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	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 Dihidropiridinici										
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C09	Sostanze ad azione sul Sistema Renina-Angiotensina										
C09A	Ace-Inibitori, Non Associati										
C09AA	Ace Inibitori, Non Associati										
C09AA01	Captopril	os	RR	A							
C09AA02	Enalapril	os	RR	A							
C09AA03	Lisinopril Diidrato	os	RR	A							
C09AA04	Perindoprilert-butilamina	os	RR	A							
C09AA05	Ramipril	os	RR	A							
C09AA06	Quinapril	os	RR	A							
C09AA15	Zofenopril calcio	os	RR	A							
C09B	Ace Inibitori, Associazioni										
C09BA	Ace Inibitori e Diuretici										
C09BA01	Captopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA02	Enalapril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA04	Perindopril/Indapamide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Piretanide	os	RR	A							
C09BA08	Cilazapril Monidrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA15	Zofenopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BB	Ace Inibitori e Calcio Antagonisti										
C09BB10	Verapamil Cloridrato/Trandolapril	os	RR	C							
C09C	Antagonisti dell'angiotensina II										
C09CA	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati										
C09CA01	Losartan potassico	os	RR	A							
C09CA02	Eprosartan	os	RR	A							
C09CA03	Valsartan	os	RR	A							
C09CA04	Irbesartan	os	RR	A							
C09CA06	Candesartan	os	RR	A							
C09CA07	Telmisartan	os	RR	A							
C09CA08	Olmesartan	os	RR	A							
C09D	Antagonisti dell'angiotensina II, Associazioni										
C09DA	Antagonisti dell'angiotensina II e Diuretici										
C09DA01	Losartan Potassico/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA02	Eprosartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA03	Valsartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA04	Irbesartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA07	Telmisartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA12	Olmesartan/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09DB02	Olmesartan medoxomil + amlodipina	os	RR	A							
C09DX04	Sacubitril/valsartan	os	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT			DPC	
C09XA	Inibitori della renina										
C09XA02	Aliskiren emifumarato	os	RR	A							
C10	Sostanze Ipolipemizzanti										
C10A	Ipocholesterolemizzanti ed Ipotrigliceridemizzanti										
C10AA	Inibitori della HmgCoa Reduttasi										
C10AA01	Simvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA02	Lovastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA03	Pravastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA04	Fluvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA05	Atorvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA07	Rosuvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AB	Fibrati										
C10AB02	Bezafibrato	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AB04	Gemfibrozil	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AB05	Fenofibrato	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10BA10	Acido bempedoico/ezetimbe	os	RR	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
C10AC	Sequestranti degli Acidi Biliari										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C10AC01	Colestiramina	os	RR	A							
C10AX Altre sostanze modificatrici die lipidi											
C10AX06	Omega 3 trigliceridi inclusi altri esteri ed acidi	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AX09	Ezetimibe	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
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				
C10AX15	Acido bempedoico	os	RR	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
C10AX16	Inclisiran	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
C10AX18	Volanesorsen	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
C10B Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni											
C10BA Inibitori dell'HMG CoA reductasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi											
C10BA02	Ezetimibe/Sinvastatina	os	RR	A							
C10BA05	Atorvastatina/Ezetimibe	os	RR	A/C	13	Scheda Regionale DCA Nota 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 Nitrate	loc	RR	C							
D01AC08	Chetoconazolo	loc	SOP	C							Monitoraggio addizionale
D01AE Altri Antimicotici per uso topico											
D01AE14	Ciclopirox Sale Di Olamina	loc	RR	C							
D01B Antimicotici per uso sistemico											
D01BA Antimicotici per uso sistemico											
D01BA01	Griseofulvina	os	RR	A							
D02BB Sostanze per uso sistemico contro le radiazioni UV											
D02BB02	Afamelanotide	imp. sc	OSP	C							Monitoraggio addizionale
D03 Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni											
D03BA	Enzimi proteolitici	loc	OSP	H							
D04 Antipruriginosi, inclusi Antistaminici, Anestetici, ecc.											
D04A Antipruriginosi, inclusi Antistaminici, Anestetici, ecc.											
D04AA Antistaminici per uso topico											
D04AB Anestetici per uso topico											
D04AB01	Lidocaina	loc	RR/SOP/OTC	C							
D04AB04	Benzocaina/Alcool Benzilico/Cloroxilenolo	loc	OTC	C							
D05 Antipsoriasici											
D05A Antipsoriasici per uso topico											
D05AA Catrami											
D05AA	Catrame di carbon fossile	loc		m.p.							
D05AX Altri Antipsoriasici per uso topico											
D05AX02	Calcipotriolo	loc	RR	A							
D05B Antipsoriasici per uso sistemico											
D05BB Retinoidi per il trattamento della Psoriasi											
D05BB02	Acitretina	os	RNR	A							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 Argentina	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		Piano Terapeutico cartaceo AIFA	PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
D06BB10	Imiquimod 3,75%	loc	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					
D06BX	Altri Chemioterapici										
D06BX01	Metronidazolo	loc	RR	C							
D06BX03	Tirbanibulina	loc	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					Monitoraggio addizionale
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	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
D11AH05	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			
D11AH07	Tralokinumab	sc	RNRL	H							Scheda cartacea AIFA
D11AH08	Abrocitinib	os	RNRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					
D11AX	Altri Dermatologici										
D11AX15	Pimecrolimus	loc	RRL	C							
D11AX18	Diclofenac in ialuronato	loc	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					
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							
G01AA51	Tinidazolo/Nistatina	vag	RR	C							
G01AF	Derivati Imidazolici										
G01AF01	Metronidazolo	vag	RR	C							
G01AF04	Miconazolo Nitrato	vag	RR	C							
G01AF05	Econazolo	vag	RR	C							
G01AF13	Azanidazolo	vag	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G01AX Altri Antimicrobici ed Antisettici											
G01AX12	Ciclopirox	vag	RR	C							
G01BA Antibiotici e corticosteroidi											
G01BA	Idrocortisone + neomicina	vag	RR	C							
G02 Altri Ginecologici											
G02A Ostitociti											
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							
G02C Altri preparati ginecologici											
G02CA Simpatomimetici, Tocolitici											
G02CA01	Ritodrina	os,ev	RNR	A							
G02CA49	Isosuprina	ev,im	RNR	C							
G02CB Inibitori della Prolattina											
G02CB03	Cabergolina	os	RNR	A							
G02CC Preparati Antinfiammatori per somministrazione vaginale											
G02CC01	Ibuprofene Isobutanolammonio	vag	SOP	C							
G02CC02	Naproxene	vag	SOP	C							
G02CC03	Benzidamina Cloridrato	vag	SOP	C							
G02CX Altri Ginecologici											
G02CX01	Atosiban Acetato	ev	OSP	H							
G03 Ormoni Sessuali e Modulatori del Sistema Genitale											
G03A Contraccettivi Ormonali Sistemici											
G03AA Associazioni fisse estro-progestiniche											
G03AA07	Levonorgestrel + Etinilestradiolo	os	RR	A							
G03AA10	Etinilestradiolo/Gestodene	os	RR	A							
G03AC Progestinici											
G03AC03	Levonorgestrel	os	RNR	C							Monitoraggio addizionale
G03AC08	Etonogestrel	imp. sc	RNRL	C							
G03AD Contraccettivi d'emergenza											
G03AD01	Levonorgestrel	os	RNR	C							
G03B Androgeni											
G03BA Derivati del 3-oxoandrostene											
G03BA03	Testosterone (enantato/undecanoato)	os,im,Joc	RNRL	A	36	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
G03BB Dderivati del 5-androstanone											
G03BB01	Mesterolone	os	RNRL	C							
G03C Estrogeni											
G03CA Estrogeni naturali e semisintetici, non associati											
G03CA01	Etinilestradiolo	os	RNR	A							
G03CA03	Estradiolo	os,td,im	RNR	A					SI		
G03CA04	Estriolo	vag	RNR	A							
G03CA09	Promestriene	os,vag	RR	A							
G03D Progestinici											
G03DA Derivati del Pregnene											
G03DA02	Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	A							
G03DA03	Idrossiprogesterone	im	RNR	A							
G03DA04	Progesterone	vag,td,im,os	RNR	A							
G03DB Derivati del Pregnadiene											
G03DB01	Didrogesterone	os	RR	A							
G03DC Derivati dell'estrene											
G03DC02	Noretisterone	os	RNR	A							
G03F Progestinici + Estrogeni In Associazione											
G03FB Preparati Sequenziali Estro-Progestinici											
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	C							
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrogestone	os	RNR	C							
G03FB	Estradiolo Emiidrato/Trimegestone	os	RNR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G03G	Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione										
G03GA	Gonadotropine										
G03GA01	Gonadotropina Corionica	im	RR	A							Monitoraggio addizionale
G03GA02	Menotropina	im	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA04	Urofollitropina	im	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA05	Follitropina alfa da DNA ricombinante	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA06	Follitropina beta	im	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA07	Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA08	Corifollitropina alfa	sc	RNRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA09	Coriogonadotropin alfa	sc	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA10	Follitropina delta	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT				
G03GA30	Follitropina alfa/Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	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	Scheda Regionale DCA PT generico	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	Oxibutinina Cloridrato	os	RR	A	87						
G04BD07	Tolterodina Tartrato	os	RR	C							
G04BE	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni dell'erezione										
G04BE01	Alprostadil	intracaver	RNR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico					
G04BE03	Sildenafil citrato	os	RR/RRL	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BE08	Tadalafil	os	RRL/RR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BE09	Vardenafil cloridrato tridrato	os	RR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BE10	Avanafil	os	RR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	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 Ipofisari, Ipotalamici ed analoghi										
H01A	Ormoni del Lobo Anteriore dell'ipofisi ed analoghi										
H01AA	Acth										
H01AA02	Tetracosactide Esacetato	ev	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H01AC Somatropina ed Analoghi											
H01AC01	Somatropina	im,sc	RRL	A	39	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
H01AC03	Mecasermina	sc	RNRL	H							
H01AC08	Somatrogon	sc	RRL	A	39		PHT				
H01AX Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi											
H01AX01	Pegvisomant	sc	RNRL	H			PHT				
H01BA Vasopressina ed analoghi											
H01BA01	Argipressina	ev	OSP	C		Scheda Regionale DCA PT generico					
H01BA02	Desmopressina Acetato	os,ev,jm	RR	A			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		Scheda Regionale DCA PT generico					
H01CA01	Gonadorelina	nas	RR	A			PHT			DPC	
H01CB Ormone Anticrescita											
H01CB01	Somatostatina Acetato	ev	OSP	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
H01CB02	Octreotide Acetato	sc,jm	RR	A			PHT		SI	DPC	
H01CB03	Lanreotide Acetato	im	RR	A			PHT			DPC	
H01CB05	Pasireotide	sc	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug
H01CC Ormoni liberatori delle anti-gonadotropine											
H01CC54	Relugolix, estradiolo e noretisterone	os	RRL	A			PHT				
H02 Corticosteroidi Sistemici											
H02A Corticosteroidi Sistemici, non associati											
H02AA Mineralcorticoidi											
H02AA03	Desossicortone Acetato	im	RR	A							
H02AA03	Desossicortone Enantato	im	RR	A							
H02AB Glicocorticoidi											
H02AB01	Betametasona fosfato disodico	os,ev,jm	RR	A							
H02AB02	Desametasona	os,ev,jm	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone	os,ev,jm	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Acetato	im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Emisuccinato Sodico	ev,jm	RR	A							
H02AB06	Prednisolone emisuccinato sodico	im	RR	C							
H02AB07	Prednisone	os	RR	A							
H02AB08	Triamcinoloneacetone	im	RR	A							
H02AB09	Idrocortisone Emisuccinato Sodico	os,im,ev	RRL/RRL	A/H			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/Ildocaina	im	RR	C							
H02C Preparati antisurrenali											
H02CA Anticorticosteroidi											
H02CA02	Osilodrostat	os	RNRL	H							Farmaci malattie rare
H02CA03	Ketoconazolo	os	RNRL	A			PHT				Orphan drug
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H04 Ormoni Pancreatici											
H04A Ormoni Glucogenolitici											
H04AA Ormoni Glucogenolitici											
H04AA01	Glucagone	im	RR	A							
H05AA02	Teriparatide	sc	RR	A	79	Scheda Regionale DCA PT generico			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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI		
H05BX02	Paracalcitolo	ev,os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H05BX04	Etelcalcetide	ev	RRL	A			PHT				
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO											
J01 Antibatterici per uso sistemico											
J01A Tetracicline											
J01AA Tetracicline											
J01AA02	Doxiciclina	os	RR	A							
J01AA08	Minociclina Dicloridrato	os	RR	A							
J01AA12	Tigeciclina	ev	OSP	H							
J01B Amfenicoli											
J01BA Amfenicoli											
J01BA02	Tiamfenicolo Glicinato Cloridrato	im,ev	RR	C							
J01C Antibatterici Beta Lattamici, Penicilline											
J01CA Penicilline ad ampio spettro											
J01CA01	Ampicillina	os,ev,im	RR	C/A							
J01CA04	Amoxicillina Tridrato	os,ev,im	RR/OSP	A/H							
J01CA06	Bacampicillina cloridrato	os	RR	A							
J01CA10	Mezlocillina Sodica Monoidrata	im	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CA12	Piperacillina	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CE Penicilline sensibili alle Beta-Lattamasi											
J01CE01	Benzilpenicillina potassica	im	OSP	H							
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/Subbactam	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CR02	AmoxicillinaTriidrato e sodica/Potassio Clavulanato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01CR05	Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico	ev,im	RR/OSP	A/H	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
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	Scheda Regionale DCA PT generico					
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01DD12	Cefoperazone	im	RR	A							
J01DD13	Cefpodoxima proxetil	os	RR	A							
J01DD16	Cefditorena pivoxil	os	RR	A							
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H							
J01DE	Cefalosporine di IV generazione										
J01DE01	Cefepime Dicloridrato Monoidrato	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01DF	Monobattami										
J01DF01	Aztreonam	inal	OSP	C	56						
J01DH	Carbapenemi										
J01DH	Ertapenem	ev	OSP	H							
J01DH02	Meropenem Triidrato	ev	OSP	H							
J01DH51	Imipenem/Cilastatina	ev,im	RR/OSP	A/H	56						
J01DH52	Meropenem/vaborbactam	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
J01DH56	Imipenem/cilastatina/relebactam	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Scheda cartacea AIFA
J01DI	Altre cefalosporine e penemi										
J01DI01	Ceftobiprololo	ev	OSP	H							
J01DI02	Ceftaroline fosamil	ev	OSP	H							
J01DI04	Cefiderocol	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H							
J01E	Sulfonamidi e Trimetoprim										
J01EE	Associazioni di Sulfonamidi con Trimetoprim, inclusi i derivati										
J01EE01	Sulfametozolo 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	Dalfopristin/Quinupristin	ev	OSP	H							
J01G	Antibatterici Aminoglicosidici										
J01GB	Altri Aminoglicosidi										
J01GB01	Tobramicina	im,ev	RR/RNRL	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
J01GB03	Gentamicina	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01GB06	Amikacina Solfato	im,ev	RR/OSP	A/H	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01GB07	Netilmicina	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01M	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							
J01MA12	Levofloxacina	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
J01MA14	Moxifloxacina Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01MA17	Prulifloxacina	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01MB Altri Chinolonici											
J01MB04	Acido Pipemidico	os	RR	A							
J01MB06	Cinoxacina	os	RR	A							
J01X Altri Antibatterici											
J01XA Antibatterici Glicopeptidici											
J01XA01	Vancomicina Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01XA02	Teicoplanina	im,ev	RR	A	56						
J01XA04	Dalbavancina	ev	OSP	H							
J01XA05	Oritavancina	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J01XB Polimixine											
J01XB01	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 Trometamol	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		Scheda Regionale DCA PT generico	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 Tuberculosis											
J04AB Antibiotici											
J04AB02	Rifampicina	os,ev	RR	A							
J04AB03	Rifamicina Sodica	im,ev,intratec	RR	C							
J04AB04	Rifabutina	os	RR	A	56						
J04AC Idrasidi											
J04AC01	Isoniazide	os,im,ev	RR	A/C							
J04AK Altri Farmaci per il trattamento della Tuberculosis											
J04AK01	Pirazinamide	os	RR	A							
J04AK02	Etambutolo Cloridrato	os,ev,jm	RR	A/C							
J04AK05	Bedaquillina	os	RNRL	H							Orphan drug
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H							Orphan drug
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J04AM Associazioni di Farmaci per il trattamento della Tuberculosis											
J04AM	Etambutolo-Isoniazide-Piridossina	os	RR	A							
J04AM02	Rifampicina/Isoniazide	os	RR	A							
J04AM05	Isoniazide/Pirazinamide/Rifampicina	os	RR	A							
J04B Farmaci per il trattamento della lebbra											
J04BA Farmaci per il trattamento della lebbra											
J05 Antivirali per Uso Sistemico											
J05A Antivirali ad Azione Diretta											
J05AB Nucleosidi e Nucleotidi, esclusi gli inibitori della Transcrittasi Inversa											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AB01	Aciclovir	os,ev	RR/OSP	A/H	84						
J05AB06	Ganciclovir	ev	OSP	H							
J05AB09	Famciclovir	os	RR	A	84						
J05AB11	Valaciclovir (cloridrato)	os	RR	C/A	84		PHT		SI		
J05AB12	Cidofovir	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
J05AB14	Valganciclovir (cloridrato)	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
J05AB15	Brivudina	os	RR	A	84						
J05AB16	Remdesivir	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
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 Transcrittasi Inversa											
J05AF01	Zidovudina	os,ev	RNRL	A/H							
J05AF02	Didanosina	os	RNRL	H							
J05AF03	Zalcitabina	os	RRL	A							
J05AF04	Stavudina	os	RNRL	H							
J05AF05	Lamivudina	os	RR/RNRL	A/H		Scheda Regionale DCA PT generico	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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
J05AG Non-Nucleosidi Inibitori della Transcrittasi Inversa											
J05AG01	Nevirapina	os	RNRL	H							
J05AG03	Efavirenz	os	RNRL	H							
J05AG04	Etravirina	os	RNRL	H							
J05AG05	Rilpivirina	os/*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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AR04	Abacavir/Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR06	Emtricitabina/Efavirenz/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR08	Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR09	Cobicistat/Elvitegravir/Emtricitabina/tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR10	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AR13	Abacavir/Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR14	Cobicistat/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	Cobicistat/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							
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H							
J05AX10	Maribavir	os	RRL	A			PHT	Innovatività condizionata			
J05AX14	Daclatasvir	os	RNRL	A							
J05AX15	Sofosbuvir	os	RNRL	C							
J05AX18	Letermovir	os,ev	RRL/OSP	A/H		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug
J05AX28	Bulevirtide	sc	RNRL	A			PHT	Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
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							
J06AA05	Sierimmune Polivalente Contro La Gangrena Gassosa	im	OSP	H							
J06BA Immunoglobuline, Umane Normali											
J06BA01	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Extravascolare	ev/sc	OSP/RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J06BA02	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare	ev	OSP	H							Farmaci malattie rare
J06BA02	Immunoglobulina Umana Disaggregata	ev	OSP	H							
J06BB Immunoglobuline Specifiche											
J06BB01	Immunoglobulina Umana Rho	ev,im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	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							
J06BC Anticorpi monoclonali antibatterici											
J06BC03	Bezlotoxumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J06BD Anticorpi monoclonali antivirali											
J06BD01	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 Poliometitici										
J07BG	Vaccini Rabici										
J07BH	Vaccini della diarrea da Rotavirus										
J07BJ	Vaccini Antirosolia										
J07BK	Vaccini Varicellosi										
J07BL	Vaccini della Febbre Gialla										
J07BM	Vaccini contro il Papillomavirus										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
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											
L01BB02	Mercaptopurina	os	RNR/RNRL	A				PHT			Farmaci malattie rare
L01BB03	Tioguanina	os	RNR	A							Monitoraggio addizionale
L01BB04	Cladribina	ev	OSP	C							Farmaci malattie rare
L01BB05	Fludarabina Fosfato	ev,os	RNRL	A				PHT			
L01BB06	Clofarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L01BB07	Nelarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L01BC Analoghi della Pirimidina											
L01BC01	Citarabina	ev	OSP	H							
L01BC02	Fluorouracile	ev/loc	OSP/RRL	H/A	95				SI		
L01BC05	Gemcitabina Cloridrato	ev	OSP	H							
L01BC06	Capecitabina	os	RNRL	A				PHT			
L01BC07	Azacitidina	ev,im,os	OSP/RNRL	H		os Registro web-based AIFA		os innovatività condizionata			
L01BC08	Decitabina	ev	RNRL	H							Orphan drug
L01BC52	Fluorouracile/Acido Salicilico	cut	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					
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 Podofilotossina											
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01CE02	Irinotecan Cloridrato Triidrato	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 Actinomicine											
L01DA01	Dactinomicina	ev	OSP	H							
L01DB Antracicline e Sostanze Correlate											
L01DB	Doxorubicina Cloridrato in Liposomi Pegilati e non	ev	OSP	H							
L01DB01	Doxorubicina Cloridrato	ev	OSP	H							
L01DB02	Daunorubicina	ev	OSP	H							
L01DB03	Epirubicina Cloridrato	ev	OSP	H							
L01DB06	Idarubicina	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01DB07	Mitoxantrone Cloridrato	ev	OSP	H							
L01DB11	Pixantrone Dimaleato	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01DC Altri Antibiotici Citotossici											
L01DC01	Bleomicina Solfato	ev	OSP	H					SI		
L01DC03	Mitomicina	ev	OSP	H					SI		
L01E INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI											
L01EA INIBITORI DELLA TIROSINA CHINASI BCR-ABL											
L01EA01	Imatinib	os	RNRL	A			PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H							
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H							
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H							
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H							Orphan drug
L01EA06	Asciminib	os	RNRL	H							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)											
L01EC01	Vemurafenib	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		
L01EC02	Dabrafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EC03	Encorafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
L01ED INIBITORI DELLA CHINASI DEL LINFOMA ANAPLASTICO (ALK)											
L01ED01	Crizotinib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Farmaci malattie rare
L01ED03	Alectinib	os	RNRL	H							
L01ED05	Lorlatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EE INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI MITOGENO-ATTIVATA (MEK)											
L01EE01	Trametinib	os	RNRL	H							
L01EF INIBITORI DELLA CHINASI CICLINA-DIPENDENTE (CDK)											
L01EF01	Palbociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EF02	Ribociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01EH INIBITORI TIROSINA CHINASI RECETTORE 2 FATTORE CRESCITA EPIDERMICO (HER2)											
L01EH01	Lapatinib	os	RNRL	H							
L01EH03	Tucatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
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
L01EL03	Zanubrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EM INIBITORI DELLA FOSFATIDILINOSITOLE-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					
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX12	Larotrectinib solfato	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01EX13	Gilteritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX17	Capmatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX18	Avapritinib	os	RNRL	H							
L01EX21	Tepotinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX22	Selpercatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX23	Pralsetinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01F ANTICORPI MONOCLONALI E CONIUGATI ANTICORPO-FARMACO											
L01FA INIBITORI DI CD20 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAMENTO 20)											
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L01FC INIBITORI DI CD38 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAMENTO 38)											
L01FC01	Daratumumab	ev, sc	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Farmaci malattie rare
L01FD INIBITORI DI HER2 (RECETT.2 FATTORE DI CRESCITA EPID. UMANO)											
L01FD02	Pertuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FD04	Trastuzumab deruxitecan	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
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					
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-veg			SI		
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					
L01FX09	Mogamulizumab	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01FX12	Tafasitamab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FX13	Enfortumab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
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
L01FX18	Amivantamab	os	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XA Composti del Platino											
L01XA01	Cisplatino	ev	OSP	H							
L01XA02	Carboplatino	ev	OSP	H							
L01XA03	Oxaliplatino	ev	OSP	H					SI		
L01XB Metilidrazine											
L01XB01	Procarbazina Cloridrato	os	RNR	A			PHT				DPC
L01XC Anticorpi Monoclonali											
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H							
L01XC05	Gemtuzumab/Ozogamicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XC06	Cetuximab	ev	OSP	H					SI		
L01XC08	Panitumumab	ev	OSP	H							
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
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H					SI		Orphan drug
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XC21	Ramucirumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC26	Inotuzumab Ozogamicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XC27	Olaratumab	ev	OSP	H							
L01XC28	Durvalumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XC38	Isatuximab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XD Sensibilizzanti usati nella terapia fotodinamica											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Afatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
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					
L01XE38	Cobimetinib	os	RNRL	H							
L01XE39	Midostaurina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE41	Binimetinib	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L01XE43	Brigatinib	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L01XE50	Abemaciclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					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
L01XL	Terapia cellulare e genica antineoplastica										
L01XL06	Brexucabtagene autoleuce!	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			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										
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		Scheda Regionale DCA PT generico	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
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H				Innovatività piena	SI		Farmaci malattie rare
L01XX60	Talazoparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX67	Tagraxofusp	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX70	Axicabtagene ciloleuce!	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XX71	Tisagenlecleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XY	Associazioni antineoplastiche										
L01XY01	Citarabina e Daunorubicina	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XY02	Pertuzumab e trastuzumab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L02	Terapia endocrina										
L02A	Ormoni e Sostanze Correlate										
L02AB	Progestinici										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L02AB01	Megestrol Acetato	os	RNR	A	28						
L02AB02	Medrossiprogesterone (Acetato)	os,im	RNR	A	28						
L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle Gonadotropine										
L02AE01	Buserelina (acetato)	sc	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L02AE02	Leuprorelina (acetato)	im,sc	RR/RNR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
L02AE03	Goserelin Acetato	sc	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
L02AE04	Triptorelina	sc,im	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	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							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		Scheda Regionale DCA PT generico	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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AA02	Filgrastim biosimilare	ev,im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AA10	Lenograstim	ev,sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AA13	Pegfilgrastim	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
L03AA14	Lipegfilgrastim	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AB	Interferoni										
L03AB01	Interferone Alfa Naturale	im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
L03AB03	Interferone Gamma 1b	sc	OSP	H							
L03AB04	Interferone Alfa 2a	im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico					Farmaci malattie rare
L03AB05	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					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		Scheda Regionale DCA PT generico					
L03AB11	Interferone Alfa-2A Pegilato	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Farmaci malattie rare
L03AB13	Peg-interferone Beta 1A	sc	RR	A	65	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	PHT				
L03AB15	Ropeginterferone alfa-2b	sc	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
L03AC	Interleuchine										
L03AC01	Aldesleuchina	ev	OSP	H							
L03AX	Altre Citochine ed Immunomodulatori										
L03AX03	Bcg-Bacillo Di Calmette E Guerin	vesc	OSP	H							
L03AX11	Tasonermina	ev	OSP	H							
L03AX13	Glatiramer	sc	RR	A	65	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					
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										
L04AA06	Acido micofenolico	os	RNRL	A			PHT			DPC	
L04AA06	Acido micofenolico sale di mofetile	os	RNRL	A							
L04AA06	Micofenolato sodico	os	RNRL	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L04AA10	Sirolimus	os	RNR	A		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici	PHT			DPC	Farmaci malattie rare (per paz affetti da linfangioleiomiomatosi sporadica con malattia polmonare)
L04AA13	Leflunomide	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
L04AA18	Everolimus	os	RNR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphan drug
L04AA23	Natalizumab	ev	OSP	H							
L04AA24	Abatacept	ev,sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA25	Eculizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA- Legge 648/96		Innovatività piena/condizionata	SI		Farmaci malattie rare (per MGg in pazienti positivi agli anticorpi anti AChR)
L04AA26	Belimumab	ev,sc	OSP/RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AA27	Fingolimod	os	RRL	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
L04AA28	Belatacept	ev	OSP	C							
L04AA29	Tofacitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA31	Teriflunomide	os	RRL	A	65	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
L04AA32	Apremilast	os	RRL	A		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA33	Vedolizumab	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA34	Alemtuzumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
L04AA36	Ocrelizumab	ev	OSP	H							
L04AA37	Baricitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		
L04AA38	Ozanimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA40	Cladribina	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Farmaci malattie rare
L04AA42	Siponimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA43	Ravulizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AA44	Upadacitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AA45	Filgotinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AA50	Ponesimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA51	Anifrolumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L04AA52	Ofatimumab	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L04AA54	Pegcetacoplan	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
L04AB	Inibitori del fattore necrosi tumorale alfa (TFN-alfa)										
L04AB01	Etanercept/Etanercept biosimilare	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AB02	Infliximab*/Infliximab biosimilare	ev,sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		Farmaci malattie rare
L04AB05	Certolizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AB06	Golimumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AB04	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AC	Inibitori delle interleuchine										
L04AC02	Basiliximab	ev	OSP	H							
L04AC03	Anakinra	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare e per la malattia di Still)
L04AC05	Ustekinumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC07	Tocilizumab	ev,sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici		Innovatività condizionata	SI		
L04AC08	Canakimumab	sc	RRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare)
L04AC10	Secukinumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Scheda cartacea AIFA (per i medicinali per la psoriasi a placche)
L04AC11	Siltuximab	ev	OSP	H							Orphan drug
L04AC12	Brodalumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC13	Ixekizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC14	Sarilumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		
L04AC16	Guselkumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC17	Tildrakizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AC18	Risankizumab	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AC19	Satralizumab	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AC21	Bimekizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AD	Inibitori della calcineurina										
L04AD01	Ciclosporina	os,ev	RNR	A							
L04AD02	Tacrolimus	os,ev	RNR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L04AD03	Voclosporina	os	RRL	A			PHT				
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					Farmaci malattie rare
L04AX05	Pirfenidone	os	RR/RNRL	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL/OSP	H		Registro web-based AIFA- Legge 648/96			SI		Orphan drug
L04AX07	Dimetilfumarato	os	RR/RRL	A	65	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
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										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 Steroidi										
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 Steroidi 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						
M05BA08	Acido Zoledronico Monoidrato	ev	RNRL/OSP	H							
M05BA49	Sodio neridronato	ev	RNRL	H							
M05BB	Bifosfonati, associazioni										
M05BB03	Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo)	os	RR	A	79						
M05BX	Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossea										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
M05BX03	Ranelato di stronzio	os	RR	A	79						
M05BX04	Denosumab	sc	RRL	A	79	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
M05BX05	Burosumab	sc	RNL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
M05BX06	Romozosumab	sc	RRL	A	79	PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
M05BX07	Vosoritide	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Farmaci malattie rare
M09 Altri Farmaci per le Afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico											
M09A Altri Farmaci per le Afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico											
M09AB Enzimi											
M09AB02	Collagenasi di clostridium histolyticum	intrales	OSP	H							
M09AX Altri Farmaci per le afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico											
M09AX01	Acido ialuronico Sale Sodico Fraz.Hyalectin	im	RR	C							
M09AX03	Ataluren	os	RNRL	H							Orphan drug
M09AX07	Nusinersen	intrales	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
M09AX09	Onasemnogene Apeparvovec	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug
M09AX10	Risdiplam	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N SISTEMA NERVOSO											
N01 Anestetici											
N01A Anestetici Generali											
N01AB Idrocarburi Alogenati											
N01AB06	Isoflurano	inal	OSP	H							
N01AB07	Desflurano	inal	OSP	H							
N01AB08	Sevoflurane	inal	OSP	H							
N01AF Barbiturici, Non Associati											
N01AF03	Tiopental Sodico	ev	OSP	H							
N01AH Anestetici Oppioidi											
N01AH01	Fentanil Citrato	ev,loc,os	OSP	H/A							
N01AH02	Alfentanile Cloridrato	ev	OSP	C							
N01AH03	Sufentanil Citrato	ev,epidurale	OSP	C							
N01AH06	Remifentanil Cloridrato	ev	RMR	C							
N01AH51	Fentanil/Droperidolo	im,ev	OSP	H							
N01AX Altri Anestetici Generali											
N01AX01	Droperidolo	im,ev	OSP	H							
N01AX03	Ketamina	ev	OSP	H							
N01AX10	Propofol	ev	OSP	H							
N01B Anestetici Locali											
N01BB Amidi											
N01BB01	Bupivacaina Cloridrato	im,epidurale	RNR	C							
N01BB02	Lidocaina	loc,im	RNR	C							
N01BB03	Mepivacaina Cloridrato	loc,im	RNR/USPL	C							
N01BB04	Prilocaina cloridrato	im	RRL/OSP	C							
N01BB09	Ropivacaina Cloridrato Monoidrato	loc,epidurale	RR	C							
N01BB10	Levobupivacaina	loc	OSP	C							
N01BB20	Lidocaina/prilocaina	loc	RR	C							
N01BB51	Bupivacaina/Adrenalina	loc	RNR	C							
N01BB52	Lidocaina/tetracaina	loc	RR	C							
N01BB53	Mepivacaina/Adrenalina	loc	RNR	C							
N01B Altri anestetici locali											
N01BX04	Capsaicina	loc, transder	RRL/OSP	H							
N02 Analgesici											
N02A Oppioidi											
N02AA Alcaloidi Naturali dell'oppio											
N02AA01	Morfina	os,im,ev	RMR/RNR	A							
N02AA03	Idromorfone cloridrato	os	RNR	A							
N02AA05	Oxicodone cloridrato	os,im,ev	RNR/RMR	A							
N02AA55	Oxicodone/Naloxone	os	RNR	A							
N02AA99	Oxicodone cloridrato/Paracetamolo	os	RNR	A							
N02AB Derivati della Fenilpiperidina											
N02AB02	Petidina	ev,im	RMR	C							
N02AB03	Fentanil	os,td,inal	RNR	A							
N02AD Derivati del Benzomorfanone											
N02ADD1	Pentazocina Lattato	ev,im,sc	RNR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N02AE Derviti dell'oripavina											
N02AE01	Buprenorfina (Cloridrato)	os,im,ev,td	RMR	A/H							Monitoraggio addizionale
N02AG Oppioidi in Associazione con Antispastici											
N02AG01	Morfina Ed Antispastici	im	RMR	A							
N02AJ Oppioidi in associazione con analgesici non oppioidi											
N02AJ06	Paracetamolo/Codeina Fosfato	os,ret	RNR/RR	C/A							
N02AX Altri Oppioidi											
N02AX02	Tramadololo Cloridrato	os,im,ev	RNR	C/A							
N02AX06	Tapentadololo	os	RNR	A							
N02AX52	Tramadololo/Paracetamololo	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	Paracetamololo	os,ev	RR/SOP/OSP	C							
N02BG Altri Analgesici ed Antipiretici											
N02BG08	Ziconotide	ev,intratec	OSP	H							
N02BG10	Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo	inal	RNRL	H							
N02C Antiemerancici											
N02CA Alcaloidi della Segale Cornuta											
N02CA01	Diidroergotamina Mesilato	ret,os	RR	A							
N02CC Agonisti Selettivi dei Recettori-5ht1											
N02CC01	Sumatriptan	os	RR	A							
N02CC03	Zolmitriptan	os	RR	A							
N02CC04	Rizatriptan	os	RR	A							
N02CC05	Almotriptan	os	RR	A							
N02CC07	Frovatriptan	os	RR	A							
N02CC49	Eletriptan	os	RR	A							
N02CD ANTAGONISTI DEL PEPTIDE CORRELATO AL GENE DELLA CALCITONINA											
N02CD01	Erenumab	sc	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD02	Galcanezumab	sc	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD03	Fremanezumab	sc	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD05	Eptinezumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N03A Antiepilettici											
N03AA Barbiturici e derivati											
N03AA02	Fenobarbital	os,ev	RNR	A							
N03AA03	Primidone	os	RR	A							
N03AA04	Barbexaclone	os	RNR	A							
N03AB Derivati dell'idantoina											
N03AB02	Fenitoina Sodica	im,ev,os	OSP/RR	H/A							
N03AD Derivati della Succinimide											
N03AD01	Etosuccimide	os	RR	A							
N03AE Derivati Benzodiazepinici											
N03AE01	Clonazepam	os	RR	A							
N03AF Derivati della Carbossamide											
N03AF01	Carbamazepina	os	RR	A							
N03AF02	Oxacarbazepina	os	RR	A							
N03AF03	Rufinamide	os	RRL	A							
N03AF04	Eslicarbazepina acetato	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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											
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		Scheda Regionale DCA PT generico					
N03AX21	Retigabina	os	RR	A							
N03AX22	Perampanel	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
N03AX23	Brivaracetam	os,ev	RR/OSP	A/C		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
N03AX24	Cannabidiolo	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Farmaci malattie rare
N03AX25	Cenobamato	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
N03AX26	Fenfluramina	os	RNRL	A			PHT	Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
N04 Antiparkinsoniani											
N04A Sostanze Anticolinergiche											
N04AA Amine Terziarie											
N04AA01	Triesifenidile Cloridrato	os	RR	A							
N04AA02	Biperidene Cloridrato	os	RR	A							
N04AA02	Biperidene Lattato	os	RR	A							
N04AA03	Metixene Cloridrato	os	RR	A							
N04AA11	Bornaprina Cloridrato	os	RR	A							
N04AB Eteri Chimicamente correlati agli Antistaminici											
N04AB02	Orfenadrina Cloridrato	os	RR	A							
N04B Sostanze Dopaminergiche											
N04BA Dopa e suoi derivati											
N04BA02	Levodopa/Carbidopa	os,gel intest	RR/RRL	A/H							
N04BA03	Levodopa/Carbidopa/Entacapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	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		Scheda Regionale DCA PT generico					
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		Scheda Regionale DCA PT generico					
N04BX Altre Sostanze Dopaminergiche											
N04BX01	Tolcapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
N04BX02	Entacapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
N04BX04	Opicapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05AB Fenotiazine con Struttura Piperazinica											
N05AB02	Flufenazina Decanoato	im	RNR	A							
N05AD Derivati del Butirrofenone											
N05AD01	Aloperidolo	os, ev, im	RR/RNR/OSP	A/H							
N05AE Derivati dell'Indolo											
N05AE04	Ziprasidone Cloridrato	os	RR	A			PHT				
N05AE05	Lurasidone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05AF Derivati del Tioxantene											
N05AF05	Zuclopentixolo	os, im	RNR/RR	A/C							
N05AG Derivati della Difenbutilpiperidina											
N05AG02	Pimozide	os	RR	A							
N05AH Diazepine, Ossazepine e Tiazepine											
N05AH01	Loxapina	inal	OSP	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
N05AH02	Clozapina	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05AH03	Olanzapina	os, im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AH04	Quetiapina (fumarato)	os	RR	A			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				
N05AX13	Paliperidone	os, im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX15	Cariprazina Cloridrato	os	RR	A			PHT			DPC	
N05AX16	Brexipiprazolo	Os	RR	A			PHT			DPC	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 Difetilmetano											
N05BB01	Idroxizina Dicloridrato	im	RR	C							
N05BE Ansiolitici derivati dall'azaspirodecandione											
N05BE01	Buspirone	os	RR	C							
N05C Ipnotici 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	Piano Terapeutico cartaceo AIFA			SI		
N05CD09	Brotizolam	os	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 - Legge 648/96	PHT		SI		Monitoraggio addizionale
N06BA07	Modafinil	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06BA09	Atomoxetina (cloridrato)	os	RNRL	A		PT web-based AIFA - Legge 648/96	PHT			DPC	
N06BA14	Solriamfetol	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Monitoraggio addizionale
N06BC Derivati xantيني											
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				Orphan drug
N06BX49	Glicerofosforiletanolamina	os	RR	C							
N06C Psicolettici e Psicoanalitici In Associazione											
N06CA Antidepressivi In Associazione con Psicolettici											
N06CA99	Nortriptilina/Flufenazina	os	RR	C							
N06CA01	Amitriptilina Cloridrato/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	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06DA03	Rivastigmina	os,transderm	RRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06DA04	Galantamina (bromidrato)	os	RRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06DX01	Memantina (cloridrato)	os	RRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N07A Parasimpaticomimetici											
N07AA Anticolinesterasici											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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		Scheda Regionale DCA PT generico	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	Levometadone cloridrato	os	OSP	C							
N07BC51	Buprenorfina/naloxone	os	RMR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
N07C	Preparazioni Antivertigine										
N07CA	Preparazioni Antivertigine										
N07CA01	Betaistina	os	RR	C							
N07CA02	Cinnarizina	os	RR	C							
N07CA03	Flunarizina Dicloridrato	os	RR	C							
N07X	Farmaci del Sistema Nervoso										
N07XX	Altri Farmaci del Sistema Nervoso										
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
N07XX11	Pitolisant	os	RRL	A			PHT				Scheda cartacea AIFA
N07XX12	Patisiran Sodico	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug
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	Piperachinatetrafosfodidroartemisina	os	RR	C							
P01C	Sostanze contro la Leishmaniosi e la Tripanosomiasi										
P01CX01	Pentamidina Isetionato	ev	RRL	A			PHT				
P02	Antelmintici										
P03	Ectoparassitici, compresi gli antiscabbia,insetticidi e repellenti.										
R	SISTEMA RESPIRATORIO										
R01	Preparati Rinologici										
R01A	Decongestionanti ed altre preparazioni nasali per uso topico										
R01AA	Simpaticomimetici, Non Associati										
R01AA04	Fenilefrina Cloridrato	nas	OTC	C							
R01AD	Corticosteroidi										
R01AD01	Beclometasone	nas	RR	C							
R01AD04	Flunisolide	nas	RR	C							
R01AD09	Mometasone	nas	RR	C							
R03	Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03A	Adrenergici per Aereosol										
R03AC	Agonisti Selettivi dei Recettori Beta-2adrenergici										
R03AC02	Salbutamolo	inal	RR	A							
R03AC04	Fenoterolo	inal	RR	A							
R03AC12	Salmeterolo Xinafoato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AC13	Formoterolo	inal,os	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AC18	Indacaterolo	os	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AC19	Olodaterolo	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AK	Adrenergici ed altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie per Aereosol										
R03AK03	Fenoterolo/Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
R03AK04	Salbutamolo Solfato/Flunisolide	inal	RR	A							
R03AK06	Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Propionato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AK07	Budesonide/Formoterolo/Fumarato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AK08	Formoterolo/beclometasone	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AK10	Fluticasone furoato/vilanterolo	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AK11	Fluticasone propionato/formoterolo fumarato	inal	RR	A							
R03AK13	Beclometasone/Salbutamolo	inal	RR	A							
R03AL	Adrenergici in combinazione con anticolinergici										
R03AL02	Salbutamolo/Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03AL03	Umeclidinio bromuro/Vilanterolo trifrenato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					Monitoraggio addizionale
R03AL04	Indacaterolo/glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AL05	Bromuro di acildinio/formoterolo	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					Monitoraggio addizionale
R03AL06	Tiotropio/Olodaterolo	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AL07	Glicopirronio/Formoterolo	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AL08	Fluticasone/Umeclidinio/Vilanterolo	inal	RRL	A	99	Sistema TS					Monitoraggio addizionale
R03AL09	Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro	inal	RRL	A	99	Sistema TS					
R03AL09	Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro	inal	RRL	A		PT cartaceo AIFA					
R03AL11	Glicopirronio/Formoterolo/Budesonide	inal	RRL	A	99	Sistema TS					
R03B	Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03BA	Glicocorticoidi										
R03BA01	Beclometasone	inal	RR	A							
R03BA02	Budesonide	inal	RR	A							Orphan drug
R03BA03	Flunisolide	inal	RR	A							
R03BA05	Fluticasone	inal	RR	A							
R03BB	Anticolinergici										
R03BB01	Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03BB02	Oxitropio Bromuro	inal	RR	A							
R03BB04	Tiotropio bromuro cloridrato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03BB05	Acildinio bromuro	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					Monitoraggio addizionale
R03BB06	Glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
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	Aminofillina	ev	RR	C/A							
R03DA08	Bamifillina Cloridrato	os,ret	RR	C							
R03DA11	Doxofillina	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
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A		PT cartaceo AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
R03DX10	Benralizumab	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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										
R05DA	Diidrocodeina	os	RR	A	31						
R05DA04	Codeina Fosfato (presente in associazione)	ret,os	RNR	C							
R05DA09	Destrometorfano Bromidrato	os	OTC	C							
R05DA20	Diidrocodeina + 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										
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	Oxatomide	os	RR	A	89						
R06AE07	Cetirizina Dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AE09	Levocetirizina dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AX	Altri Antistaminici per Uso Sistemico										
R06AX13	Loratadina	os	RR	A	89						
R06AX17	Ketotifenefumarato acido	os	RR	A	89						
R06AX27	Desloratadina	os	RR	A							
R07AA	Surfactanti polmonari										
R07AA02	Poractant alfa	os	OSP	H							
R07AA49	Ambroxolo cloridrato	ev	RR	C							
R07AX	Altri prodotti per il sistema respiratorio										
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Orphan drug
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
R07AX31	Tezacaftor/ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Orphan drug
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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/RL	C/H							
S01BA05	Triamcinolone	intravitr	OSP	H							
S01BA07	Fluorometolone	loc	RR	C							
S01BA15	Fluocinolone acetoneide	intravitr	OSP	H			Scheda Regionale DCA PT generico				
S01BC Antinfiammatori Non Steroidi											
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 Antiglucoma 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'anidrasa 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							
S01EE Analoghi delle prostaglandine											
S01EE05	Tafuprost	loc	RR	A							
S01EX Altri Preparati Antiglucoma											
S01EX02	Dapiprazolo Cloridrato	loc	RR	C							
S01EX01	Latanoprost	loc	RR	A							
S01F Midriatici e Cicloplegici											
S01FA Anticolinergici											
S01FA01	Atropina Solfato	loc	RR	C							
S01FA04	Ciclopentolato Cloridrato	loc	RR	C							
S01FA06	Tropicamide	loc	RR	C							
S01FA56	Tropicamide/Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB Simpaticomimetici, esclusi I Preparati Antiglucoma											
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Orphan drug
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	Ocriplasmina	intravitr	OSP	H							
S01XA24	Cenegermin	loc	RNRL	H							
S01XA27	Voretigenene neparovvec	sottoretinico	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug
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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V01AA07	Allergeni estratti da Veleno di Ape adsorbito su gel di Idrossido di Alluminio idrato	ev	OSP	H							
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		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AC02	Deferiprone	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AC03	Deferasirox	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Monitoraggio addizionale
V03AE Farmaci per il trattamento dell'iperkalemia ed Iperfosfatemia											
V03AE01	Sodio Polistirene Solfonato	os	RR	A							
V03AE02	Sevelamer	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE03	Lantano carbonato idrato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V03AE04	Calcio acetato/Magnesio carbonato	os	RR	A							
V03AE05	Ossidossido sucroferrico	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE09	Patiromer	os	RRL	A			PHT				
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Monitoraggio addizionale
V03AF Sostanze disintossicanti per trattamenti Citostatici											
V03AF01	Mesna	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V03AF02	Dexrazoxano Cloridrato	ev	OSP	H							
V03AF03	Calcio Folinato	im,ev,os	RR	A	11						
V03AF04	Calcio Levofolinato	im	RR	C			PHT				
V03AF05	Amifostina	ev	OSP	H							
V03AF07	Rasburicase	im	RR	C							
V03AF08	Palifermina	ev	OSP	H							
V03AH Farmaci per il Trattamento dell'ipoglicemia											
V03AH01	Diazossido	os	RRL	A							
V03AN Gas per uso medico											
V03AN01	Protossido d'azoto e ossigeno	inal	USPL	C							
V03AZ Deprimenti del sistema nervoso											
V03AZ01	Etanolo (soluzione 50%)	os		gal							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 7 - DCA 238/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Samarium 153SM Iexidronampentasodico	ev	OSP	H							
V10X	ALTRI RADIOFARMACI TERAPEUTICI										
V10XX	RADIOFARMACI TERAPEUTICI VARI										
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano	ev	OSP	H							
V10XX03	Radio-223 dicloruro	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
V10XX04	Lutezio-177LU-Oxodotreotide	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO							
A02BA01	Cimetidina	os,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			48
A02BA02	Ranitidina	os,ev	RR		Scheda Regionale DCA Nota 1-48			48
A02BA03	Famotidina	os,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			48
A02BA04	Nizatidina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			48
A02BB01	Misoprostolo	os	RNR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			1
A02BC01	Omeprazolo	os,ev	RR/OSP	A/H	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			1, 48

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A02BC02	Pantoprazolo	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			1,48
A02BC03	Lansoprazolo	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			1,48
A02BC04	Rabeprazolo	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			48
A02BC05	Esomeprazolo	os, ev	RR/OSP	A/H	Scheda Regionale DCA Nota 1-48			1,48
A04AA05	Palonosetron	ev	OSP	H			Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
A04AA55	Palonosetron/netupitant	os	RRL	H			Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A05AA03	Acido colico	os	RNRL	H		Trattamento dei difetti congeniti della sintesi degli acidi biliari primari causati dal deficit di 3β-idrossi-Δ5-C27-steroidi ossidoreduttasi o deficit di Δ4-3-ossosteroidi-5β-reduccasi in lattanti, bambini e adolescenti da 1 mese a 18 anni di età e negli adulti.	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A05AA04	Acido obeticolico	os	RRL	H	PT cartaceo AIFA	Trattamento della colangite biliare primitiva (PBC, primary biliary cholangitis) (nota anche come cirrosi biliare primitiva) in combinazione con acido ursodesossicolico (UDCA) negli adulti con risposta inadeguata all'UDCA o come monoterapia negli adulti che non tollerano l'UDCA	Hub: - Medicina Generale - Gastroenterologia	
A05AA04	Acido obeticolico	os	RRL	H	PT cartaceo AIFA	Trattamento della colangite biliare primitiva (PBC, primary biliary cholangitis) (nota anche come cirrosi biliare primitiva) in combinazione con acido ursodesossicolico (UDCA) negli adulti con risposta inadeguata all'UDCA o come monoterapia negli adulti che non tollerano l'UDCA	Hub: - Medicina Generale - Gastroenterologia	
A05AX05	Odevixibat sesquidrato	os	RRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento della colestasi intraepatica familiare progressiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC) in pazienti di età pari o superiore ai sei mesi.	Hub: - Pediatria - Gastroenterologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A06AH01	Metilnaltrexone bromuro	sc	RR	A		La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA-IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: terapia cronica e continuativa con oppiacei resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Neurologia - Terapia del dolore - Cure palliative Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	90
A06AH03	Naloxegol	os	RR	A		La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA-IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche: terapia cronica e continuativa con oppiacei resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Neurologia - Terapia del dolore - Cure palliative Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	90

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A06AH05	Naldemedina	os	RR	A		<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni: soggetti in terapia cronica con oppiacei e diagnosi di costipazione indotta da oppiacei secondo i criteri di ROMA-IV che rispondano contemporaneamente alle seguenti caratteristiche:</p> <p>terapia cronica e continuativa con oppiacei resistenza al trattamento con almeno due lassativi di cui uno ad azione osmotica (la resistenza è definita come la mancata risposta dopo 3 giorni)</p>	<p>Hub, Spoke e Ospedali generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia - Neurologia - Terapia del dolore - Cure palliative <p>Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche (DCA 70/2022)</p>	90
A07AA11	Rifaximina	os	RR/RRL*	A-PHT		Riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età superiore 0 uguale a 18 anni	<p>Hub, Spoke e Ospedali Generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie infettive - Medicina Interna - Gastroenterologia 	
A09AA02	Pancrelipasi	os	RR	A		Treatmento dell'insufficienza pancreatica esocrina causata da fibrosi cistica, pancreatite cronica, pancreatocomia, gastrectomia totale e resezioni gastriche parziali (Billroth/II), ostruzione duttale da neoplasie (es. del pancreas o del coledoco)		
A09AA02	Pancrelipasi 35000	os	RRL	A-PHT		<p>Terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta a fibrosi cistica o altre condizioni (p. es. pancreatite cronica, pancreatocomia o cancro pancreatico).</p> <p>Le capsule gastroresistenti sono indicate nei bambini, negli adolescenti e negli adulti.</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Oncologia - Gastroenterologia - Pediatria <p>Centro Regionale Fibrosi Cistica</p>	
A10AE04	Insulina Glargine 300	sc	RR	A-PHT		Diabete mellito	<p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p>	
A10AE04	Insulina Glargine 100	sc	RR	A-PHT		Diabete mellito	<p>Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10AE04	Insulina Glargine Biosimilare 100	sc	RR	A-PHT		Diabete mellito	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	
A10AE06	Insulina degludec	sc	RR	A-PHT		Diabete mellito	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	
A10AE54	Insulina glargine/lixisenatide	sc	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10AE54	Insulina glargine/lixisenatide	sc	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10AE56	Insulina degludec/liraglutide	sc	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10AE56	Insulina degludec/liraglutide	sc	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD07	Sitagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD07	Sitagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD09	Alogliptin + pioglitazone	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD09	Alogliptin + pioglitazone	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD13	Alogliptin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD13	Alogliptin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD15	Dapaglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD15	Dapaglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD16	Canaglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD16	Canaglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD19	Empaglifozin + linagliptin	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD19	Empaglifozin + linagliptin	os	RRL	A-PHT	Ricetta DEMA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG Il MMG può effettuare la prescrizione mediante ricetta DEMA, nel periodo di validità del PT cartaceo redatto dallo specialista	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD20	Empaglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD20	Empaglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	RRL	A-PHT	Ricetta DEMA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG Il MMG può effettuare la prescrizione mediante ricetta DEMA, nel periodo di validità del PT cartaceo redatto dallo specialista	100
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD24	Ertuglifozin + sitagliptin	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BD24	Ertuglifozin + sitagliptin	os	RRL	A-PHT	Ricetta DEMA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG Il MMG può effettuare la prescrizione mediante ricetta DEMA, nel periodo di validità del PT cartaceo redatto dallo specialista	100
A10BH01	Sitagliptin	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BH01	Sitagliptin	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BH02	Vildagliptin	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BH02	Vildagliptin	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BH03	Saxagliptin	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BH03	Saxagliptin	os	RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BH04	Alogliptin	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BH04	Alogliptin	os	RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BH05	Linagliptin	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BH05	Linagliptin	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BJ01	Exenatide	sc	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BJ01	Exenatide	sc	RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BJ02	Liraglutide	sc	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BJ02	Liraglutide	sc	RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BJ03	Lixisenatide	sc	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BJ03	Lixisenatide	sc	RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BJ05	Dulaglutide	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BJ05	Dulaglutide	os	RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BJ06	Semaglutide	sc,os	RRL/RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BJ06	Semaglutide	sc,os	RRL/RR	A	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BK01	Dapaglifozin	os	RR/RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BK01	Dapaglifozin	os	RR/RRL	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BK01	Dapaglifozin	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriale: - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia	
A10BK01	Dapaglifozin	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Indicato negli adulti per il trattamento della malattia renale cronica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Cardiologia - Medicina interna - Geriatria - Nefrologia	
A10BK02	Canagliflozin	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018) Ambulatori I,II,III livello	100
A10BK02	Canagliflozin	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A10BK03	Empaglifozin	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BK03	Empaglifozin	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BK03	Empaglifozin	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Indicato negli adulti per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica classe NYHA II-III con frazione d'eiezione compresa tra 41 e 59%	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	
A10BK04	Ertuglifozin	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	100
A10BK04	Ertuglifozin	os	RR	A-PHT	PT Sistema TS	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	MMG	100
A12AA12	Calcio acetato anidro	os	RR	A			Hub e Spoke: - Nefrologia - Emodialisi	
A16AA01	Levocarnitina	ev	RR	A-PHT		carezza primaria di carnitina	Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Generale	8
A16AA01	Levocarnitina	ev	RR	A-PHT		carezza di carnitina secondaria a trattamento dialitico	Hub e Spoke: - Nefrologia - Emodialisi	8

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AA04	Mercaptamina bitartrato	os	RNRL	A-PHT		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	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nefrologia - Pediatria <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AA05	Acido carginico	os	RNRL	A-PHT			<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Pediatria - Medicina Generale 	
A16AA06	Betaina anidra	os	RNRL	A-PHT			<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatria - Medicina Generale - Epatologia - Nefrologia 	
A16AA07	Metreleptina	ev	RRL	H		<p>Indicato in aggiunta alla dieta come terapia sostitutiva per il trattamento delle complicanze da deficit di leptina in pazienti affetti da lipodistrofia (LD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • con diagnosi confermata di LD generalizzata congenita (sindrome di Berardinelli-Seip) o di LD generalizzata acquisita (sindrome di Lawrence) negli adulti e nei bambini di età pari o superiore a 2 anni; • con diagnosi confermata di LD parziale familiare o di LD parziale acquisita (sindrome di BarraquerSimons) negli adulti e nei bambini di età pari o superiore a 12 anni, per i quali le terapie standard non sono riuscite a raggiungere un controllo metabolico adeguato 	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologo - Pediatria 	
A16AB02	Imiglucerasi	ev	OSP	H			<p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AB04	Agalsidasi beta	ev	OSP	H			<p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AB05	Laronidasi	ev	RR	H			Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB07	A-glicosidasi alfa	ev	OSP	H			Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB09	Idursulfase	ev	RR	H			Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB10	Velaglucerasi alfa	ev	RR	H		Terapia enzimatica sostitutiva (TES) a lungo termine in pazienti affetti da malattia di Gaucher di tipo 1	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB14	Sebelipasi alfa	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato per la terapia enzimatica sostitutiva (TES) a lungo termine in pazienti affetti da deficit di lipasi acida lisosomiale (LAL) ad esordio precoce (entro il primo anno di vita) e a rapida progressione	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia - Pediatria - Neonatologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AB15	Velmanase alfa	ev	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Terapia enzimatica sostitutiva per il trattamento di manifestazioni non neurologiche in pazienti affetti da alfa-mannosidosi da lieve a moderata	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AB17	Cerliponase alfa	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento della patologia ceroidolipofuscinosi neuronale di tipo 2 (CLN2), nota anche come carenza di tripeptidil-peptidasi 1 (TPP-1)	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H		Indicato per la cura di manifestazioni non neurologiche di mucopolisaccaridosi VII (MPS VII; sindrome di Sly).	Hub: - Pediatria - Medicina interna Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H		Indicato per il trattamento di pazienti affetti da fenilchetonuria (PKU), di età pari e superiore ai sedici anni, che hanno un controllo inadeguato della fenilalanina ematica (livelli ematici di fenilalanina maggiori di 600 micromol/L) nonostante il trattamento precedente con le opzioni terapeutiche disponibili	Hub: - Pediatria - Medicina interna Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AB21	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento della leucodistrofia metacromatica (MLD) caratterizzata da mutazioni bialleliche del gene arilsulfatasi A (ARSA) che comportano una riduzione dell'attività enzimatica di ARSA: - nei bambini con forme infantili tardive o giovanili precoci, senza manifestazioni cliniche della malattia, - nei bambini con la forma giovanile precoce, con manifestazioni cliniche precoci della malattia, che conservano la capacità di camminare autonomamente e prima dell'inizio del declino cognitivo	IRCCS San Raffaele di Milano Pediatria Immunoematologica	
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os	RNRL	A-PHT			Hub e Spoke: - Medicina Generale - Pediatria - Neurologia	
A16AX04	Nitisinone	os	RR	A-PHT			Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AX04	Nitisinone	os	RR	A-PHT		Trattamento di pazienti adulti con alcaptonuria (AKU)	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatria AOU CZ - Medicina Interna <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AX05	Zinco acetato	os	RNRL	A-PHT			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Pediatria - Epatologia - Neurologia - Neuropsichiatria 	
A16AX06	Miglustat	os	RRL	A-PHT		Trattamento delle manifestazioni neurologiche progressive in pazienti adulti ed in pazienti in età pediatrica affetti dalla malattia di Niemann-Pick di tipo C.	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AX07	Sapropterin	os	RRL	A-PHT			Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
A16AX08	Teduglutide	sc	RRL	H		Trattamento di pazienti di 1 anno di età e oltre affetti da sindrome dell'intestino corto (SBS). I pazienti devono essere in condizioni stabili dopo un periodo di adattamento dell'intestino a seguito dell'intervento	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AX10	Eliglustat	os	RRL	A-PHT		Trattamento a lungo termine di pazienti adulti con malattia di Gaucher di tipo 1 (GD1) che sono metabolizzatori lenti (poor metabolisers, PMs), metabolizzatori intermedi (intermediate metabolisers, IMs) o metabolizzatori estensivi (extensive metabolisers, EMs) per CYP2D6.	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AX12	Trientina tetraidrocloridrato	os	RNRL	A-PHT		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	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Pediatria - Epatologia - Neurologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AX14	Migalastat	os	RRL	A-PHT		Trattamento a lungo termine negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni, con una diagnosi accertata di malattia di Fabry (carenza dell'a-galattosidasiA) e caratterizzati da una mutazione suscettibile	<p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
A16AX16	Givosiran	sc	RRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento della porfiria epatica acuta (AHP) in adulti e adolescenti di età pari e superiore ai dodici anni.	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina - Epatologia - Ematologia 	
A16AX18	Lumasiran	sc	RRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento dell'iperossaluria primitiva di tipo 1 (PH1) in tutte le fasce d'età	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatria - Nefrologia - Endocrinologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
B	SISTEMA SANGUE ED EMOPOIESI							
B01AA03	Warfarin	os	RR	A	Sistema TS	La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97	<p>MMG</p> <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) 	97

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AA07	Acenocumarolo	os	RR	A	Sistema TS	La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97	<p>MMG</p> <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) 	97
B01AB04	Dalteparina Sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO per le pazienti a rischio	<p>GU n. 183 del 06.08.2016</p> <p>GU n. 295 del 19.12.2016</p>	Legge 648/96
B01AB04	Dalteparina Sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY	<p>GU n. 183 del 06.08.2016</p> <p>GU n. 302 del 28.12.2016</p>	Legge 648/96

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB04	Dalteparina Sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015	Legge 648/96
B01AB05	Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO per le pazienti a rischio	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 295 del 19.12.2016	Legge 648/96
B01AB05	Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016	Legge 648/96

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB05	Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA ≥ 3) (Legge 648/96)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015	Legge 648/96
B01AB06	Nadroparina Calcica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi del tromboembolismo in GRAVIDANZA E PUERPERIO per le pazienti a rischio	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 295 del 19.12.2016	Legge 648/96
B01AB06	Nadroparina Calcica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016	Legge 648/96

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB06	Nadroparina Calcica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015	Legge 648/96
B01AB07	Parnaparina	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016	Legge 648/96
B01AB07	Parnaparina	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015	Legge 648/96

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB08	Reviparina Sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016	Legge 648/96
B01AB08	Reviparina Sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA \geq 3) (Legge 648/96)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015	Legge 648/96
B01AB09	Danaparoid	ev	RR	H		Trattamento di disturbi tromboembolici in pazienti che necessitano di anticoagulazione parenterale urgente a causa dello sviluppo o di anamnesi di HIT	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB09	Danaparoid	ev	RR	H		Prevenzione della trombosi venosa profonda (TVP) in situazioni in cui non deve essere usata l'eparina, compresi pazienti con trombocitopenia indotta da eparina (HIT)	Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Interna - Chirurgia - Ematologia	
B01AB10	Tinzaparina	sc	RR	A-PHT		1. Profilassi della tromboembolia venosa (TEV) in pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico, in particolare ortopedico, generale o oncologico. 2. Profilassi della tromboembolia venosa in pazienti adulti non chirurgici, immobilizzati a causa di una condizione clinica acuta, ivi incluse: insufficienza cardiaca acuta, insufficienza respiratoria acuta, infezioni gravi, neoplasia attiva nonché esacerbazioni di malattie reumatiche. 3. Prevenzione della coagulazione nei circuiti extracorporei durante l'emodialisi e l'emofiltrazione negli adulti.		
B01AB12	Bemiparina sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (SVK) per manovre chirurgiche e/o invasive - BRIDGING THERAPY	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016	Legge 648/96

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB12	Bemiparina sodica	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA EBPM	Profilassi della Trombosi Venosa Profonda in PAZIENTI ONCOLOGICI ambulatoriali a rischio (score di KHORANA ≥ 3)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Ematologia GU n. 251 del 28.10.2015	Legge 648/96
B01AC09	Epoprostenolo	ev	RRL	H			Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari)	
B01AC11	Iloprost Sale Di Trometamolo	ev	RRL	A-PHT		Iipertensione polmonare	Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ , GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) - Cardiologia Riabilitativa (AOU CZ) - Pneumologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AC22	Prasugrel	os	RR	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Sindrome coronarica acuta	Hub e Spoke: - Cardiologia	
B01AC24	Ticagrelor	os	RR	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	In associazione con acido acetilsalicilico (ASA), è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti con sindrome coronarica acuta (SCA) o storia di infarto miocardico (IM) ed un alto rischio di sviluppare un evento aterotrombotico	Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Interna - Medicina Interna (PO Praia a Mare - Ospedale di Zona)	
B01AC25	Cangrelor	ev	OSP	H		In co-somministrazione con acido acetilsalicilico (ASA), è indicato per la riduzione degli eventi cardiovascolari trombotici nei pazienti adulti con cardiopatia coronarica sottoposti a intervento coronarico percutaneo (PCI, percutaneous coronary intervention) che non hanno ricevuto un inibitore orale del recettore P2Y12 prima della procedura di PCI e nei quali la terapia con gli inibitori del recettore P2Y12 per via orale non è fattibile o auspicabile	Hub: - Cardiologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AC27	Selexipag	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento a lungo termine dell'ipertensione arteriosa polmonare (IAP) in pazienti adulti in Classe Funzionale (FC) WHO II e III, sia come terapia di combinazione nei pazienti controllati in maniera insufficiente con un antagonista recettoriale dell'endotelina (ERA) e/o un inibitore della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5), che in monoterapia nei pazienti che non sono candidabili a tali terapie. L'efficacia è stata dimostrata in una popolazione di pazienti con IAP comprendente l'IAP idiopatica ed ereditaria, l'IAP associata a malattie del tessuto connettivo e l'IAP associata a cardiopatie congenite semplici corrette.	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Pneumologia - Reumatologia	
B01AD02	Alteplase	ev	OSP	H			Hub e Spoke: - Neurologia - Cardiologia - Emodinamica	
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	RRL	A	Sistema TS	Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV)	MMG Hub e Spoke: - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	97

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	RRL	A	PT web-based AIFA	Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP)	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia <p>U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.</p>	
B01AF01	Rivaroxaban	os	RRL	A	Sistema TS	Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV)	<p>MMG</p> <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) 	97
B01AF01	Rivaroxaban	os	RRL	A	PT web-based AIFA	Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP)	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia <p>U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AF02	Rivaroxaban	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	<ul style="list-style-type: none"> • 1 mg/ml - granuli per sospensione orale - "trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei neonati a termine, nei lattanti e bambini piccoli, nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a diciotto anni dopo almeno cinque giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale" • 15 mg - compressa rivestita con film - "trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a diciotto anni e peso compreso tra 30 kg e 50 kg dopo almeno cinque giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale" • 20 mg - compressa rivestita con film - "trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione delle recidive di TEV nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a diciotto anni e peso superiore a 50 kg dopo almeno cinque giorni di trattamento anticoagulante parenterale iniziale" 	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatria - Cardiologia - Medicina Interna - Ematologia 	
B01AF02	Rivaroxaban	os	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA	Rivaroxaban somministrato insieme con acido acetilsalicilico (ASA), è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici, che presentano coronaropatia (coronary artery disease, CAD) o arteriopatia periferica (peripheral artery disease, PAD) sintomatica	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia Chirurgia cardiovascolare Angiologia 	
B01AF02	Apixaban	os	RRL	A-PHT	Sistema TS	<p>Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV)</p> <p>La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97</p>	<p>MMG</p> <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) 	97

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AF02	Apixaban	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP)	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia <p>U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.</p>	
B01AF03	Edoxaban	os	RRL	A-PHT	Sistema TS	<p>Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV)</p> <p>La prescrizione della terapia anticoagulante orale è a carico del SSN limitatamente alla FANV e al rispetto del percorso decisionale illustrato nella Nota AIFA 97</p>	<p>MMG</p> <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombotici ed emostasi <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) 	97
B01AF04	Edoxaban	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) e prevenzione delle recidive di TVP ed EP negli adulti.	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia <p>U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AX07	Caplacizumab	ev	RRL	H		Trattamento negli adulti degli episodi di porpora tromboticatrofocitopenica (PTT) acquisita, in associazione a plasmateresi (plasma exchange, PE) e immunosoppressione.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
B02AB02	Alfa1-antitripsina	ev	RNRL	H		Terapia cronica sostitutiva in soggetti con carenza congenita di inibitore dell'alfa1-proteinasi	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
B02BD	Complesso Protrombinico Umano	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD01	Fattore IX, II, VII, X della coagulazione, prot. c, prot. s.	ev	OSP	H			Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD02	Efmoroctocog	ev	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti con emofilia A (deficit congenito di fattore VIII). Può essere utilizzato in tutte le fasce d'età.	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD02	Moroctocog Alfa - (Fattore VIII di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD02	Octocog alfa	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD02	Fattore VIII Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD02	Turoctocog alfa	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD02	Turoctocog alfa pegol	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti a partire da 12 anni affetti da emofilia A (deficit congenito di fattore VIII).	Centri Emostasi e Trombosi (AO CS,AO CZ,GOM RC)	
B02BD02	Lonoctocog	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti affetti da emofilia A (deficit congenito del fattore VIII). Può essere utilizzato in pazienti di tutti i gruppi di età.	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD02	Rurioctocog Alfa Pegol	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti dai 12 anni in poi affetti da emofilia A	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD02	Damoctocog Alfa Pegol	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti dai 12 anni in poi affetti da emofilia A	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
B02BD03	Complesso protrombinico attivato-fattore VIII	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD04	Fattore IX Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD04	nonacog beta pegilato - fattore IX di coagulazione ricombinante	ev	RR	A-PHT		Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti da 12 anni in su affetti da emofilia B (deficit congenito di fattore IX)	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD04	Eftrenonacog	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti con emofilia B (deficit congenito di fattore IX)	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD04	Albutrepenonacog alfa	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e la profilassi dell'emorragia nei pazienti con emofilia B (carenza congenita di fattore IX); può essere usato per tutti i gruppi d'età.	Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD04	Albutrepenonacog alfa	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e la profilassi dell'emorragia nei pazienti con emofilia B (carenza congenita di fattore IX); può essere usato per tutti i gruppi d'età.	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD04	Nonacog gamma	ev	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento e profilassi del sanguinamento in pazienti affetti da emofilia B (deficit congenito di fattore IX), adatto a pazienti di tutte le fasce di età.	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD05	Fattore VII della coagulazione sangue umano liofilizzato	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD06	Fattore Von Willebrand umano	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	
B02BD09	Nonacog alfa (Fattore IX di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Centri di Emofilia	
B01BD11	Catridecacog	ev	OSP	H			Hub: - Centri di Emofilia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD14	Susoctocog alfa	ev	OSP	H		Negli adulti per il trattamento degli episodi emorragici in pazienti con emofilia acquisita causata da anticorpi nei confronti del fattore VIII.	Hub: - Centri di Emofilia	
B02BX04	Romiplostim	sc	RR	H			Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) Spoke: - Ematologia (KR) - Microcitemia (KR)	
B02BX05	Eltrombopag	ev,os	RR	H		Indicato in pazienti di età superiore ad 1 anno per il trattamento della trombocitopenia immune primaria (ITP) che sono refrattari ad altri trattamenti (ad esempio corticosteroidi, immunoglobuline)	<u>Per indicazione adulti</u> Hub: - Ematologia <u>Per indicazione pediatrica</u> Hub: - Oncoematologia Pediatrica (AO CS); - Ematologia Pediatrica (AO CZ, GOM RC) Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BX05	Eltrombopag					Indicato in pazienti adulti affetti da anemia aplastica acquisita grave (SAA), refrattari a precedente terapia immunosoppressiva o fortemente pretrattati e non eleggibili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
B02BX06	Emicizumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi di routine degli episodi emorragici in pazienti affetti da emofilia A severa (deficit congenito di fattore VIII, FVIII < 1%) senza inibitori dell'fattore VIII. Il farmaco può essere usato in tutte le fasce d'età	Hub: - Centri Emostasi e Trombosi	
B02BX07	Lusutrombopag	os	RNRL	H		Trattamento della trombocitopenia severa in pazienti adulti affetti da malattia epatica cronica sottoposti a procedure invasive	Hub: - Ematologia - Medicina Interna - Gastroenterologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) Spoke: Gastroenterologia (PO KR)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BX08	Avatrombopag	os	RR	H		Trattamento della trombocitopenia immune (immune thrombocytopenia, ITP) primaria cronica nei pazienti adulti refrattari ad altri trattamenti (ad es. corticosteroidi, immunoglobuline)	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
B02BX08	Avatrombopag	os	RR	H		Trattamento della trombocitopenia grave, nei pazienti adulti con malattia epatica cronica (CLD) e programmati per essere sottoposti a una procedura invasiva	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia - Medicina Interna - Gastroenterologia 	
B02BX09	Fostamatinib	os	RRL	H	Registro web-based AIFA	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 presentano controindicazioni ad almeno uno tra tpora e rituximab	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ematologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03AC	Derisomaltosio ferrico	ev	OSP	H		Indicato negli adulti per il trattamento della carenza di ferro nelle seguenti condizioni: - quando le preparazioni di ferro per via orale sono inefficaci o non possono essere utilizzate; - quando vi è l'esigenza clinica di somministrare ferro rapidamente.	Uso esclusivo in ambiente ospedaliero	
B03XA01	Eritropoietina alfa originator e biosimilare	ev,sc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare		<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	
B03XA01	Eritropoietina beta	ev,sc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hube Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03XA01	Eritropoietina zeta	ev,sc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare		<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	
B03XA01	Eritropoietina teta	ev,sc	RNRL	A	Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare		<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	
B03XA02	Darbepoietina Alfa	ev,sc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	ev,sc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi 	
B03XA05	Roxadustat	os	RNRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Trattamento di pazienti adulti con anemia sintomatica associata a malattia renale cronica (MRC)	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nefrologia - Medicina Interna - Ematologia 	
B03XA06	Luspatercept	sc	RNRL	A	PT web-based AIFA	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione dipendente dovuta a sindrome mielodisplastica (SMD) a rischio molto basso, basso e intermedio, che presentano sideroblasti ad anello con risposta insoddisfacente o non idonei a terapia basata su eritropoietina.	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03XA06	Luspatercept	sc	RNRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione-dipendente, associata a beta-talassemia.	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcitemia (GOM RC) - Ematologia pediatrica (AO CZ) - SOC Medicina Generale - Unità Funzionale Multidisciplinare per la Talassemia (PO Locri-ASP RC) - Centro Emostasi e Trombosi (AO CS) 	
B05AA01	Albumina Umana Soluzione	ev	RR	A/C	Scheda Regionale DCA Nota 15	In seguito a paracentesi evacuativa nella cirrosi epatica grave	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Intensiva - Rianimazione - Chirurgia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Ematologia - Oncologia - Ginecologia - Cardiologia - Malattie infettive - Pneumologia - Servizi trasfusionali - Geriatria - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	15

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B05AA01	Albumina Umana Soluzione	ev	RR	A/C	Scheda Regionale DCA Nota 15	Grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento, non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia ed in particolare a segni clinici di ipovolemia	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Intensiva - Rianimazione - Chirurgia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Ematologia - Oncologia - Ginecologia - Cardiologia - Malattie infettive - Pneumologia - Servizi trasfusionali - Geriatria - Epatologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi 	15
B06AC01	Inibitore umano della C1-esterasi	ev,sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
B06AC01	Inibitore umano della C1-esterasi	ev,sc	RR	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Prevenzione degli attacchi di angioedema ereditario (HAE) ricorrenti negli adolescenti e negli adulti con deficit di inibitore della C1-esterasi	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B06AC02	Icatibant acetato	sc	RR	H		Indicato per la terapia sintomatica degli attacchi acuti di angioedema ereditario (AEE) negli adulti, adolescenti e bambini a partire dai 2 anni, con carenza di inibitore esterasi C1	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
B06AC05	Lanadelumab	sc	RR	A-PHT	PT Cartaceo AIFA			
c	SISTEMA CARDIOVASCOLARE							
C01DX22	Vericiguat	os	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica in pazienti adulti con ridotta frazione di eiezione stabilizzati dopo un recente evento di riacutizzazione che abbia richiesto una terapia per via endovenosa	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C01BD07	Dronedaron	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Indicato per il mantenimento del ritmo sinusale a seguito di cardioversione con esito soddisfacente in pazienti adulti clinicamente stabili con fibrillazione atriale (FA) parossistica o persistente. Dato il suo profilo di sicurezza deve essere prescritto solo dopo che siano state valutate opzioni alternative di trattamento	Hub e Spoke: - Cardiologia - Cardiocirurgia - Medicina e Chirurgia d'accezzazione urgenza (MCAE)	
C01EB18	Ranolazina	os	RR	A-PHT	PT cartaceo AIFA	Indicato negli adulti come terapia aggiuntiva nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris stabile non adeguatamente controllati con le terapie antianginose di prima linea, come i betabloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano	Hub e Spoke: - Cardiologia - Geriatria - Medicina Generale Ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Geriatria - Medicina Interna	
C01EB21	Regadenoson	ev	OSP	C		Medicinale solo per uso diagnostico. Vasodilatatore coronarico selettivo da utilizzarsi negli adulti come agente per stress farmacologico per: • l'imaging di perfusione miocardica (myocardial perfusion imaging, MPI) con radionuclidi in pazienti incapaci di sottoporsi a un adeguato sforzo fisico. • la misurazione della riserva frazionale di flusso (FFR) di una singola stenosi dell'arteria coronaria durante l'angiografia coronarica invasiva, quando non sono previste misurazioni ripetute dell'FFR	Hub e Spoke: - Medicina Nucleare	
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A-PHT		Ipertensione Arteriosa	Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC, AOU CZ) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) - Medicina Generale (AO CZ) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A-PHT		Sclerodermia	Hub e Spoke: - Medicina Generale	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A-PHT		Ulcere digitali	Hub e Spoke: - Medicina Generale	
C02KX02	Ambrisentan	os	RRL	A-PHT		Iipertensione Arteriosa	Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC, AOU CZ) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	
C02KX02	Ambrisentan	os	RRL	A-PHT		Sclerodermia	Hub e Spoke: - Medicina Generale	
C02KX04	Macitentan	os	RRL	A-PHT		Iipertensione Arteriosa	Hub: - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC, AOU CZ) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) Spoke: - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	
C02KX05	Riociguat	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Cardiologia - Pneumologia - Cardiochirurgia - Reumatologia (GOM RC)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C03XA01	Tolvaptan	os	RNRL	A-PHT	Scheda multifarmaco semplificata AIFA	Indicato per rallentare la progressione dello sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associata al rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con CKD di stadio da 2 a 4 precoce (GFR≥25 mL/min) all'inizio del trattamento, con evidenza di malattia in rapida progressione.	Hub: - Nefrologia	
C03XA01	Tolvaptan	os	RNRL	H		Trattamento di pazienti adulti con iponatremia endocrina secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH)	Hub e Spoke: - Endocrinologia - Nefrologia - Oncologia	
C07AA05	Propranololo Cloridrato	os	RR/RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub: - Pediatria - Neonatologia - Chirurgia Pediatrica - Chirurgia Vascolare - Dermatologia - Cardiologia Pediatrica - Chirurgia Plastica	
C07AB14	Landiololo Cloridrato	ev	OSP	C		Tachicardia sopraventricolare e per il rapido controllo della frequenza ventricolare in pazienti con fibrillazione atriale o flutter atriale in circostanze perioperatorie, postoperatorie o di altro genere, dove si giudichi necessario il controllo a breve termine della frequenza ventricolare con un farmaco di breve durata d'azione.	Hub e Spoke: -Cardiologia	
C07AB14	Landiololo Cloridrato	ev	OSP	C		Tachicardia sinusale non compensatoria laddove, secondo il giudizio del medico, la frequenza cardiaca accelerata richieda un intervento specifico	Hub e Spoke: -Cardiologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C08CA16	Clevidipina	ev	OSP	H		Indicato per la rapida riduzione della pressione arteriosa durante la fase perioperatoria	Hub e Spoke: - Cardiologia interventistica - Cardiocirurgia	
C09DX04	Sacubitril/valsartan	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Interna - Cardiologia - Geriatria U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.	
C10AA01	Simvastatina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AA02	Lovastatina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AA03	Pravastatina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C10AA04	Fluvastatina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AA05	Atorvastatina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AA07	Rosuvastatina	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AB02	Bezafibrato	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AB04	Gemfibrozil	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C10AB05	Fenofibrato	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AX06	Omega 3 trigliceridi inclusi altri esteri ed acidi	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AX09	Ezetimibe	os	RR	A	Scheda Regionale DCA Nota 13			13
C10AX12	Lomitapide	os	RNRL	A-PHT			Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Endocrinologia - Medicina Generale	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C10AX13	Evolocumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	<p>Ipercolesterolemia e dislipidemia mista Indicato nei pazienti adulti affetti da ipercolesterolemia primaria (familiare eterozigote e non familiare) o da dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in associazione ad una statina o ad una statina con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti che non raggiungono livelli di LDL-C target con la dose massima tollerata di una statina, oppure - in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato. <p>Ipercolesterolemia familiare omozigote Indicato in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti negli adulti e negli adolescenti di almeno 12 anni di età con ipercolesterolemia familiare omozigote.</p> <p>Malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata Indicato negli adulti con malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata (infarto del miocardio, ictus o arteriopatia periferica) per ridurre il rischio cardiovascolare riducendo i livelli di C-LDL, in aggiunta alla correzione di altri fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in associazione alla dose massima tollerata di statina con o senza altre terapie ipolipemizzanti oppure, - in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato. 	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia 	
C10AX14	Alirocumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	<p>Ipercolesterolemia primaria e dislipidemia mista Praluent è indicato in adulti con ipercolesterolemia primaria (familiare eterozigote o non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in associazione ad una statina o una statina con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi per il colesterolo LDL (C-LDL) con la dose massima tollerata di statine, oppure - in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali una statina è controindicata. <p>Malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata Praluent è indicato negli adulti con malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata per ridurre il rischio cardiovascolare riducendo i livelli di C-LDL, in aggiunta alla correzione di altri fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in associazione alla dose massima tollerata di statina con o senza altre terapie ipolipemizzanti oppure, - in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso delle statine è controindicato. 	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia 	
C10AX15	Acido bempedoico	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	<p>Indicato negli adulti affetti da ipercolesterolemia primaria (familiare eterozigote e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in associazione a una statina o con una statina in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti nei pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi di LDL-C con la dose massima tollerata di una statina oppure • in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o nei quali ne è controindicato l'uso. 	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Medicina interna, - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C10AX16	Inclisiran	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato in adulti con ipercolesterolemia primaria (eterozigote familiare e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: in associazione a una statina o una statina con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi per l'LDL-C con la dose massima tollerata di una statina, oppure: in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali una statina è controindicata	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia	
C10AX18	Volanesorsen	sc	RRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato come coadiuvante della dieta in pazienti adulti affetti da sindrome da chilomicronemia familiare (FCS) confermata geneticamente e ad alto rischio di pancreatite, in cui la risposta alla dieta e alla terapia di riduzione dei trigliceridi è stata inadeguata	Hub: - Medicina Interna - Endocrinologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
C10AB05	Atorvastatina/Ezetimibe	os	RR	A/C	Scheda Regionale DCA Nota 13	Classe A: In aggiunta alla dieta come terapia sostitutiva in pazienti adulti per il trattamento dell'ipercolesterolemia primaria, incluso l'ipercolesterolemia familiare (variante eterozigote) o iperlipidemia combinata (mista), già adeguatamente controllati con i singoli principi attivi somministrati insieme con lo stesso dosaggio dell'associazione a dose fissa, ma come medicinali diversi		13
C10BA10	Acido bempedoico/ezetimibe	os	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Indicato negli adulti affetti da ipercolesterolemia primaria (familiare eterozigote e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: • in combinazione con una statina nei pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi di colesterolo-lipoproteina a bassa densità (low density lipoprotein-cholesterol,LDL-C) con la dose massima tollerata di una statina oltre a ezetimibe; • in monoterapia in pazienti intolleranti alle statine o nei quali ne è controindicato l'uso, e che non sono in grado di raggiungere gli obiettivi di LDL-C solo con ezetimibe; nei pazienti già in trattamento con l'associazione di acido bempedoico ed ezetimibe sotto forma di compresse distinte con o senza statina	MMG Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia	
D	DERMATOLOGICI							
D03BA	Enzimi proteolitici	loc	OSP	H		Rimozione dell'escara in ustioni profonde a spessore parziale o completo	Centro Grandi Ustionati	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
D06BB10	Imiquimod 5%	loc	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Ginecologia - Oncologia - Dermatologia	
D06BB10	Imiquimod 3,75%	loc	RRL	A	Scheda Regionale DCA Nota 95	Cheratosi attinica limitat ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero >6 Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	95
D06BX03	Tirbanibulina	loc	RRL	A	Scheda Regionale DCA Nota 95	Trattamento cutaneo della cheratosi attinica, non ipercheratosica, non ipertrofica (Olsen di grado 1) del viso o del cuoio capelluto, negli adulti	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	95
D07AB19	Desametasone	loc	RR	A		Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	88
D07AC01	Betametasone Valerato	loc	RR	A		Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	88
D07AC06	Diflucortolone Valerato	loc	RR	C/A		Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	88

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
D07AC14	Metilprednisolone Aceponato	loc	RR	A		Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	88
D07AD01	Clobetasolo Propionato	loc	RR	A		Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	88
D07AD02	Alcinonide	loc	RR	A		Pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	88
D11AH01	Tacrolimus	loc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	
D11AH08	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A-PHT	Registro web-based AIFA	Trattamento della dermatite atopica da moderata a grave, negli adulti eleggibili per la terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia	
D11AH05	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A-PHT	Registro web-based AIFA	Trattamento della dermatite atopica da moderata a grave negli adolescenti di età pari o superiore ai 12 anni eleggibili per la terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia - Pediatria	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
D11AH08	Abrocitinib	os	RNRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Trattamento della dermatite atopica da moderata a grave negli adulti candidati alla terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	
D11AH06	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A-PHT	PT cartaceo AIFA	Indicato negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore ai 12 anni come trattamento aggiuntivo di mantenimento per l'asma grave con infiammazione di tipo 2, caratterizzata da un aumento degli eosinofili ematici e/o del FeNO, non adeguatamente controllati con ICS (corticosteroidi per via inalatoria) a dosaggio alto e un altro prodotto medicinale per il trattamento di mantenimento	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena e Melito Porto Salvo - ASP Reggio Calabria	
D11AH07	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Indicato come terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con Rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) grave per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non fornisce un controllo adeguato della malattia	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Allergologia - Immunologia - ORL	
D11AH07	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A-PHT	Registro web-based AIFA	Dermatite atopica bambini di età compresa tra 6 e 11 anni eleggibili per la terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia - Pediatria	
D11AH07	Tralokinumab	sc	RNRL	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in adulti che sono candidati alla terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	
D11AX18	Diclofenac in ialuronato	loc	RRL	A	Scheda Regionale DCA Nota 95	Cheratosi attinica limitat ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero >6 Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto Per localizzazioni al tronco e/o al cuoio capelluto	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	95

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
D11AX19	Alitretonina	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Eczema cronico severo	Hub e Spoke: - Dermatologia	
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI							
G02AD06	Misoprostolo	vag/os	OSP	C		Indicato per l'induzione del travaglio	Hub, Spoke: - Ostetricia - Ginecologia	
G02CB03	Cabergolina	os	RNR	A			Ambulatori specialistici territoriali: - Geriatria - Neurologia - Neuropsichiatria - Psichiatria	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03BA03	Testosterone (enantato/undecanoato)	os,im,loc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	ipogonadismi maschili primitivi e secondari caratterizzati da ridotte concentrazioni di testosterone totale (< 12 nmoli/L o 350 ng/dL) in presenza di sintomi tipici (riduzione del desiderio e potenza sessuale, osteoporosi, riduzione forza muscolare, obesità viscerale, alterazioni del tono dell'umore)	<p><u>Testosterone os e im</u></p> <p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia - Pediatria - Medicina generale - Urologia - Andrologia - Fisiopatologia della riproduzione (A.O. Cosenza) 	36
G03BA03	Testosterone (enantato/undecanoato)	os,im,loc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p><u>Testosterone loc</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia - Urologia - Andrologia 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03BB01	Mesterolone	os	RNRL	C			<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia - Urologia 	
G03GA02	Menotropina	im	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>MEROPUR Iperstimolazione ovarica controllata per l'induzione dello sviluppo follicolare multiplo durante tecniche di riproduzione assistita (ART) [ad esempio: fecondazione in vitro/trasferimento embrionale (FIVET), trasferimento di gameti all'interno delle tube (GIFT) e iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI)]</p> <p>MERIOFERT Induzione dell'ovulazione: per l'induzione dell'ovulazione in donne con amenorrea o con anovulazione che non hanno risposto al trattamento con clomifene citrato.</p>	<p>CENTRI I LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - AO CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione - Castrovillari (CS) - ASP CS - <u>Centro di procreazione medicalmente assistita</u> - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - <u>Urogyn Biotec Srl</u> - Catanzaro - <u>Genesis</u> - Cosenza - <u>UO Ostetricia e Ginecologia - PO Rossano-Corigliano</u> - ASP CS - <u>Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)</u> - Cds Scilla (RC) - ASP RC <p>CENTRI II LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia</u> - Rende (CS) - <u>C.I.S. Medicina della Riproduzione</u> - Lamezia Terme (CZ) - <u>Gatic Sas</u> - Gioia Tauro (RC) - <u>Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l."</u> - Montauro (CZ) <p>CENTRI III LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita</u> - AOU Catanzaro 	74

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03GA04	Urofollitropina	im	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>Sterilità femminile: Induzione dell'ovulazione, in associazione con gonadotropina corionica, in pazienti affette da sindrome dell'ovaio policistico; amenorrea o stati anovulatori da insufficienza della fase follicolare; altri stati di infertilità associata ad un aumentato rapporto LH/FSH.</p> <p>Indicato per la stimolazione dello sviluppo follicolare multiplo in donne sottoposte ad induzione dell'ovulazione nei programmi di fecondazione in vitro (IVF) ed altre tecniche di riproduzione assistita (FIVET-GIFT-ZIFT)</p> <p>Sterilità maschile: Induzione della spermatogenesi in uomini affetti da ipogonadismo ipogonadotropo, in associazione alla gonadotropina corionica umana (hCG)</p>	<p>CENTRI I LIVELLO: - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - AO CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione - Castrovillari (CS) - ASP CS - Centro di procreazione medicalmente assistita - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - Urogyn Biotec Srl - Catanzaro - Genesis - Cosenza - UO Ostetricia e Ginecologia - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) - Cds Scilla (RC) - ASP RC</p> <p>CENTRI II LIVELLO: - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatic Sas - Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ)</p> <p>CENTRI III LIVELLO: - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro</p>	74
G03GA05	Follitropina alfa da DNA ricombinante	sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>Nella donna adulta: - Anovulazione (inclusa la sindrome dell'ovaio policistico) in donne che non rispondono al trattamento con clomifene citrato. - Stimolazione dello sviluppo follicolare multiplo in donne sottoposte a tecniche di riproduzione assistita (Assisted Reproductive Technology, ART), come la fecondazione in vitro (In Vitro Fertilisation, IVF), trasferimento di gameti all'interno delle tube o trasferimento di zigoti all'interno delle tube. - In associazione ad una preparazione a base di ormone luteinizzante (Luteinising Hormone, LH), è raccomandato per la stimolazione dello sviluppo follicolare e dell'ovulazione in donne con grave insufficienza di LH ed FSH. Negli studi clinici tali pazienti venivano identificate in base a livelli sierici di LH endogeno <1,2 UI/L.</p> <p>Nell'uomo adulto: La follitropina alfa è indicata nella induzione della spermatogenesi in uomini affetti da ipogonadismo ipogonadotropo congenito o acquisito, in associazione alla gonadotropina corionica umana (human Chorionic Gonadotropin, hCG)</p>	<p>CENTRI I LIVELLO: - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - AO CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione - Castrovillari (CS) - ASP CS - Centro di procreazione medicalmente assistita - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - Urogyn Biotec Srl - Catanzaro - Genesis - Cosenza - UO Ostetricia e Ginecologia - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) - Cds Scilla (RC) - ASP RC</p> <p>CENTRI II LIVELLO: - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatic Sas - Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ)</p> <p>CENTRI III LIVELLO: - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro</p>	74

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03GA06	Follitropina beta	im	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>Nelle donne adulte: Indicato nel trattamento dell'infertilità femminile nelle seguenti condizioni cliniche:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anovulazione (inclusa la sindrome policistica dell'ovaio, PCOS) in donne che non hanno risposto al trattamento con clomifene citrato. Iperstimolazione controllata delle ovaie, per indurre lo sviluppo di follicoli multipli, nei protocolli di riproduzione assistita [per es. fecondazione in vitro/trasferimento dell'embrione (IVF/ET), trasferimento intratubarico del gamete (GIFT) e iniezione intracitoplasmatica di sperma (ICSI)]. <p>Negli uomini adulti: insufficiente spermatogenesi da ipogonadismo ipogonadotropo</p>	<p>CENTRI I LIVELLO: - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - AO CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione - Castrovillari (CS) - ASP CS - Centro di procreazione medicalmente assistita - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - Urogyn Biotec Srl - Catanzaro - Genesis - Cosenza - UO Ostetricia e Ginecologia - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) - Cds Scilla (RC) - ASP RC</p> <p>CENTRI II LIVELLO: - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatic Sas - Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ)</p> <p>CENTRI III LIVELLO: - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro</p>	74
G03GA07	Lutropina alfa	sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>In associazione con una preparazione a base di ormone follicolo stimolante (Follicle Stimulating Hormone, FSH), è raccomandato per la stimolazione dello sviluppo follicolare in donne adulte con grave insufficienza di ormone luteinizzante (Luteinising Hormone, LH) ed FSH. Negli studi clinici tali pazienti venivano identificate in base a livelli sierici di LH endogeno <1,2 UI/L.</p>	<p>CENTRI I LIVELLO: - U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione - AO CS - C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione - Castrovillari (CS) - ASP CS - Centro di procreazione medicalmente assistita - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - Urogyn Biotec Srl - Catanzaro - Genesis - Cosenza - UO Ostetricia e Ginecologia - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) - Cds Scilla (RC) - ASP RC</p> <p>CENTRI II LIVELLO: - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatic Sas - Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ)</p> <p>CENTRI III LIVELLO: - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro</p>	74

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03GA08	Coriogonadotropina alfa	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>Indicato nel trattamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donne adulte sottoposte a superovulazione in preparazione a tecniche di riproduzione assistita come la fecondazione in vitro (IVF): viene somministrato per indurre la maturazione finale del follicolo e la luteinizzazione dopo la stimolazione della crescita follicolare. - Donne adulte anovulatorie o oligo-ovulatorie: ovitrelle viene somministrato per indurre l'ovulazione e la luteinizzazione in donne anovulatorie o oligo-ovulatorie dopo la stimolazione della crescita follicolare. 	<p>CENTRI I LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione</u> - AO CS - <u>C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione</u> - Castrovillari (CS) - ASP CS - <u>Centro di procreazione medicalmente assistita</u> - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - <u>Urogyn Biotec Srl</u> - Catanzaro - <u>Genesis</u> - Cosenza - <u>UO Ostetricia e Ginecologia</u> - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - <u>Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)</u> - Cds Scilla (RC) - ASP RC <p>CENTRI II LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia</u> - Rende (CS) - <u>C.I.S. Medicina della Riproduzione</u> - Lamezia Terme (CZ) - <u>Gatic Sas</u> – Gioia Tauro (RC) - <u>Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l."</u> Montauro (CZ) <p>CENTRI III LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita</u> - AOU Catanzaro 	74
G03GA08	Corifollitropina alfa	sc	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	<p>Indicato per la stimolazione ovarica controllata (Controlled Ovarian Stimulation - COS) in associazione ad un antagonista dell'ormone rilasciante le gonadotropine (GnRH) per lo sviluppo follicolare multiplo nelle donne che partecipano ad un programma di Tecniche di Riproduzione Assistita (Assisted Reproductive Technology - ART).</p> <p>LONG ACTING</p>	<p>CENTRI I LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione</u> - AO CS - <u>C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione</u> - Castrovillari (CS) - ASP CS - <u>Centro di procreazione medicalmente assistita</u> - Tiriolo (CZ) - ASP CZ - <u>Urogyn Biotec Srl</u> - Catanzaro - <u>Genesis</u> - Cosenza - <u>UO Ostetricia e Ginecologia</u> - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - <u>Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)</u> - Cds Scilla (RC) - ASP RC <p>CENTRI II LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia</u> - Rende (CS) - <u>C.I.S. Medicina della Riproduzione</u> - Lamezia Terme (CZ) - <u>Gatic Sas</u> – Gioia Tauro (RC) - <u>Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l."</u> Montauro (CZ) <p>CENTRI III LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita</u> - AOU Catanzaro 	74

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03GA10	Follitropina delta	sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	Stimolazione ovarica controllata per lo sviluppo di follicoli multipli nelle donne sottoposte a tecniche di riproduzione assistita (assisted reproductive technologies,ART), come la fecondazione in vitro (in vitro fertilisation, IVF) o un ciclo di iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (intracytoplasmic sperm injection, ICSI).	<p>CENTRI I LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione</u> - AO CS - <u>C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione</u> - Castrovillari (CS) - ASP CS - <u>Centro di procreazione medicalmente assistita</u> - Tiriolo (CZ) - ASP CZ <ul style="list-style-type: none"> - <u>Urogyn Biotec Srl</u> - Catanzaro - <u>Genesis</u> - Cosenza - <u>UO Ostetricia e Ginecologia</u> - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - <u>Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)</u> - CdS Scilla (RC) - ASP RC <p>CENTRI II LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia</u> - Rende (CS) - <u>C.I.S. Medicina della Riproduzione</u> - Lamezia Terme (CZ) <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gatic Sas</u> – Gioia Tauro (RC) - <u>Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l."</u> Montauro (CZ) <p>CENTRI III LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita</u> - AOU Catanzaro 	74
G03GA30	Follitropina alfa/Lutropina alfa	sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA Nota 74	Indicato per la stimolazione dello sviluppo follicolare in donne adulte con grave insufficienza di LH ed FSH	<p>CENTRI I LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione</u> - AO CS - <u>C.B.R. Centro di Biologia della Riproduzione</u> - Castrovillari (CS) - ASP CS - <u>Centro di procreazione medicalmente assistita</u> - Tiriolo (CZ) - ASP CZ <ul style="list-style-type: none"> - <u>Urogyn Biotec Srl</u> - Catanzaro - <u>Genesis</u> - Cosenza - <u>UO Ostetricia e Ginecologia</u> - PO Rossano-Corigliano - ASP CS - <u>Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)</u> - CdS Scilla (RC) - ASP RC <p>CENTRI II LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia</u> - Rende (CS) - <u>C.I.S. Medicina della Riproduzione</u> - Lamezia Terme (CZ) <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gatic Sas</u> – Gioia Tauro (RC) - <u>Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l."</u> Montauro (CZ) <p>CENTRI III LIVELLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita</u> - AOU Catanzaro 	74

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03XB02	Ulipristal	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento intermittente (fino a un max di 4 cicli) dei sintomi da moderati a gravi di fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva. Durata di 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e resezione di setti endouterini per via isteroscopica	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ginecologia - Oncologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ginecologo 	51
G03XB02	Ulipristal	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento pre-operatorio di sintomi, da moderati a gravi, di fibromi uterini		

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03XC01	Raloxifene	os	RR	A		Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura	Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia 	79
G03XC02	Bazedoxifene	os	RR	A		Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura	Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia 	79

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G04BD04	Oxibutinina Cloridrato	os	RR	A		Incontinenza urinaria da urgenza	<p>Hub, Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia - Pediatria - Neurologia - Oncologia 	87
G04BE01	Alprostadil	intracaver	RNR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	La prescrizione di alprostadil per iniezione intracavernosa a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile da lesioni complete del midollo spinale, e ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico qualora vi sia mancata risposta, intolleranza o contro-indicazione agli inibitori della PDE5, secondo un piano terapeutico redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) 	75

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G04BE03	Sildenafil citrato	os	RR/RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	La prescrizione di inibitori della PDE5 a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degenerativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica, secondo un piano terapeutico, redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN.	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ, GOM RC) - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) <p>Nota Regionale Prot. 33487 del 31.01.2018</p>	75
G04BE03	Sildenafil citrato	os	RR/RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Caastrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G04BE03	Sildenafil citrato	os	RR/RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento di pazienti pediatrici di età compresa tra 1 e 17 anni con ipertensione arteriosa polmonare	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Caastrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) 	
G04BE08	Tadalafil	os	RRL/RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	La prescrizione di inibitori della PDE5 a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degeberativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica, secondo un piano terapeutico, redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN.	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ GOM RC) -Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) 	75

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G04BE08	Tadalafil	os	RRL/RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Caastrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Caastrovillari) 	
G04BE08	Tadalafil	os	RRL/RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento di pazienti pediatrici di età compresa tra 1 e 17 anni con ipertensione arteriosa polmonare	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Caastrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Caastrovillari) 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G04BE09	Vardenafil cloridrato triidrato	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	La prescrizione di inibitori della PDE5 a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degeberativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica, secondo un piano terapeutico, redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN.	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia <p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (AO CS, AO CZ GOM RC) -Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) 	75
G04BE10	Avanafil	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	La prescrizione di inibitori della PDE5 a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degeberativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia 	75
H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI							

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
H01AC01	Somatropina	im,sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare	https://www.aifa.gov.it/nota-39	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetologia (AO CZ, AO RC) - Endocrinologia (AO CZ, AOU CZ, AO RC) - Pediatria (AO CS, AOU CZ, AO RC) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatria (PO KR, PO Locri, PO Castrovillari, PO Lamezia Terme, PO Paola/Cetraro, PO Corigliano/Rossano) 	39
H01AC08	Somatrogon	sc	RRL	A-PHT		Trattamento di bambini e adolescenti a partire dai tre anni di età con disturbi della crescita dovuti a una secrezione insufficiente dell'ormone somatotropo	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia - Pediatria 	39
H01AX01	Pegvisomant	sc	RNRL	A-PHT			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia 	
H01BA01	Argipressina	ev	OSP	C		Indicato per il trattamento dell'ipotensione refrattaria alle catecolamine conseguente a shock settico in pazienti di età superiore ai 18 anni. È presente un'ipotensione refrattaria alle catecolamine se la pressione arteriosa media non può essere stabilizzata ai valori ottimali nonostante un adeguato reintegro del volume e la somministrazione di catecolamine	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia 	
H01BA02	Desmopressina Acetato	os,ev,im	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub, Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emodialisi - Ematologia - Servizi Trasfusionali 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
H01CA01	Gonadorelina	ev,sc	RR	C			Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Pediatria - Urologia - Andrologia	
H01CA01	Gonadorelina	nas	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Pediatria - Urologia - Andrologia	
H01CB02	Octreotide Acetato	sc,im	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Oncologia - Ematologia - Pediatria	
H01CB03	Lanreotide Acetato	im	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Oncologia - Ematologia - Pediatria	
H01CB05	Pasireotide	sc	RNRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Malattia di Cushing	Hub: - Endocrinologia - Neurologia - Medicina Interna Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
H01CC54	relugolix, estradiolo e noretisterone acetato	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento dei sintomi da moderati a severi dei fibromi uterini in donne adulte in età fertile	<p>Hub e Spoke: - Ginecologia</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Ginecologo</p>	51
H02AB09	Idrocortisone Emisuccinato Sodico	os,im,ev	RRL/RR	A-PHT/C		Indicato per l'insufficienza surrenalica nei bambini da 0 a 18 anni	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologia - Pediatria</p>	
H02AB09	Idrocortisone Emisuccinato Sodico	os	RRL	H	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento dell'iperplasia surrenalica congenita (CAH, congenital adrenal hyperplasia) negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni e negli adulti.	<p>Hub: - Endocrinologia - Pediatria</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
H02CA02	Osilodrostat	os	RNRL	A-PHT		Trattamento della Sindrome di Cushing endogena negli adulti	<p>Hub: - Endocrinologia - Medicina interna</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
H05AA02	Teriparatide	sc	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche	<p>Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia</p>	79

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
H05BX01	Cinacalcet	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Endocrinologia - Nefologia - Emodialisi	
H05BX02	Paracalcitolo	ev,os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Prevenzione e trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in pazienti adulti e pediatrici di età compresa tra i dieci e i sedici anni associato a malattia renale cronica negli stadi 3 e 4 e per la prevenzione ed il trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in pazienti adulti associato a malattia renale cronica di stadio 5 in pazienti sottoposti ad emodialisi o a dialisi peritoneale	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Endocrinologia - Nefologia - Emodialisi	
H05BX04	Etelcalcetide	ev	RRL	A-PHT		Trattamento dell'iperparatiroidismo secondario (SHPT) in pazienti adulti con malattia renale cronica (CKD) in emodialisi.	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Nefrologia - Dialisi	
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO							
J01CA10	Mezlocillina Sodica Monoidrata	im	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01CA12	Piperacillina	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55
J01CA12	Piperacillina	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		
J01CE08	Benzilpenicillina Benzatinica	im	RR	A-PHT		<p>Profilassi della malattia reumatica in soggetti con infezioni delle prime vie respiratorie sostenute da streptococchi del gruppo A. Profilassi delle recidive della malattia reumatica</p> <p>Sifilide</p>	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia 	92

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01CE08	Benzilpenicillina Benzatinica	im	RR	A-PHT		Proflassi delle recidive delle ammalattie reumatiche	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia	92
J01CE09	Benzilpenicillina Benzatinica	im	RR	A-PHT		Sifilide	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia	92
J01CR01	Ampicillina/Sulbactam	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01CR05	Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico	ev,im	RR/OSP	A/H	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55
J01DD02	Ceftazidima	im,ev	RR/OSP	A/H	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H		In adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi per il trattamento delle seguenti infezioni: <ul style="list-style-type: none"> • infezione intra-addominale complicata (cIAI) • Infezione complicata del tratto urinario (cUTI), inclusa pielonefrite polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) 	Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate	<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p> <p>*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO</p>	
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento di pazienti adulti con batteriemia che si verifica in associazione, o si sospetta sia associata, a una delle infezioni sopra elencate	<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p> <p>*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO</p>	
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento di infezioni intraddominale complicata	<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p> <p>*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Polmonite acquisita in ospedale	<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p> <p>*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO</p>	
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento di infezioni causate da microrganismi Gram-negativi aerobi negli adulti e nei pazienti pediatrici di età pari o superiore a 3 mesi nei quali vi siano opzioni terapeutiche limitate	<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p> <p>*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO</p>	
J01DE01	Cefepime Dicloridrato Monoidrato	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DF01	Aztreonam	inal	RNRL	C		<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata:</p> <p>al trattamento iniziato in ambito ospedaliero</p> <p>La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio</p> <p>al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica</p> <p>Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche</p>		56
J01DH51	Imipenem + Cilastatina	ev,im	OSP	C/H		<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata:</p> <p>al trattamento iniziato in ambito ospedaliero</p> <p>La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio</p> <p>al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica</p> <p>Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche al trattamento iniziato in ambito ospedaliero</p>		56
J01DH52	Meropenem/vaborbactam	ev	OSP	H		<p>Trattamento di pazienti adulti con accertate o sospette gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE): infezione accertata del tratto urinario complicata (cUTI), compresa pielonefrite; infezione accertata o sospetta intra-addominale complicata (cIAI); polmonite nosocomiale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione (VAP) accertata o sospetta; batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate; trattamento di infezioni accertate dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate</p>	<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DH56	Imipenem/cilastatina/relebactam	ev	OSP	H		<p>Indicato nel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trattamento della polmonite acquisita in ospedale (HAP), compresa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP), negli adulti; - Trattamento della batteriemia che si manifesta in associazione o che si sospetta sia associata a HAP o VAP, negli adulti; - Trattamento delle infezioni causate da organismi aerobi Gram-negativi negli adulti con opzioni di trattamento limitate 	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie infettive 	
J01DH56	Imipenem/cilastatina/relebactam	ev	OSP	H		<p>La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie infettive 	
J01DI01	Ceftobiprolo	ev	OSP	H		<p>Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DI01	Ceftobiprolo	ev	OSP	H		Polmonite acquisita in comunità	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J01DI02	Ceftarolina fosamil	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento delle seguenti infezioni nei neonati, nei lattanti, nei bambini, e negli adolescenti: <ul style="list-style-type: none"> • Infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI) • Polmonite acquisita in comunità (CAP) esclusivamente nei casi in cui sia fallito un precedente trattamento antibiotico Si devono tenere in considerazione le indicazioni ufficiali sull'impiego appropriato degli agenti antibatterici	Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
J01DI04	Cefiderocol	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento delle infezioni dovute a organismi aerobi gram-negativi negli adulti con opzioni terapeutiche limitate	Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H		Polmonite acquisita in ospedale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)	Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H		Trattamento delle seguenti infezioni negli adulti:1- Infezioni intra-addominali complicate con eziologia documentata/sospetta da batteri Gram- negativi, resistenti ai trattamenti di prima linea	Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H		Pielonefrite acuta eziologia documentata/sospetta batteri Gram-negativi, resistenti trattamenti di prima linea.	Hub e Spoke: - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H		Infezioni complicate del tratto urinario con eziologia documentata/sospetta da batteri gram-negativi, resistenti ai trattamenti di prima linea.	<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive</p> <p>*specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO</p>	
J01GB01	Tobramicina	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55
J01GB01	Tobramicina	im,ev	RNRL	A-PHT			<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive - Medicina generale - Pediatria - Pneumologia - Centri Fibrosi Cistica</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01GB03	Gentamicina	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55
J01GB06	Amikacina Solfato	im,ev	RR/OSP	A/H	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55
J01GB07	Netilmicina	im,ev	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari trattamento iniettivo delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		55

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01XA02	Teicoplanina	im,ev	RR	A		<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata:</p> <p>al trattamento iniziato in ambito ospedaliero</p> <p>La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio</p> <p>al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica</p> <p>Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche</p>		56
J01XA04	Dalbavancina	ev	OSP	H		Negli adulti per il trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI)	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J01XA05	Oritavancina	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Indicato per il trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti	Hub e Spoke: - Malattie infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01XB01	Colistimetato Sodico	im,ev,inal	RNR	C			Centro Regionale Fibrosi Cistica	
J01XX01	Fosfomicina Sale Di Trometamolo	os	RR	A/C		<p>Trattamento delle seguenti infezioni negli adulti e nei bambini, neonati inclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osteomielite • infezioni complicate delle vie urinarie • infezioni nosocomiali delle vie respiratorie inferiori <ul style="list-style-type: none"> • meningite batterica • batteriemia che si manifesta in associazione o che si ritiene eventualmente associata a una qualsiasi delle infezioni sopracitate 	<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p>	
J01XX01	Fosfomicina sodica	ev	OSP	H			<p>Hub e Spoke: - Malattie Infettive</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01XX08	Linezolid	os,ev	RNRL/OSP	A-PHT/H			Hub e Spoke: - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia	
J01XX11	Tedizolid fosfato	os,ev	RNRL/OSP	A-PHT/H	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento di infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti. La rimborsabilità è limitata alle sole infezioni complicate della cute e dei tessuti molli quando si sospetta o si ha la certezza che l'infezione sia causata da batteri Gram positivi sensibili.	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J02AC03	Voriconazolo	os,ev	RNRL	A-PHT/H			Hub e Spoke: - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J02AC04	Posaconazolo	os	RNRL	A-PHT			Hub e Spoke: - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia	
J02AC05	Isavuconazolo	os,ev	RNRL/OSP	A-PHT/H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Ematologia	
J04AB04	Rifabutina	os	RR	A		La prescrizione a carico del SSN è limitata: al trattamento iniziato in ambito ospedaliero La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche. Ciò non impedisce, tuttavia, dopo la diagnosi e l'inizio del trattamento, il mantenimento della continuità assistenziale ospedale-territorio a carico del SSN, ove fosse necessario proseguire la terapia a domicilio al trattamento iniziato dal Medico di Medicina Generale solo se sostenuto da un'adeguata indagine microbiologica Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all' assenza di alternative terapeutiche	Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia	56

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J04AK05	Bedaquilina	os	RNRL	H		Tubercolosi polmonare multiresistente quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per motivi di resistenza o tollerabilità	Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia	
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H		Opportuna terapia di associazione per la tubercolosi polmonare multiresistenti ai farmaci nei pazienti adulti quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per motivi di resistenza o tollerabilità	Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia	
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H		Indicato in combinazione con bedaquilina e linezolid, negli adulti, per il trattamento della tubercolosi (TB) polmonare a estesa farmacoresistenza (extensively drug resistant, XDR) o intollerante al trattamento o multifarmacoresistente (multidrug-resistant, MDR) non responsiva.	Hub e Spoke: - Malattie Infettive - Pneumologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AB01	Aciclovir	os,ev	RR/OSP	A/H		<p>Virus Herpes simplex</p> <p>Virus varicella-zoster (VZV)</p> <p>La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.</p>		84
J05AB09	Famciclovir	os	RR	A		<p>Virus Herpes simplex</p> <p>Virus varicella-zoster (VZV)</p> <p>La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.</p>		84
J05AB11	Valaciclovir (cloridrato)	os	RR	C/A-PHT		<p>Virus Herpes simplex</p> <p>Virus varicella-zoster (VZV)</p> <p>La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.</p>		84

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AB14	Valganciclovir (cloridrato)	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento di induzione e mantenimento della retinite da citomegalovirus (CMV) in pazienti adulti con sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia	
J05AB14	Valganciclovir (cloridrato)	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Prevenzione della malattia da CMV in adulti e bambini (dalla nascita ai 18 anni di età) negativi al CMV, sottoposti a trapianto di organo solido da donatore CMV positivo.	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia	
J05AB14	Valganciclovir (cloridrato)	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Estensioni Legge 648/96: trattamento "pre-emptivo" dell'infezione da CMV in pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AB15	Brivudina	os	RR	A		<p>Virus Herpes simplex</p> <p>Virus varicella-zoster (VZV)</p> <p>La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.</p>		84
J05AB16	Remdesivir	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	<p>Trattamento della malattia da coronavirus 2019</p> <p>Trattamento precoce della malattia da coronavirus 2019</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <p>- Malattie Infettive</p>	
J05AE01	Saquinavir	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke:</p> <p>- Malattie Infettive</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AE03	Ritonavir	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive</p> <p>DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV</p>	
J05AE07	Fosamprenavir	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive</p>	
J05AE08	Atazanavir	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AE09	Tipranavir	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AE10	Darunavir	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AF01	Zidovudina	os,ev	RNRL	A/H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AF05	Lamivudina	os	RR/RNRL	A-PHT/H	Scheda Regionale DCA PT generico	HBV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J05AF06	Abacavir Solfato	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AF07	Tenofovir Disoproxil	os	RNRL	H			<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Medicina Generale - Gastroenterologia <p>DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV</p>	
J05AF08	Adefovir Dipivoxil	os	RNRL	A-PHT			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>DPGR 198/2012 PDТА AIDS/HIV</p>	
J05AF09	Emtricitabina	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AF10	Entecavir	os	RNRL	A-PHT			Hub e Spoke: - Malattie infettive - Medicina Generale - Gastroenterologia	
J05AF11	Telbivudina	os	RNRL	A-PHT			Hub e Spoke: - Malattie infettive - Medicina Generale - Gastroenterologia	
J05AF13	Tenofovir alafenamide fumarato	os	RNRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	HBV in adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg).	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AJ01	Raltegravir	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AJ03	Dolutegravir	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AJ04	Cabotegravir	os, ev	RNRL	H		HIV	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AG01	Nevirapina	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AG03	Efavirenz	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AG04	Etravirina	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AG05	Rilpivirina	os/*ev	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AG05	Rilpivirina	os/*ev	RNRL	H		HIV	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AG06	Doravirina	os	RNRL	H		Indicato, in associazione con altri medicinali antiretrovirali, per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AP01	Ribavirina	os,inal	RNRL	A		HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J05AP09	Sofosbuvir	os	RNRL	C	Registro web-based AIFA	HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AP09	Dasabuvir	os	RNRL	A		HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <p>- Ambulatorio di Medicina Generale</p> <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J05AP54	Elbasvir/Grazoprevir	os	RNRL	A	Registro web-based AIFA	HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <p>- Ambulatorio di Medicina Generale</p> <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AP55	Sofosbuvir/Velpatasvir	os	RNRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <p>- Ambulatorio di Medicina Generale</p> <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J05AP56	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	os	RNRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <p>- Ambulatorio di Medicina Generale</p> <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AP57	Glecaprevir/Pibrentasvir	os	RNRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <p>- Ambulatorio di Medicina Generale</p> <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J05AR01	Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J05AR02	Abacavir/Lamivudina	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AR04	Abacavir/Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AR06	Emtricitabina/Efavirenz/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AR08	Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AR09	Cobocistat/Elvitegravir/Emtricitabina /tenofovir	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AR10	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H		HIV	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AR13	Abacavir/Dalutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AR14	Cobicistat/Darunavir	os	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AR15	Atazanavir/Cobicistat	os	RNRL	H		In associazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di soggetti adulti infetti da HIV-1 senza mutazioni note associate a resistenza ad atazanavir.	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J05AR17	Emtricitabina/tenofovir alafenamide	os	RNRL	H		In associazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 35 kg) con infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1).	Hub e Spoke: - Malattie infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AR18	Cobicista/emtricitabina/Elvitegravir/tenofovir alafenamide	ev	RNRL	H		Trattamento di adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 35 kg) infetti da virus dell'immunodeficienza umana 1 (HIV-1) senza alcuna mutazione nota associata a resistenza alla classe degli inibitori dell'Integrasi, a emtricitabina o a tenofovir.	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J05AR19	Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H		Trattamento di adulti e adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 35 kg) con infezione da virus dell'immunodeficienza umana 1 (HIV-1) senza alcuna mutazione nota associata a resistenza alla classe degli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI), a tenofovir o a emtricitabina e con una carica virale ≤ 100.000 copie/mL di HIV-1 RNA.	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J05AR20	Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H		Trattamento degli adulti con infezione da virus dell'immunodeficienza umana 1 (HIV-1) senza evidenza presente o passata di resistenza virale alla classe degli inibitori dell'integrasi, a emtricitabina o a tenofovir	Hub e Spoke: - Malattie infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AR21	Dolutegravir/Rilpivirina	os	RNRL	H		Trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1) negli adulti in soppressione virologica (HIV-1 RNA <50 copie/ml), in un regime antiretrovirale stabile da almeno sei mesi, con nessuna storia di fallimento virologico e con nessuna resistenza nota o sospetta a qualsiasi inibitore non nucleosidico della trascrittasi inversa o inibitore dell'integrasi.	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J05AR22	Cobicistat/Darunavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H		Trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1) negli adulti e negli adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e con peso corporeo di almeno 40 kg).	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H		Trattamento di adulti con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI, lamivudina o tenofovir	Hub e Spoke: - Malattie infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H		Indicato per il trattamento di adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI, lamivudina o tenofovir e che hanno manifestato tossicità che preclude l'uso di altri regimi che non contengono tenofovir disoproxil	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J05AR25	Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H		Trattamento dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (HIV-1), negli adulti e negli adolescenti di età superiore a 12 anni, con peso corporeo di almeno 40 kg, con nessuna resistenza nota o sospetta verso la classe degli inibitori dell'integrasi o verso lamivudina	Hub e Spoke: - Malattie infettive	
J05AX07	Enfuvirtide	sc	RNRL	H			Hub e Spoke: - Malattie infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H			<p>Hub e Spoke: - Malattie infettive</p>	
J05AX10	Maribavir	os	RRL	A-PHT		<p>Trattamento dell'infezione e/o della malattia da citomegalovirus (CMV) refrattaria (con o senza resistenza) a una o più terapie precedenti, tra cui ganciclovir, valganciclovir, cidofovir o foscarnet in pazienti adulti che hanno subito un trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) o trapianto di organo solido (SOT)</p>	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie infettive - Ematologia</p>	
J05AX14	Daclatasvir	os	RNRL	A		HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: AOU CZ - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche - Ambulatorio di Medicina Generale AO CS - Gastroenterologia - Malattie Infettive AO CZ - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive GOM RC - Malattie Infettive ASP KR - Medicina Generale - Malattie Infettive ASP CZ - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato ASP VV - Malattie Infettive</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AX18	Letermovir	os,ev	RRL/OSP	A-PHT/H	Registro web-based AIFA	Profilassi della riattivazione e della malattia da citomegalovirus (CMV) in pazienti adulti sieropositivi per CMV riceventi [R+] trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (HSCT)	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: -Malattie infettive - Ematologia	
J05AX28	bulevirtide	ev	RNRL	A-PHT		Trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite delta (HDV) in pazienti adulti positivi a HDV-RNA plasmatico (o sierico) con malattia epatica compensata	Hub: -Malattie infettive - Gastroenterologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) U.O. Malattie Infettive - PO Vibo Valentia - ASP Vibo Valentia	
J05AX29	Fostemsavir	os	RNRL	H		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	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AX65	Ledipasvir/Sofosbuvir	os	RNRL	C		HCV	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <p>AOU CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva <p>- Malattie Cardiovascolari Geriatriche</p> <p>- Ambulatorio di Medicina Generale</p> <p>AO CS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Malattie Infettive <p>AO CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva - Malattie Infettive <p>GOM RC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive <p>ASP KR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Malattie Infettive <p>ASP CZ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità semplice di Malattie Infettive aggregate alla Medicina Generale - Ambulatorio di Infettivologia ed Epatologia - Ambulatorio Epatologia UO Medicina Interna PO Soverato <p>ASP VV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive 	
J06BA01	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Extravascolare	sc	RNRL	H		<p>Immunodeficienze secondarie (SID) in pazienti con infezioni severe o ricorrenti, trattamento antimicrobico inefficace e documentato difetto di anticorpi specifici (PSAF, proven specific antibody failure) o livello sierico di IgG < 4 g/l</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Malattie infettive - Ematologia 	
J06BA02	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare	ev	OSP	H		<p>Terapia sostitutiva in pazienti adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni di età) per il trattamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindromi da immunodeficienza primaria con compromissione della produzione di anticorpi. • Ipogammaglobulinemia e infezioni batteriche ricorrenti in pazienti con leucemia linfocitica cronica (LLC), ove gli antibiotici per uso profilattico abbiano fallito o siano controindicati. • Ipogammaglobulinemia e infezioni batteriche ricorrenti in pazienti con mieloma multiplo (MM) . • Ipogammaglobulinemia in pazienti prima e dopo allotrapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT, hematopoieticstemcelltransplantation). 	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Malattie infettive - Ematologia 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J06BA02	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare	ev	OSP	H		Polineuropatia demielinizante infiammatoria cronica (CIDP)	Hub: - Neurologia	
J06BA02	Immunoglobulina Umana ad alto titolo	ev	OSP	H		Poliradicoloneuropatia demielinizante infiammatoria cronica (CIDP)	Hub: - Neurologia Centro Regionale Malattie Rare	
J06BB01	Immunoglobulina Umana Rho	ev,im	OSP/RR	A-PHT/H	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Servizi Trasfusionali - Ematologia - Ginecologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J06BC03	Palivizumab	im	RRL	A			Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
J06BD01	Bezlotoxumab	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Da solo o in associazione a metotrexato è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD)	Hub e Spoke: - Malattie Infettive	
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI							
L01AA05	Clometina	cut, ev	RRL	H		Trattamento topico del linfoma cutaneo a cellule T tipo micosi fungoide (CTCL tipo-MF) in pazienti adulti	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello Hub: - Dermatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01AX03	Temozolomide	os	RNRL	A-PHT			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01BA04	Pemetrexed	ev	OSP	H		Mesotelioma pleurico	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01BA04	Pemetrexed	ev	OSP	H		Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01BB05	Fludarabina Fosfato	ev,os	RNRL	A-PHT			Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01BB07	Nelarabina	ev	OSP	H		indicata per il trattamento di pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta a cellule T (T-ALL) e da linfoma linfoblastico a cellule T (T-LBL) che non hanno risposto o hanno avuto recidive dopo trattamento con almeno due regimi di chemioterapia.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01BC06	Capecitabina	os	RNRL	A-PHT			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01BC07	Azacitidina	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Terapia di mantenimento in pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) che abbiano conseguito una remissione completa (CR) o una remissione completa con recupero incompleto dell'emocromo (CRI) dopo terapia d'induzione associata o meno a trattamento di consolidamento e che non siano candidabili, o decidano di non sottoporsi, al trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT)	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01BC07	Azacitidina	ev,im	OSP	H		Trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) con LMA con blasti midollari > 30% secondo la classificazione dell'OMS	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01BC08	Decitabina	ev	RNRL	H		Trattamento di pazienti adulti con nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta (LAM) "de novo" o secondaria in base alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e che non siano candidabili alla chemioterapia di induzione standard.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01BC52	Fluorouracile/Acido Salicilico	cut	RRL	A	Scheda Regionale DCA Nota 95	Cheratosi attinica limitat ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero >6 Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	95

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01BC53	Tegafur/gimeracil/oteracil	os	RNRL	A-PHT			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01BC59	Trifluridina/tipiracil	os	RNRL	A-PHT		In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma metastatico coloretale (CRC), già precedentemente trattati o non considerati candidati per il trattamento con altre terapie disponibili, tra cui chemioterapia a base di fluoropirimidine, oxaliplatino e irinotecan, farmaci anti-VEGF ed anti-EGFR	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01BC59	Trifluridina/tipiracil	os	RNRL	A-PHT		In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma gastrico metastatico incluso l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea, che sono stati precedentemente trattati con almeno due precedenti regimi di trattamento sistemico per malattia avanzata	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01CA04	Vinorelbina Bitartrato	ev,os	OSP/RNRL	A-PHT/H			Formulazione <u>os</u> Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia	
L01CA05	Vinflunina	ev	OSP	H		in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule transizionali del tratto uroteliale avanzato o metastatico dopo fallimento di un precedente regime contenente platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01CD01	Paclitaxel	ev	OSP	H		Indicazioni oncologiche	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01CD04	Cabazitaxel	ev	OSP	H		in combinazione con prednisone o prednisolone è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma della prostata metastatico resistente alla castrazione, trattati in precedenza con un regime contenente docetaxel	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01CE01	Topotecan Cloridrato	ev/os	OSP/RNRL	H/A		indicato nel trattamento di pazienti affetti da carcinoma polmonare a piccole cellule recidivante (SCLC) per i quali non è considerato appropriato un ulteriore trattamento con il regime terapeutico di prima linea	Formulazione <u>os</u> Hub e Spoke: - Oncologia	
L01CE02	Irinotecan Cloridrato Triidrato	ev	OSP	H		Trattamento dell'adenocarcinoma metastatico del pancreas	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01CX01	Trabectedina	ev	OSP	H		indicato nel trattamento dei pazienti adulti con sarcoma dei tessuti molli in stato avanzato dopo il fallimento della terapia con antracicline e ifosfamide o che non sono idonei a ricevere tali agenti. I dati sull'efficacia si basano soprattutto su pazienti con liposarcoma e leiomiomasarcoma	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01CX01	Trabectedina	ev	OSP	H		In associazione con doxorubicina liposomiale pegilata (PLD), è indicato per il trattamento di pazienti con recidiva di cancro ovarico platino-sensibile	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01DB11	Pixantrone Dimaleato	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfomi non Hodgkin (LNH) a cellule B aggressivi, recidivati più volte o refrattari. Il beneficio del trattamento con pixantrone non è stato dimostrato quando è usato come chemioterapia in quinta linea o successiva, in pazienti refrattari all'ultima terapia.	Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	
L01EA01	Imatinib	os	RNRL	A-PHT			Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H		Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica di nuova diagnosi Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo e LMC in fase blastica linfoide con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia Leucemia Mieloide Cronica in fase cronica o in fase blastica con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H		Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica di nuova diagnosi	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H		Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica, in fase accelerata e in fase blastica trattati in precedenza con uno o più inibitori della Tirosin kinasi e per i quali l'imatinib, nilotinib e il dasatinib non sono considerate opzioni terapeutiche appropriate	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H		Indicato in pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica in fase cronica con cromosoma Philadelphia positivo (LMC Ph+), accelerata o blastica resistenti o intolleranti a dasatinib o nilotinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H		Indicato in pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica in fase cronica con cromosoma Philadelphia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H		in pazienti adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Philadelphia positivo (LLA Ph+) resistenti o intolleranti a dasatinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EA06	Asciminib	os	RNRL	H		Trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica (LMC-CP Ph+) precedentemente trattati con due o più inibitori tirosin-chinasici	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EB04	Osimertinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico positivo per la mutazione T790M del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EB04	Osimertinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di prima linea dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazioni attivanti il recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EB04	Osimertinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	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).	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EC01	Vemurafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	GU n. 129 del 4/6/2013 Vemurafenib è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600 GU n. 230 del 01/10/2016 Cobimetinib è indicato in associazione a vemurafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EC01	Vemurafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA - Legge 648/96	GU n.256 del 3/11/2015 Indicato in associazione con cobimetinib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EC01	Vemurafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione del BRAF V600.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EC02	Dabrafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA - Legge 648/96	Melanoma inoperabile o metastatico: Dabrafenib in monoterapia o in associazione con trametinib e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EC02	Dabrafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento adiuvante del melanoma: Dabrafenib in associazione con trametinib è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EC03	Encorafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in associazione con binimetinib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EC03	Encorafenib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in associazione con cetuximab per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma metastatico del colon retto (CRC) positivo alla mutazione BRAF V600E, che hanno ricevuto precedente terapia sistemica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01ED01	Crizotinib	os	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (Non-small Cell Lung Cancer, NSCLC) positivo per ROS1 in stadio avanzato	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01ED03	Alectinib	os	RNRL	H		In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato precedentemente trattati con crizotinib.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01ED03	Alectinib	os	RNRL	H		In monoterapia è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01ED05	Lorlatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) la cui malattia è progredita dopo trattamento con alectinib o ceritinib come terapia di prima linea con un inibitore della tirosin chinasi (TKI) ALK, oppure dopo trattamento con crizotinib e almeno un altro TKI ALK	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EE01	Trametinib	os	RNRL	H		In associazione a dabrafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EE01	Trametinib					Trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EF01	Palbociclib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento del carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo ai recettori ormonali (HR) e negativo al recettore del fattore di crescita epidermico umano 2 (HER2) - in associazione ad un inibitore dell'aromatasi - in associazione a fulvestrant in donne che hanno ricevuto una terapia endocrina precedente. In donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina deve essere associata ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EF02	Ribociclib	os	RNL	H	Registro web-based AIFA	In associazione a un inibitore dell'aromatasi o a fulvestrant, e' indicato nelle donne con carcinoma mammario in stadio localmente avanzato o metastatico positivo per il recettore ormonale (HR) e negativo per il recettore 2 per il fattore di crescita epidermico umano (HER2), come terapia iniziale a base endocrina o in donne che hanno in precedenza ricevuto una terapia endocrina. In donne in pre- o peri-menopausa, la terapia endocrina deve essere associata ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EH01	Lapatinib	os	RNRL	H		Carcinoma mammario, il cui tumore sovraesprime l'HER2	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EH03	Tucatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In associazione a trastuzumab e capecitabina per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro della mammella localmente avanzato o metastatico HER2-positivo che abbiano ricevuto almeno 2 precedenti regimi di trattamento anti-HER2	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EJ02	Fedratinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento della splenomegalia correlata alla malattia o dei sintomi in pazienti adulti con mielofibrosi primaria, mielofibrosi postpolicitemia vera o mielofibrosi post-trombocitemia essenziale che sono naive agli inibitori della chinasi Janus-associata (JAK) o che sono stati trattati con ruxolitinib	Hub e Spoke: - Ematologia - Medicina Interna - Geriatria	
L01EL02	Acalabrutinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) non trattata in precedenza.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EL02	Acalabrutinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EL03	Zanubrutinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia e' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da macroglobulinemia di Waldenström (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o come trattamento di prima linea per pazienti non idonei alla chemio-immunoterapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01EM03	Alpelisib	os	RNL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in associazione a fulvestrant per il trattamento delle donne in post-menopausa, e degli uomini, affetti da carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2), con mutazione di PIK3CA, dopo progressione di malattia successiva a terapia endocrina come monoterapia	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EN02	Pemigatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia è indicato per il trattamento di adulti affetti da colangiocarcinoma localmente avanzato o metastatico, con fusione o riarrangiamento del recettore 2 del fattore di crescita dei fibroblasti (FGFR2), che ha manifestato una progressione dopo almeno una linea precedente di terapia sistemica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX05	Regorafenib	os	RNRL	A-PHT		Carcinoma metastatico del colon-retto	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX05	Regorafenib	os	RNRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'epatocarcinoma (Hepato Cellular Carcinoma, HCC) precedentemente trattato con sorafenib	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX07	Cabozantinib	os	RNRL	H		Trattamento di pazienti adulti con carcinoma midollare della tiroide in progressione, non asportabile chirurgicamente, localmente avanzato o metastatico.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX07	Cabozantinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In associazione a nivolumab, è indicato per il trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato in pazienti adulti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EX07	Cabozantinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare (HCC) negli adulti che sono stati precedentemente trattati con sorafenib	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H		Indicato negli adulti per il trattamento del carcinoma indifferenziato della tiroide (DTC)(follicolare, papillare, a cellule di Hurthle) progressivo, localmente avanzato o metastatico, refrattario allo iodio radioattivo (RAI)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	indicato come monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare (Hepatocellular Carcinoma, HCC) avanzato o non operabile negli adulti che non hanno ricevuto una precedente terapia sistemica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di adulti affetti da carcinoma a cellule renali (RCC) avanzato in associazione a pembrolizumab, come trattamento di prima linea	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	in associazione a pembrolizumab è indicato in pazienti adulti per il trattamento del carcinoma dell'endometrio (Endometrial Carcinoma, EC) avanzato o ricorrente, che abbiano mostrato progressione della malattia durante o dopo il trattamento precedente con una terapia contenente platino in qualsiasi contesto e che non siano candidati all'intervento chirurgico o alla radioterapia curativi	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato negli adulti per il trattamento della Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF)	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologia - Medicina Interna <p>- Ambulatorio di Insufficienza Respiratoria e Urgenze in Malattie Dell' Apparato Respiratorio (AOU CZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) <p>Centro Regionale Fibrosi Cistica</p>	
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	in associazione con docetaxel per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, metastatico o localmente ricorrente con istologia adenocarcinoma dopo chemioterapia di prima linea	<p>Hub, Spoke e Ospedali generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia 	
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Tattamento di malattie interstiziali polmonari (ILD) fibrosanti croniche con fenotipo progressivo	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologia - Reumatologia - Immunologia - Medicina Interna 	
L01EX12	Larotrectinib solfato	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	<p>In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici affetti da tumori solidi che presentino una fusione di geni del Recettore Tirosin-Chinasico Neurotrofico (Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase, NTRK),</p> <ul style="list-style-type: none"> - che abbiano una malattia localmente avanzata, metastatica oppure nel caso in cui la resezione chirurgica possa determinare una severa morbidità - che non dispongano di opzioni terapeutiche soddisfacenti 	<p>Hub, Spoke e Ospedali generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia 	
L01EX13	Gilteritinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3.	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di eta' pari o superiore a dodici anni con tumori solidi che esprimono una fusione dei geni del recettore tirosin-chinasi neurotrofico (NTRK), che sono affetti da malattia localmente avanzata, metastatica o la cui resezione chirurgica potrebbe comportare una severa morbidita' e che non sono stati trattati in precedenza con un inibitore di NTRK, che non dispongono di opzioni terapeutiche soddisfacenti	<p>Hub: - Oncologia (con i requisiti riportati in G.U. n. 214/2021)</p>	
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato ROS1- positivo non precedentemente trattati con inibitori di ROS1	<p>Hub: - Oncologia (con i requisiti riportati in G.U. n. 214/2021)</p>	
L01EX18	Avapritinib	os	OSP	H		<p>In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mastocitosi sistemica aggressiva (ASM), mastocitosi sistemica associata a neoplasia ematologica (SM-AHN) o leucemia mastocitaria (MCL), in seguito ad almeno una terapia sistemica. Mastocitosi Sistemica codice di esenzione Malattia Rara: RD0081;</p> <p>In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con Tumori stromali gastrointestinali (GIST) non resecabili o metastatici che presentano la mutazione del recettore alfa del fattore di crescita derivato dalle plastrine (PDGFRA) D842V</p>	<p>Confezione con AIC n. 049033032/E : UU.OO. Oncologia di Hub Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p> <p>Confezioni con AIC n. 049033057/E, 049033018/E, 049033020/E e 049033044/E : UU.OO. Oncologia e Ematologia di Hub Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
L01EX21	Tepotinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, con alterazioni genetiche associate a skipping dell'esone 14 (METex14) del fattore di transizione mesenchimale-epitelliale, che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino.	<p>Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia</p>	
L01EX17	Capmatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, che presenta alterazioni genetiche associate al salto (skipping) dell'esone 14 del fattore di transizione mesenchimale-epitelliale (METex14) e che richiede una terapia sistemica a seguito di un precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino	<p>Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EX22	Selpercatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	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	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX23	Pralsetinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato positivo per la fusione del gene REarranged during Transfection (RET) non precedentemente trattati con un inibitore di RET	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01EX22	Selpercatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Cancro della tiroide avanzato RET fusione-positivo che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con sorafenib e/o lenvatinib;	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		Indicazioni ematologiche	Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni reumatologiche	Area Reumatologia Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		Trattamento di pazienti con pemfigo volgare (PV) da moderato a grave	Hub: - Dermatologia	
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, le cui terapie precedenti abbiano incluso un inibitore del proteasoma e un immunomodulatore, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con Lenalidomide e Desametasone, o bortezomib e Desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno una precedente terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con Lenalidomide e Desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con bortezomib, melfalan e prednisone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con bortezomib, talidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con ciclofosfamide, bortezomib e desametasone per il trattamento di pazienti adulti affetti da amiloidosi sistemica da catene leggere (AL) di nuova diagnosi	Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L01FC01	Daratumumab	ev,sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con pomalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno una precedente linea di terapia contenente un inibitore del proteasoma e lenalidomide, e che erano refrattari alla lenalidomide, o che abbiano ricevuto almeno due precedenti linee di terapia contenenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante o dopo l'ultima terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FD02	Pertuzumab	ev	OSP	H		È indicato in associazione con trastuzumab e docetaxel in pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, non operabile, metastatico o localmente recidivato, non trattati in precedenza con terapia anti-HER2 o chemioterapia per la malattia metastatica.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FD02	Pertuzumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma mammario in fase iniziale. "Perjeta" è indicato in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FD04	Trastuzumab deruxtecan	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella HER2-positivo non resecabile o metastatico, che hanno ricevuto uno o più precedenti regimi a base di anti-HER2 nel setting metastatico o hanno presentato una progressione di malattia durante un trattamento (neo)adiuvante o entro sei mesi dalla sua interruzione	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia è indicato per il trattamento adiuvante di adulti con melanoma con coinvolgimento dei linfonodi o malattia metastatica che sono stati sottoposti a resezione completa	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato a metastatico dopo una precedente chemioterapia negli adulti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento in monoterapia del carcinoma a cellule renali avanzato dopo precedente terapia negli adulti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento del carcinoma squamoso della testa e del collo ricorrente o metastatico negli adulti in progressione durante o dopo terapia a base di platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico recidivante o refrattario dopo trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e trattamento con brentuximab vedotin	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma dell'esofago istotipo squamoso, avanzato non resecabile, ricorrente o metastatico dopo precedente chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con Ipilimumab indicati per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia è indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti In associazione ad Ipilimumab è indicato, negli adulti, per il trattamento del melanoma metastatico in presenza di metastasi cerebrali asintomatiche o con PD-L1 < 1%	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma a cellule renali (RCC): in associazione a cabozantinib è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato;	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma del colon-retto (CRC) con deficit di riparazione del mismatch (dMMR) o elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H); in associazione ad ipilimumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma del colonretto metastatico con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioterapia di associazione a base di fluoropirimidina;	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastroesofagea (GE) o dell'esofago: in associazione a chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastroesofagea o dell'esofago, HER2 negativo, avanzato o metastatico, i cui tumori esprimono PD-L1 con un punteggio positivo combinato (CPS)≥ 5.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia nel Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico (cHL) recidivato o refrattario che abbiano fallito il trattamento con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e brentuximab vedotin (BV), o che non siano eleggibili al trapianto e abbiano fallito il trattamento con BV	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	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.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia nel trattamento del carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico negli adulti che hanno ricevuto una precedente chemioterapia contenente platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di prima linea del NSCLC metastatico non squamoso negli adulti in associazione a carboplatino e paclitaxel o nabpaclitaxel	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali (RCC) avanzato negli adulti in associazione ad axitinib	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia e' indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma metastatico del colon-retto con elevata instabilita' dei microsatelliti (MSI-H, microsatellite instability-high) o con deficit di riparazione del mismatch (dMMR, mismatch repair deficient) negli adulti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia è indicato nel trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) nei pazienti adulti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia o in associazione a chemioterapia contenente platino e 5-fluorouracile (5-FU), è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule squamose della testa e del collo, metastatico o ricorrente non resecabile, negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma al III Stadio e con coinvolgimento dei linfonodi che sono stati sottoposti a resezione completa	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF03	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a chemioterapia con o senza bevacizumab, indicato nel trattamento del carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS maggiore o uguale a 1	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF03	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a chemioterapia, indicato nel trattamento del carcinoma mammario triplo negativo localmente ricorrente non resecabile o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS = 10 e che non hanno ricevuto una precedente chemioterapia per malattia metastatica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF03	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a lenvatinib, indicato nel trattamento del carcinoma dell'endometrio avanzato o ricorrente negli adulti con progressione della malattia durante o dopo un precedente trattamento con una terapia contenente platino in qualsiasi setting e che non sono candidati a chirurgia curativa o radioterapia	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF04	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a chemioterapia contenente platino e fluoropirimidina, indicato nel trattamento di prima linea di pazienti con carcinoma dell'esofago localmente avanzato non resecabile o metastatico o adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea HER-2 negativo negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 10	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF05	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a lenvatinib, indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato negli adulti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF07	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia indicato nel trattamento adiuvante di adulti con carcinoma a cellule renali M1 NED a seguito di nefrectomia e resezione di lesioni metastatiche	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF03	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a chemioterapia come trattamento neoadiuvante e poi continuato in monoterapia come trattamento adiuvante dopo intervento chirurgico, indicato nel trattamento di adulti con carcinoma mammario triplo negativo localmente avanzato o in fase iniziale ad alto rischio di recidiva	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF03	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia indicato nel trattamento adiuvante di adulti con melanoma in stadio IIB, IIC e che sono stati sottoposti a resezione completa	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF03	Pembrolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	<p>in monoterapia indicato nel trattamento dei seguenti tumori MSI-H (alta instabilità dei microsatelliti) o dMMR (deficit del mismatch repair) negli adulti con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • carcinoma del colon-retto non resecabile o metastatico dopo precedente terapia di associazione a base di fluoropirimidina; • carcinoma dell'endometrio avanzato o ricorrente, con progressione della malattia durante o dopo un precedente trattamento con una terapia contenente platino in qualsiasi setting e che non sono candidati a chirurgia curativa o radioterapia; • carcinoma gastrico, dell'intestino tenue o delle vie biliari, non resecabile o metastatico, con progressione della malattia durante o dopo almeno una precedente terapia 	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF04	Avelumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule di Merkel (Merkel Cell Carcinoma, MCC) metastatico	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF04	Avelumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia per il trattamento di mantenimento di prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma uroteliale (urothelial carcinoma, UC) localmente avanzato o metastatico senza progressione dopo chemioterapia a base di platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	<p>In combinazione con carboplatino ed etoposide, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule;</p> <p>in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC localmente avanzato o metastatico precedentemente sottoposti a chemioterapia. Prima di essere trattati con Atezolizumab i pazienti affetti da NSCLC con mutazioni di EGFR o ALK-positivo devono essere stati sottoposti anche a terapia a bersaglio molecolare</p>	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con nab-paclitaxel è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma mammario triplo negativo (triple-negative breastcancer, TNBC) non resecabile localmente avanzato o metastatico i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 \geq 1% e che non sono stati sottoposti a precedente chemioterapia per malattia metastatica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con bevacizumab, indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile non sottoposti a precedente terapia sistemica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia, indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) metastatico, , i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 = 50% sulle cellule tumorali (TC) o \geq 10% sulle cellule immunitarie infiltranti il tumore (IC) e sono negativi per mutazioni di EGFR o riarrangiamenti di ALK	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con carboplatino ed etoposide, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule; in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC localmente avanzato o metastatico precedentemente sottoposti a chemioterapia. Prima di essere trattati con Atezolizumab i pazienti affetti da NSCLC con mutazioni di EGFR o ALK-positivo devono essere stati sottoposti anche a terapia a bersaglio molecolare	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio iniziale	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF06	Cemiplimab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti con carcinoma cutaneo a cellule squamose metastatico o localmente avanzato che non sono candidati ad intervento chirurgico curativo o radioterapia curativa	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF06	Cemiplimab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia, è indicato 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)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Dermatologia	
L01FF06	Cemiplimab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	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 $\geq 50\%$ 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	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FF07	Dostarlimab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	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.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FG01	Bevacizumab	ev	OSP	H		In associazione con paclitaxel e cisplatino o, in alternativa, a paclitaxel e topotecan in donne che non possono essere sottoposte a Terapia a base di platino, per il trattamento di pazienti adulte affette da carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FG01	Bevacizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
L01FG01	Bevacizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Edema maculare diabetico (DME)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a nivolumab e' indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato a rischio intermedio/sfavorevole;	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione a nivolumab e due cicli di chemioterapia a base di platino e' indicato per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico negli adulti il cui tumore non esprime mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in associazione sono indicati per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma del colon-retto (CRC) con deficit di riparazione del mismatch (dMMR) o elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H): in associazione a nivolumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma del colonretto metastatico con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioterapia di associazione a base di fluoropirimidina;	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FX05	Brentuximab vedotin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato in combinazione con ciclofosamide, doxorubicina e prednisone (CHP) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico (SALCL)	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX06	Brentuximab vedotin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato in combinazione con doxorubicina, vinblastina e dacarbazina (AVD) per pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ in Stadio IV	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX07	Brentuximab vedotin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti affetti da Linfoma cutaneo a cellule T (CTCL) CD30 positivo, sottoposti ad almeno una precedente terapia sistemica	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FX08	Elotuzumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti che hanno ricevuto almeno una linea di terapia precedente	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX08	Elotuzumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con pomalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma e con progressione della malattia durante l'ultima terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX09	Mogamulizumab	ev	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti affetti da micosi fungoide (MF) o Sindrome di Sézary (SS) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia sistemica.	Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	
L01FX12	Tafasitamab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione a lenalidomide, seguito da Tafasitamab in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B recidivato o refrattario e non idonei a trapianto autologo di cellule staminali (Autologous Stem Cell Transplant, ASCT)	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX13	Enfortumab vedotin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro uroteliale (UC) localmente avanzato o metastatico che hanno precedentemente ricevuto una chemioterapia contenente platino e un inibitore del recettore di morte programmata 1 o un inibitore del ligando di morte programmata 1	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FX14	Polatuzumab vedotin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione a bendamustina e rituximab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX15	Belantamab Mafodotin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento del mieloma multiplo nei pazienti adulti, che hanno ricevuto almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia risulta refrattaria ad almeno un inibitore del proteasoma, un agente immunomodulatore e un anticorpo monoclonale anti-CD38 e che hanno mostrato progressione di malattia all'ultima terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01FX17	Sacituzumab govitecan	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	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	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01FX18	Amivantamab	os	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) avanzato con mutazioni da inserzione nell'esone 20 attivanti (exon20ins) del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR), dopo il fallimento della chemioterapia a base di platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01X	brexucabtagene autoleucel	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (mantle cell lymphoma, MCL) recidivante o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica che includano un inibitore della tirosin chinasi di Bruton (Bruton's tyrosine kinase, BTK)	CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H		Carcinoma mammario metastatico (MBC) HER2 positivo	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H		Carcinoma mammario in fase iniziale (EBC) HER2 positivo	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H		Carcinoma gastrico metastatico	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC05	Gemtuzumab/Ozogamicin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In combinazione a terapia con daunorubicina (DNR) e citarabina (AraC) per il trattamento di pazienti di età pari o superiore a 15 anni con leucemia mieloide acuta (LMA) CD33-positiva de novo, precedentemente non trattata, ad eccezione della leucemia promielocitica acuta (LPA)	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XC06	Cetuximab	ev	OSP	H		carcinoma metastatico del colon-retto (mCRC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC06	Cetuximab	ev	OSP	H		carcinoma a cellule squamose di testa e collo	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC08	Panitumumab	ev	OSP	H		carcinoma metastatico del colon-retto (mCRC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC09	Catumaxomab	ip	OSP	H		Trattamento peritoneale dell'ascite maligna in pazienti con carcinomi EpCAM-positivi quando la terapia standard non sia disponibile o non sia più attuabile	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC14	Trastuzumab Emtansine	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento adiuvante di pazienti adulti affetti da tumore mammario in stadio iniziale HER2- positivo con malattia invasiva residua a livello della mammella e/o dei linfonodi dopo terapia neoadiuvante a base di taxani e terapia mirata anti-HER2	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XC14	Trastuzumab Emtansine	ev	OSP	H		In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore mammario HER2-positivo, inoperabile, localmente avanzato o metastatico, sottoposti in precedenza a trattamento con trastuzumab e un taxano, somministrati separatamente o in associazione. I pazienti devono, o essere stati sottoposti in precedenza a terapia per la malattia localmente avanzata o metastatica, oppure aver sviluppato recidiva di malattia nel corso di o entro sei mesi dal completamento della terapia adiuvante	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC15	Obinutuzumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Leucemia linfatica cronica (LLC)	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XC15	Obinutuzumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione a Bendamustina, seguito da obinutuzumab in mantenimento è indicato nel trattamento di pazienti con Linfoma follicolare (LF) che non rispondono o che hanno avuto progressione di malattia durante o fino a sei mesi dopo il trattamento con rituximab o un regime contenente rituximab (linee successive alla prima)	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XC15	Obinutuzumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione a chemioterapia, come terapia di mantenimento nei soggetti che ottengono una risposta, è indicato per il trattamento di pazienti con LF avanzato non pretrattato	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H		Trattamento del neuroblastoma ad alto rischio in pazienti a partire dai 12 mesi di età che sono stati precedentemente sottoposti a chemioterapia di induzione conseguendo almeno una risposta parziale, seguita da terapia mieloablattiva e trapianto di cellule staminali	Hub: - Oncologia - Oncoematologia pediatrica GOM Reggio Calabria: - UOC Centro Trapianti Midollo Osseo	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H		Trattamento del neuroblastoma recidivante o refrattario con o senza malattia residua e in pazienti che non hanno conseguito una risposta completa dopo terapia di prima linea, senza cosomministrazione di IL-2	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	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.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XC21	Ramucirumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con paclitaxel è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma gastrico avanzato o con adenocarcinoma della giunzione gastro-esofagea con progressione della malattia dopo precedente chemioterapia con platino e fluoropirimidine. In monoterapia è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con carcinoma gastrico avanzato o con adenocarcinoma della giunzione gastro-esofagea con progressione della malattia dopo precedente chemioterapia con platino o fluoropirimidine, per i quali il trattamento in associazione con paclitaxel non è appropriato	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC26	Inotuzumab Ozogomicin	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B CD22-positivi, recidivante o refrattaria. I pazienti adulti con LLA da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per il cromosoma Philadelphia (Ph+), devono aver fallito il trattamento con almeno un inibitore della tirosinchinasi (TKI)	Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XC27	Olaratumab	ev	OSP	H		In combinazione con doxorubicina per il trattamento di pazienti adulti con sarcoma dei tessuti molli in fase avanzata che non sono candidabili a trattamenti curativi di tipo chirurgico o radioterapico e che non sono stati precedentemente trattati con doxorubicina.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC28	Durvalumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, non resecabile, negli adulti il cui tumore presenta un'espressione di PD-L1 \geq 1% sulle cellule tumorali e la cui malattia non è progredita a seguito di chemio-radioterapia a base di platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC28	Durvalumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione con etoposide e carboplatino o cisplatino è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XC38	Isatuximab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato, in associazione a pomalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con MM recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due terapie precedenti, tra cui lenalidomide e un inibitore del proteasoma (PI) e con progressione della malattia durante l'ultima terapia.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XC38	Isatuximab				Registro web-based AIFA	in combinazione con carfilzomib e desametasone, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che hanno ricevuto almeno una e non più di 3 linee di terapia precedenti. Sono esclusi dalla rimborsabilità i pazienti con "primary refractory disease" e i pazienti pretrattati con carfilzomib o refrattari/intolleranti ad un precedente trattamento con anticorpi monoclonali anti-CD38.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XE02	Gefitinib	os	RNRL	H		indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione attivante l'EGFR-TK	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE03	Erlotinib cloridrato	os	RNRL	H		Carcinoma Polmonare Non a Piccole Cellule	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE03	Erlotinib cloridrato	os	RNRL	H		Carcinoma pancreatico	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE04	Sunitinib maleato	os	RNRL	H		Tumore stromale del tratto gastrointestinale (GIST)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE04	Sunitinib maleato	os	RNRL	H		Carcinoma renale metastatico (MRCC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XE04	Sunitinib maleato	os	RNRL	H		Tumori neuroendocrini pancreatici (pNET)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE05	Sorafenib	os	RNRL	H		Epatocarcinoma (HCC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE05	Sorafenib	os	RNRL	H		Carcinoma a cellule renali (RCC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE05	Sorafenib	os	RNRL	H		Carcinoma tiroideo differenziato	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE09	Temsirolimus	ev	OSP	H			Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XE11	Pazopanib	os	RNRL	H			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE12	Vandetanib	os	OSP	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma Midollare della Tiroide (MTC)	Hub e Spoke: - Oncologia	
L01XE13	Afatinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia è indicato nel trattamento di pazienti adulti naive agli inibitori tirosinchinasici del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR-TKI) con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione(i) attivante(i) l'EGFR	Hub e Spoke: - Oncologia	
L01XE17	Axitinib	os	RNRL	H			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE18	Ruxolitinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XE27	Ibrutinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti con macroglobulinemia di Waldenstrom (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea per i pazienti per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XE27	Ibrutinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con Leucemia Linfocitica Cronica (CLL) precedentemente non trattata. in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con CLL che hanno ricevuto almeno una precedente terapia.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XE27	Ibrutinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	indicato per il trattamento di pazienti adulti con Linfoma Mantellare (MCL) recidivato o refrattario	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XE28	Ceritinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK)	Hub: - Oncologia	
L01XE28	Ceritinib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) in stadio avanzato, precedentemente trattati con crizotinib	Hub: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XE38	Cobimetinib	os	RNRL	H		In associazione a vemurafenib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE39	Midostaurina	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con chemioterapia standard di induzione con daunorubicina e citarabina e di consolidamento con citarabina ad alte dosi seguita, per pazienti in risposta completa, da terapia di mantenimento con Rydapt come agente singolo per pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi con mutazione FLT3 positiva	Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	
L01XE41	Binimetinib	os	RNRL	H		In associazione con encorafenib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE43	Brigatinib	os	RNRL	H		Trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) in stadio avanzato, precedentemente non trattati con un inibitore di ALK.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Medicina Interna - Pneumologia	
L01XE43	Brigatinib	os	RNRL	H		In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con NSCLC, ALK positivo, in stadio avanzato, precedentemente trattati con Crizotinib	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Medicina Interna - Pneumologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XE50	Abemaciclib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di donne con carcinoma della mammella localmente avanzato o metastatico, positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2): in associazione con un inibitore delle aromatasi o fulvestrant come terapia endocrina iniziale o in donne che hanno ricevuto una precedente terapia endocrina. Nelle donne in pre- o peri-menopausa, la terapia endocrina deve essere combinata con un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH).	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XE50	Abemaciclib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Carcinoma mammario in fase iniziale. In associazione alla terapia endocrina è indicato per il trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario in fase iniziale, positivo al recettore ormonale (HR), negativo al recettore del fattore di crescita umano epidermico di tipo 2 (HER2), linfonodopositivo, ad alto rischio di recidiva. Nelle donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina con inibitore dell'aromatasi deve essere associata a un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XF01	Tretionina	os	RNR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XF03	Bexarotene	os	RNRL	A			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con recidiva platino-sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma delle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primitivo, BRCA-mutato (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), che sono in risposta (risposta completa o parziale) alla chemioterapia a base di platino	Hub e Spoke: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia, per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadio III e IV secondo FIGO) BRCA1/2- mutato (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, che sono in risposta (completa o parziale) dopo il completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento in monoterapia di pazienti adulti con cancro della mammella, localmente avanzato o metastatico, HER2 negativo, e con mutazioni della linea germinale BRCA1/2. I pazienti devono essere stati precedentemente trattati con un'antraciclina e un taxano nel setting (neo)adiuvante o metastatico, a meno che i pazienti fossero stati non eleggibili per questi trattamenti. I pazienti con cancro della mammella e recettore ormonale (HR)-positivo, devono inoltre aver progredito durante o dopo una precedente terapia endocrina o devono essere considerati non eleggibili per la terapia endocrina	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadi III e IV secondo FIGO), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, in risposta (completa o parziale) dopo completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino in associazione con bevacizumab e il cui tumore presenti un deficit di ricombinazione omologa (homologous recombination deficiency, HRD), definito dalla presenza di una mutazione BRCA1/2 e/o di instabilità genomica.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato, in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione e con mutazioni nei geni BRCA1/2 (mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), in progressione dopo precedente trattamento che includeva un nuovo agente ormonale	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XK02	Niraparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con carcinoma ovarico epiteliale avanzato (stadio FIGO III e IV), carcinoma delle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario, di grado elevato, che stiano rispondendo (risposta completa o parziale) alla chemioterapia di prima linea a base di platino per le pazienti BRCA mutate.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XK04	Rucaparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	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	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XJ02	Sonidegib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma basocellulare (BCC) in stadio localmente avanzato che non sono suscettibili di intervento chirurgico curativo o radioterapia	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Dermatologia	
L01XJ03	Glasdegib maleato	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato, in associazione a citarabina a basse dosi, per il trattamento della leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi de novo oppure secondaria, in pazienti adulti non candidabili alla chemioterapia di induzione standard	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX05	Idrossiurea o Idrossicarbamide	os	RNRL	C		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	Hub: - Ematologia - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L01XX23	Mitotane	os	RNRL	A-PHT			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX24	Peg-asparaginasi	ev	OSP	H		Come componente di una terapia di associazione antineoplastica per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta (acute lymphoblastic leukaemia, ALL) nei pazienti pediatrici dalla nascita a diciotto anni e negli adulti.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX27	Arsenico triossido	ev	OSP	H		Induzione della remissione e come terapia di consolidamento in pazienti adulti affetti da leucemia promielocitica acuta (LPA) di nuova diagnosi a rischio basso/intermedio (conta leucocitaria $\leq 10 \times 10^9/\text{mcl}$) in combinazione con acido all-trans retinoico (ATRA) caratterizzata dalla presenza della traslocazione t(15;17) e/o dalla presenza del gene Leucemia Promielocitica/recettore alfa dell'acido retinoico (PML/RAR-alfa)»	uso esclusivo in ambiente ospedaliero	
L01XX32	Bortezomib	ev	OSP	H		In monoterapia in associazione con doxorubicina liposomiale pegilata o desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo in progressione che abbiano già ricevuto almeno una precedente linea di trattamento e che siano già stati sottoposti o non siano candidabili a trapianto di cellule staminali ematopoietiche	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX33	Bortezomib	ev	OSP	H		In associazione con melafalan e prednisone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo precedentemente non trattato non eleggibili a chemioterapia ad alte dosi con trapianto di cellule staminali ematopoietiche	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX34	Bortezomib	ev	OSP	H		In associazione con desametasone o con desametasone e talidomide è indicato per il trattamento di induzione di pazienti adulti con mieloma multiplo precedentemente non trattato eleggibili a chemioterapia ad alte dosi con trapianto di cellule staminali ematopoietiche	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX35	Bortezomib	ev	OSP	H		In associazione con rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare precedentemente non trattato non candidabili a trapianto di cellule staminali ematopoiche.	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX35	Anagrelide cloridrato	os	RNRL	A-PHT			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XX41	Eribulina mesilato	ev	RNRL/OSP	H		E' indicato per il trattamento di pazienti con cancro della mammella localmente avanzato o metastatico, che hanno mostrato una progressione dopo almeno due regimi chemioterapici per malatti avanzata. La terapia precedente deve aver previsto l'impiego di un'antraciclina e di un taxano, in contesto adiuvante o metastatico, a meno che i pazienti non siano idonei a ricevere questi trattamenti	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XX41	Eribulina mesilato	ev	RNRL/OSP	H		E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con liposarcoma inoperabile, sottoposti a precedente terapia contenente antracicline (eccetto se non idonei) per malattia avanzata o metastatica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XX43	Vismodegib	os	OSP	H		Carcinoma basocellulare	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Dermatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX44	Aflibercept	ev	OSP	H		In combinazione con chemioterapia a base di irinotecan/5-fluorouracile/acido folinico (FOLFIRI) è indicato nei pazienti adulti con carcinoma colorettole metastatico (MCRC) resistente o in progressione dopo un regime contenente oxaliplatino	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XX45	Carfilzomib	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In associazione o con lenalidomide e desametasone o con solo desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX46	Carfilzomib	ev	OSP	H		In associazione con daratumumab e desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX47	Idelalisib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma follicolare refrattario a due precedenti linee di trattamento	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L01XX47	Idelalisib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato in associazione con rituximab per il trattamento di pazienti adulti affetti da Leucemia Linfocitica Cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una terapia precedente, o come trattamento di prima linea in presenza di una delezione 17p o una mutazione TP53 in pazienti non idonei alla chemioimmunoterapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX50	Ixazomib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	<p>Trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia</p> <p>Si ricorda che è ammesso alla rimborsabilità solamente il trattamento di Ixazomib, in combinazione con lenalidomide e desametasone, in pazienti con mieloma multiplo recidivato/refrattario che non si siano dimostrati refrattari a lenalidomide o ad un inibitore del proteasoma e che abbiano ricevuto ≥ 2 precedenti linee di terapia o almeno 1 precedente linea di terapia con citogenetica sfavorevole [del (17); t (4;14); t(14;16)]</p>	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p>	
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H		<p>Trattamento della leucemia linfatica cronica (CLL- chronic lymphocytic leukaemia) in presenza della delezione 17p o della mutazione TR53 in pazienti adulti non idonei o che hanno fallito la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B.</p>	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p>	
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H		<p>Trattamento di pazienti adulti con CLL in assenza della delezione 17p o mutazione TP53 che hanno fallito la chemioimmunoterapia e la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B.</p>	<p>Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020</p>	
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	<p>In combinazione con obinutuzumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) non trattati in precedenza</p>	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p>	
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H		<p>In combinazione con azacitidina è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML - acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia intensiva</p>	<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX60	Talazoparib	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mutazioni germinali BRCA1/2, affetti da carcinoma mammario HER2-negativo localmente avanzato o metastatico. I pazienti devono essere stati precedentemente trattati con una antraciclina e/o un taxano nel contesto (neo)adiuvante, localmente avanzato o metastatico, ad eccezione dei pazienti non idonei per tali trattamenti. I pazienti con carcinoma mammario positivo ai recettori ormonali (HR) devono essere stati precedentemente trattati con terapia endocrina o ritenuti non idonei alla terapia endocrina	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L01XX67	Tagraxofusp	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCN)	Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L01XX70	Axicabtagene ciloleucl	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B refrattario o recidivante (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (primary mediastinal large B-cell lymphoma, PMBCL), dopo due o più linee di terapia sistemica	CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
L01XX71	Tisagenlecleucl	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di: • Pazienti pediatrici e giovani adulti fino a venticinque anni di età con leucemia linfoblastica acuta (LLA) a cellule B che è refrattaria, in recidiva post-trapianto o in seconda o ulteriore recidiva;	CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
L01XX71	Tisagenlecleucl	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di: • Pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica.	CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XY01	Daunorubicina/citarabina	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di adulti con nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta correlata a terapia (t-AML) o AML con alterazioni correlate a mielodisplasia (AML-MRC)	Hub: Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020	
L01XY02	Pertuzumab/Trastuzumab	sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	<ul style="list-style-type: none"> 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 	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L02AB01	Megestrol Acetato	os	RNR	A		neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata o da AIDS		28
L02AB02	Medrossiprogesterone (Acetato)	os,im	RNR	A		neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata o da AIDS		28
L02AB03	Fulvestrant	im	RNRL	H		Carcinoma mammella localmente avanzato o metastatico	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
LO2AE01	Buserelina Acetato	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva	Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra	51
LO2AE02	Leuprorelina Acetato	im,sc	RR/RNR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva Pubertà precoce	Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra	51
LO2AE03	Goserelin Acetato	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva	Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra	51
LO2AE04	Triptorelina	sc,im	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Carcinoma della prostata Carcinoma mammella Endometriosi Fibromi uterini inoperabili Trattamento pre-chirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva Pubertà precoce	Hub e Spoke: - Chirurgia - Endocrinologia - Ginecologia - Oncologia - Pediatria - Urologia Ambulatori specialistici territoriali: - Endocrinologo - Urologo - Ginecologo - Pediatra	51

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H		E' indicato per il trattamento di uomini adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione (CRPC), asintomatici o lievemente sintomatici dopo il fallimento della terapia di deprivazione androgenica, nei quali la chemioterapia non è ancora clinicamente indicata	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H		E' indicato per il trattamento di uomini adulti con CRPC metastatico resistente alla castrazione nei quali la patologia è progredita durante o al termine della terapia con docetaxel	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H		Trattamento di uomini adulti con cancro della prostata metastatico ormono-sensibile (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC) in associazione con terapia di deprivazione androgenica.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H		Trattamento di uomini adulti con cancro della prostata non metastatico ad alto rischio resistente alla castrazione (castration resistant prostate cancer, CRPC)	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L02BB05	Apalutamide	os	RNRL	H		Indicato negli uomini adulti per il trattamento del carcinoma prostatico metastatico sensibile agli ormoni (mHSPC) in combinazione con terapia di deprivazione androgenica (ADT), con diagnosi di malattia a basso volume o ad alto volume e non candidabili a trattamento con docetaxel	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L02BB06	Darolutamide	Os	RNRL	H		Trattamento degli uomini adulti con carcinoma prostatico non metastatico resistente alla castrazione (nmCRPC) che sono ad alto rischio di sviluppare malattia metastatica	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L02BX02	Degarelix	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Endocrinologia - Oncologia - Urologia	
L02BX03	Abiraterone acetato	os	RNRL	H		E' indicato assieme a prednisione o prednisolone per il trattamento del carcinoma metastatico della prostata resistente alla castrazione in uomini adulti asintomatici o lievemente sintomatici dopo il fallimento della terapia di deprivazione androgenica e per i quali la chemioterapia non è ancora indicata clinicamente	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L02BX03	Abiraterone acetato	os	RNRL	H		E' indicato assieme a prednisione o prednisolone per il trattamento del carcinoma metastatico della prostata resistente alla castrazione in uomini adulti la cui malattia è progredita durante o dopo un regime chemioterapico a base di docetacel	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia - Urologia	
L03	Frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti con immunodeficienza grave combinata da deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID), per i quali non sia disponibile un idoneo donatore consanguineo di cellule staminali HLA (antigene leucocitario umano)- compatibili		

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L03AA02	Filgrastim originator	ev,sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia	
L03AA02	Filgrastim biosimilare	ev,im,sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Ematologia - Malattie Infettive - Oncologia	
L03AA10	Lenograstim	ev,sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia	
L03AA13	Pegfilgrastim	sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia	
L03AA14	Lipegfilgrastim	sc	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Ematologia - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L03AB01	Intereferone Alfa Naturale	im,sc	RRL	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le epatiti	Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia	
L03AB01	Intereferone Alfa Naturale	im,sc	RRL	A		Per le altre indicazioni	Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia	
L03AB04	Interferone Alfa 2a	im,sc	RRL	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le epatiti	Hub e Spoke - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia	
L03AB05	Interferone Alfa 2a	im,sc	RRL	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le altre indicazioni	Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia	
L03AB05	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le epatiti	Hub e Spoke - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L03AB06	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le altre indicazioni	Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia	
L03AB07	Interferone Beta 1a	im	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	65
L03AB08	Interferone Beta 1b	im	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011) Sclerosi Multipla secondariamente progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	65
L03AB10	Interferone Alfa 2b Pegilato	sc	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le epatiti	Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia	
L03AB10	Interferone Alfa 2b Pegilato	sc	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le altre indicazioni	Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L03AB11	Interferone Alfa-2A Pegilato	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le epatiti	Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria - Malattie Infettive - Epatologia	
L03AB12	Interferone Alfa-2A Pegilato	sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Per le altre indicazioni	Hub e Spoke: - Dermatologia - Nefrologia - Oncologia - Urologia - Ematologia	
L03AB13	Peg-interferone Beta 1A	sc	RR	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	65
L03AB15	Ropeginterferone alfa-2b	sc	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento della policitemia vera senza splenomegalia sintomatica, in monoterapia nei pazienti adulti.	Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L03AX13	Glatiramer	sc	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	65

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L03AX15	Mifamurtide	ev	OSP	H		E' indicato nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti per il trattamento dell'osteosarcoma non metastatico ad alto grado resecabile in seguito a resezione chirurgica macroscopicamente	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
L03AX16	Plerixafor	os,sc	OSP	H		E' indicato in combinazione con il fattore stimolante le colonie dei granulociti (G-CSF) per incrementare la mobilitazione delle cellule staminali ematopoietiche nel sangue periferico per la raccolta e il conseguente trapianto autologo in pazienti adulti con linfoma e mieloma multiplo con una scarsa mobilitazione cellulare	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AA06	Acido micofenolico	os	RNRL	A-PHT		Proflassi del rigetto acuto	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Nefrologia - Pediatria - Immunologia - Ematologia	
L04AA10	Sirolimus	os	RNR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Centri di Trapianto - Emodialisi - Nefrologia	
L04AA10	Sirolimus	os	RNR	A-PHT		Trattamento di pazienti affetti da linfangioleiomiomatosi sporadica con malattia polmonare moderata o funzione polmonare in diminuzione	Pneumologia AOU CZ Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA13	Leflunomide	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Medicina Generale - Reumatologia	
L04AA18	Everolimus	os	RNR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiocirurgia - Nefrologia - Malattie infettive - Gastroenterologia - Epatologia	
L04AA23	Natalizumab	ev	OSP	H		Sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
L04AA24	Abatacept	ev,sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche	Area Reumatologia Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia	
L04AA25	Eculizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA - Legge 648/96	E' indicato per il trattamento di adulti e bambini affetti da: emoglobinuria parossistica notturna (EPN). Le prove del beneficio clinico sono dimostrate in pazienti con emolisi e uno o più sintomi clinici indicativi di un'elevata attività della malattia, indipendentemente dalla storia precedente di trasfusioni	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA25	Eculizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA - Legge 648/96	Sindrome emolitico uremica atipica (SEUa)	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AA27	Eculizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	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	Hub: - Neurologia	
L04AA28	Eculizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti affetti da miastenia gravis generalizzata refrattaria (MGg) in pazienti positivi agli anticorpi anti recettore dell'acetilcolina (AChR)	Hub: - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AA26	Belimumab	ev,sc	OSP/RRL	H	Registro web-based AIFA	E' indicato come terapia aggiuntiva nei pazienti adulti con lupus eritematoso sistemico (LES) attivo, autoanticorpi-positivo, con un alto grado di attività della malattia (ad es. anti-ds DNA positivi e basso complemento) nonostante la terapia standardcx	Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina Interna - Immunologia - Ambulatori di Reumatologia	
L04AA28	Belimumab	ev,sc	OSP/RRL	H	Registro web-based AIFA	In combinazione con terapie immunosoppressive di fondo per il trattamento di pazienti adulti con nefrite lupica attiva	Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina Interna - Nefrologia - Immunologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA27	Fingolimod	os	RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Indicato in monoterapia, come farmaco modificante la malattia, nella sclerosi multipla recidivante-remittente ad elevata attività nei seguenti gruppi di pazienti adulti e di pazienti pediatrici di 10 anni di età e oltre: pazienti con malattia ad elevata attività nonostante un ciclo terapeutico completo ed adeguato con almeno una terapia disease modifying; oppure pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente severa ad evoluzione rapida, definita da due o più recidive disabilitanti in un anno, e con 1 o più lesioni captanti gadolinio alla RM cerebrale o con un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM effettuata di recente	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
L04AA28	Belatacept	ev	OSP	C		In combinazione con corticosteroidi e acido micofenolico (MPA), è indicato per la profilassi del rigetto del trapianto negli adulti riceventi trapianto renale.	Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Nefrologia - Immunologia	
L04AA29	Tofacitinib	os	RNRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale	
L04AA31	Teriflunomide	os	RRL	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	65

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA32	Apremilast	os	RRL	A	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia</p>	
L04AA33	Vedolizumab	ev	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Gastroenterologiche	<p><u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale</p>	
L04AA34	Alemtuzumab	ev	OSP	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR)	<p>PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017</p>	
L04AA36	Ocrelizumab	ev	OSP	H		Trattamento di pazienti adulti affetti da forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita in base alle caratteristiche cliniche o radiologiche	<p>PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017</p>	
L04AA37	Baricitinib	os	RNRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche	<p>Area Reumatologia Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA37	Baricitinib	os	RNRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Trattamento dell'alopecia areata severa nei pazienti adulti	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	
L04AA38	Baricitinib	os	RNRL	H	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adulti che sono candidati ad una terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	
L04AA38	Ozanimod	os	RRL	A-PHT		Indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR) con malattia in fase attiva, come definito da caratteristiche cliniche o di imaging.	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
L04AA40	Cladribina	os	RNRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla (SM) recidivante ad elevata attività, definita da caratteristiche cliniche o di diagnostica per immagini	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
L04AA42	Siponimod	os	RRL	A-PHT		Indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla secondariamente progressiva (SMSp) con malattia attiva evidenziata da recidive o da caratteristiche radiologiche di attivita' infiammatoria.	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA43	Ravulizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti con peso corporeo pari o superiore a 10 kg affetti da sindrome emolitico uremica atipica (SEUa) che sono naive agli inibitori del complemento o che sono stati trattati con eculizumab per almeno tre mesi e hanno evidenziato una risposta a eculizumab	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AA43	Ravulizumab	ev	OSP	H		Indicato nel trattamento di pazienti adulti e pediatrici con peso corporeo pari o superiore a 10 kg affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN): <ul style="list-style-type: none"> • in pazienti con emolisi e uno o più sintomi clinici indicativi di un'elevata attività della malattia; • in pazienti clinicamente stabili dopo trattamento con eculizumab per almeno gli ultimi 6 mesi 	Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AA44	Upadacitinib	os	RNRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologica</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina generale	
L04AA44	Upadacitinib	os	RNRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni eleggibili alla terapia sistemica	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA45	Filgotinib	os	RNRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Trattamento dell'artrite reumatoide, in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX), in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD).	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia	
L04AA45	Filgotinib	os	RNRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Trattamento della colite ulcerosa in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un medicinale biologico	<u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale	
L04AA47	Inebilizumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da disturbi dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD) sieropositivi per le immunoglobuline G antiaquaporina-4 (IgG AQP4), in seconda linea rispetto a rituximab, limitatamente ai pazienti che abbiano riportato almeno un attacco acuto di NMOSD nell'anno precedente, che hanno richiesto una terapia di salvataggio (ad esempio steroidi, plasmaferesi, somministrazione endovenosa di immunoglobuline) e che presentino un punteggio alla scala EDSS (Expanded Disability Severity Scale) ≤ 8,0	Hub: - Neurologia	
L04AA50	Ponesimod	os	RRL	A-PHT		Trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita sulla base di caratteristiche cliniche o radiologiche	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
L04AA51	anifrolumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Terapia aggiuntiva per il trattamento di pazienti adulti affetti da lupus eritematoso sistemico (LES) attivo, autoanticorpi-positivo, in forma da moderata a severa, nonostante la terapia standard	Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina Interna - Immunologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA52	Ofatumumab	sc	RRL	H		Trattamento in combinazione con clorambucile o bendamustina di pazienti con LLC che non sono stati trattati in precedenza e che non sono eleggibili per una terapia a base di fludarabina	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AA53	Ofatumumab	sc	RRL	H		Indicato per il trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita da caratteristiche cliniche o radiologiche	PDTA Sclerosi Multipla DCA n.140 del 19/10/2017	
L04AA54	Pegcetacoplan	sc	RRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti con emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che rimangono anemici dopo trattamento con un inibitore di C5 per almeno TRE mesi	Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AB01	Etanercept/Etanercept biosimilare	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AB02	Infliximab/Infliximab biosimilare	ev,sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia</p> <p><u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria</p>	
L04AB05	Certolizumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia</p>	
L04AB06	Golimumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia</p> <p><u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AB04	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia</p> <p><u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria</p>	
L04AB05	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Uveite	<p>Hub: - Oculistica</p>	
L04AB07	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Uveite pediatrica		
L04AB08	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Idrosadenite Suppurativa		

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AC03	Anakinra	ev	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia</p>	
L04AC03	Anakinra	ev	RRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Febbre mediterranea familiare (FMF). Se appropriato, Anakinra deve essere somministrato in associazione con colchicina	<p>Hub: - Reumatologia - Medicina interna - Pediatria - Immunologia</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
L04AC03	Anakinra	sc	RRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Trattamento di soggetti adulti ospedalizzati con polmonite da COVID-19 moderata/severa (con pO ₂ /FI _{O2} >150, in ossigenoterapia e non sottoposti a C-PAP o ventilazione meccanica) e con livelli di plasma Solubile Urokinase-Type Plasminogen Activator Receptor (suPAR) ≥ 6ng/ml.	Malattie Infettive e Centri indicati per la gestione dei pazienti affetti da COVID-19	
L04AC05	Ustekinumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	<p>Indicazioni Reumatologiche</p> <p>Indicazioni Dermatologiche</p> <p>Indicazioni Gastroenterologiche</p>	<p><u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia</p> <p><u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia</p> <p><u>Area Gastroenterologia</u> Hub e Spoke: - Gastroenterologia - Medicina Generale</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AC07	Tocilizumab	ev,sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia	
L04AC08	Canakinumab	sc	RRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sindromi da Febbre Periodica Autoinfiammatoria (TRAPS, MKD, FMF)	Hub: - Reumatologia - Medicina interna - Pediatria - Immunologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AC08	Canakinumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia	
L04AC08	Canakinumab	sc	RRL	H	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Malattia di Still	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AC10	Secukinumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AC11	Siltuximab	ev	OSP	H		Trattamento di malattia di Castleman multicentrica (MCD) che sono negativi per il virus dell'immunodefidenza umana (HIV) e per l'herpes virus-8 umano (HHV8)	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AC12	Brodalumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC13	Ixekizumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC14	Sarilumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche	Area Reumatologia Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia	
L04AC16	Guselkumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AC17	Tildrakizumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC18	Risankizumab	ev	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia <u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC19	Satralizumab	sc	RRL	H	Registro web-based AIFA	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)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
L04AC21	Bimekizumab	sc	RRL	H	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici	Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Dermatologia</u> Hub e Spoke: - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AD02	Tacrolimus	os,ev	RNR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Profilassi del rigetto da trapianto nei pazienti che ricevono trapianto allogenico di fegato, rene o cuore. Trattamento del rigetto allogenico resistente al trattamento con altri medicinali immunosoppressori.	Hub e Spoke: - Centri di Trapianto - Nefrologia - Emodialisi - Cardiologia - Cardiochirurgia - Malattie Infettive - Gastroenterologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AD03	Voclosporina	os	RRL	A-PHT		In associazione a micofenolato mofetile, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con nefrite lupica (NL) attiva di classe III, IV o V (comprese le classi miste III/V e IV/V)	Hub e Spoke: - Reumatologia - Medicina Interna - Nefrologia	
L04AX02	Talidomide	os	RR	H	Registro web-based AIFA	Per le indicazioni : vedere Scheda di Prescrizione PPP https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1758720/Registro_PPP_2022.08.12_TOCTINO.zip	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AX04	Lenalidomide	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AX05	Lenalidomide	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti con anemia trasfusione dipendente dovuta a sindromi mielodisplastiche (MDS) a rischio basso o intermedio-I, associate ad anomalia citogenetica da delezione isolata del 5q quando altre opzioni terapeutiche sono insufficienti o inadeguate	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AX06	Lenalidomide	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In associazione con rituximab (anticorpo anti-CD20) è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con linfoma follicolare (grado 1-3a) precedentemente trattato	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AX07	Lenalidomide	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In associazione con desametasone, o bortezomib e desametasone, o melfalan e prednisione e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AX05	Pirfenidone	os	RR/RNRL	H	Scheda Regionale DCA PT generico	Treatmento di fibrosi polmonare idiopatica da lieve a moderata	Hub: - Pneumologia - Medicina Interna - Ambulatorio di Insufficienza Respiratoria e Urgenze in Malattie Dell' Apparato Respiratorio (AOU CZ) - Pneumologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC) Centro Regionale Fibrosi Cistica	
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL	H		In associazione a desametasone è indicato nel trattamento di pazienti adulti con amiloidosi AL sottoposti a precedenti terapie, comprendenti sia lenalidomide che bortezomib che non abbiano determinato una risposta ematologica completa o parziale molto buona (definita come dFLC <40 mg/L nei soggetti con dFLC basale >50 mg/L o come dFLC <10 mg/L nei soggetti con dFLC basale tra 20 e 50 mg/L).	Hub: - Ematologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In associazione con desametasone, è indicato nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, sottoposti ad almeno due precedenti terapie, comprendenti sia lenalidomide che bortezomib, e con dimostrata progressione della malattia durante l'ultima terapia	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	In associazione con bortezomib e desametasone, e' indicato nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia comprendente lenalidomide	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AX07	Dimetilfumarato	os	RR/RRL	A-PHT	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011)	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	65
L04AX08	Dimetilfumarato	os	RR/RRL	A		Trattamento della psoriasi a placche da moderata a severa negli adulti che necessitano di terapia farmacologica sistemica	Hub e Spoke: - Dermatologia	
M	SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO							
M01AB01	Indometacina	os,ev,im,loc	RR	A/C		Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AB05	Diclofenac	os,loc,im	RR	A/C		Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M01AB14	Proglumetacina	os	RR	A		<p>Artropatie su base connettivtica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. 		66
M01AB55	Diclofenac Sodico/Misoprostolo	os	RR	A		<p>Artropatie su base connettivtica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. 		66
M01AC01	Piroxicam	os,im	RR	A		<p>Artropatie su base connettivtica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. 		66
M01AE01	Ibuprofene	os	OTC/RR	C/A		<p>Artropatie su base connettivtica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. 		66
M01AE02	Naprossene	os	RR	A/C		<p>Artropatie su base connettivtica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. 		66

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M01AE03	Ketoprofene	ev,os	RR	A		<p>Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.</p>		66
M01AE09	Flurbiprofene	os	RR	A		<p>Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.</p>		66
M01AE12	Oxaprozina	os	RR	A		<p>Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.</p>		66
M01AX17	Nimesulide	os	RR	A		<p>Artropatie su base connettivica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta</p> <p>Trattamento di breve durata del dolore acuto</p>		66
M04AA04	Febuxostat	os	RR	A		<p>Trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti.</p>		91

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M05BA02	Acido Clodronico Sale Disodico	im	RR	A/C		Trattamento delle lesioni osteolitiche da metastasi ossee e del mieloma multiplo	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia	42
M05BA03	Acido Pamidronico Sale Disodico	ev	RNRL	H			Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia	
M05BA04	Acido Alendronico Sale Sodico	os	RR	A		Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura	Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia	79
M05BA04	Acido Alendronico Sale Sodico	os	RR	A		Indicato negli adulti per la prevenzione degli eventi scheletrici (fratture patologiche, complicanze ossee che richiedono l'uso della radioterapia o della chirurgia) in pazienti affette da tumore della mammella e metastasi ossee;	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Medicina Interna - Ortopedia	
M05BA06	Acido Ibandronico	os,ev	RNRL	A-PHT		Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura	Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia	79

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M05BA06	Acido Ibandronico	os,ev	RNRL	A-PHT		Indicato negli adulti per la prevenzione degli eventi scheletrici (fratture patologiche, complicanze ossee che richiedono l'uso della radioterapia o della chirurgia) in pazienti affette da tumore della mammella e metastasi ossee;	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Oncologia - Medicina Interna - Ortopedia	
M05BA07	Acido Risedronico	os	RR	A		Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura	Hub, Spoke: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia Ambulatori specialistici territoriali: - Ortopedia - Fisiatria - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia - Reumatologia	79
M05BA08	Acido Zolendronico Monoidrato	ev	RNRL/OSP	H		Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura	Hub, Spoke: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia Ambulatori specialistici territoriali: - Ortopedia - Fisiatria - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia - Reumatologia	79

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M05BA08	Acido Zolendronico Monoidrato	ev	RNRL/OSP	H			<p><u>Acido Zolendronico 5 mg</u> (fino a 4 unità-sacche o flaconcini)</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Reumatologia - Geriatria - Endocrinologia - Ginecologia - Ortopedia <p><u>Acido Zolendronico 4 mg</u> (fino a 4 unità-sacche o flaconcini)</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia - Urologia <p>OSP: 5 mg (unità superiori a 4) OSP: 4 mg (unità superiori a 4)</p>	
M05BB03	Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo)	os	RR	A		<p>Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche</p> <p>Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura</p>	<p>Hub, Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia <p>- Recupero e Riabilitazione Funzionale</p> <p>- Nefrologia</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortopedia - Fisiatria - Medicina Interna - Geriatria - Endocrinologia - Reumatologia 	79
M05BX04	Denosumab	sc	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	<p>Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche</p> <p>Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥50 anni a rischio elevato di frattura</p>	<p>Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Oncologia - Endocrinologia <p>- Recupero e Riabilitazione Funzionale</p> <p>- Nefrologia</p>	79

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M05BX04	Denosumab	sc	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Prevenzione di eventi correlati all'apparato scheletrico (fratture patologiche, radioterapia all'osso, compressione del midollo spinale o interventi chirurgici all'osso) negli adulti con neoplasie maligne in fase avanzata che coinvolgono l'osso	Hub e Spoke: - Oncologia - Ematologia	
M05BX04	Denosumab	sc	RRL	A-PHT		Trattamento di adulti e adolescenti con apparato scheletrico maturo con tumore a cellule giganti dell'osso non resecabile o per i quali la resezione chirurgica potrebbe provocare severa morbidità	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
M05BX05	Burosumab	sc	RNL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'ipofosfatemia X-linked (XLH) con evidenza radiografica di malattia ossea, nei bambini di età pari o superiore ad un anno e negli adolescenti con sistema scheletrico in crescita	Hub: - Nefrologia - Endocrinologia - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
M05BX05	Burosumab	ev	RRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'ipofosfatemia X-linked, nei bambini e adolescenti di età compresa tra uno e diciassette anni con evidenza radiografica di malattia ossea, e negli adulti	Hub: - Nefrologia - Endocrinologia - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M05BX06	Romosozumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'osteoporosi severa in donne in post-menopausa ad alto rischio di frattura: - donne in menopausa con osteoporosi documentata, in prevenzione secondaria (≥1 frattura vertebrale moderata o grave oppure ≥2 fratture vertebrali lievi oppure ≥2 fratture non vertebrali da fragilità in anamnesi oppure una frattura femorale nei 2 anni prima) e con rischio di frattura a 10 anni ≥20% (determinato con calcolatore validato);- impossibilità a proseguire trattamenti alternativi efficaci (intolleranza, inefficacia o scadenza del periodo di impiego autorizzato); assenza di pregressi eventi cardio e cerebrovascolari e/o assenza di rischio cardiovascolare elevato (definito come rischio ≥20% secondo le carte del rischio del progetto CUORE per paz.< 70 anni, secondo valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare come da RCP per paz. ≥= 70 anni).	Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia	79
M05BX07	Vosoritide	sc	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'acondroplasia in pazienti di eta' compresa tra i cinque e i quattordici anni al momento dell'inizio della terapia e le cui epifisi non siano chiuse. La diagnosi di acondroplasia deve essere confermata mediante opportuna analisi genetica	Hub: - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
M09AB02	Collagenasi di clostridium histolyticum	im	RL/OSP	H		E' indicato nel trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con corda palpabile	- Ortopedia (specializzata nella chirurgia della mano)	
M09AB02	Collagenasi di clostridium histolyticum	im	RL/OSP	H		E' indicato nel trattamento di uomini adulti affetti da malattia di Peyronic con placca palpabile e curvatura di almeno 30 gradi all'inizio della terapia	- Ortopedia (specializzata nella chirurgia della mano)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
M09AX03	Ataluren	os	RNRL	H		Trattamento della distrofia muscolare di Duchenne dovuta a mutazione nonsense nel gene della distrofina (nonsense mutation Duchenne Muscular Dystrophy, nmDMD) nei pazienti deambulanti di età pari o superiore a 5 anni. L'efficacia non è stata dimostrata nei pazienti non deambulanti	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
M09AX07	Nusinersen	intrat	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'atrofia muscolare spinale 5q	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
M09AX09	Onasemnogene Abeparovvec	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti con peso fino a 13,5 kg; diagnosi clinica di SMA di tipo 1 ed esordio nei primi sei mesi di vita, oppure diagnosi genetica di SMA di tipo 1 (mutazione biallelica nel gene SMN1 e fino a due copie del gene SMN2)	Hub: - Neurologia - Pediatria - Genetica medica Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
M09AX10	Risdiplam	os	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti a partire da 2 mesi di età, con una diagnosi clinica di SMA di tipo 1, tipo 2 o tipo 3 o aventi da una a quattro copie di SMN2	Hub: - Neurologia - Pediatria Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
N	SISTEMA NERVOSO							
N01AX03	Ketamina	ev	OSP	H		Come unico anestetico per manovre chirurgiche e diagnostiche. Nonostante sia più indicato per interventi brevi, KETAMINA MOLTENI può essere usato, con dosi addizionali, per interventi di maggiore durata. Qualora si desideri rilasciamento della muscolatura scheletrica, si usi un miorellassante e si tenga sotto controllo la respirazione. Per indurre l'anestesia prima di somministrare altri anestetici generali. Come supplemento ad altri anestetici.	Uso esclusivo in ambiente ospedaliero	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N02AE01	Buprenorfina (Cloridrato)	os,im,ev,td	RMR	A/H		Trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppioidi, nell'ambito di un contesto di trattamento medico, sociale e psicologico	Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	
N02BG10	Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo	inal	RNRL	H		E' indicato come trattamento per alleviare i sintomi in pazienti adulti affetti da spasticità da moderata a grave dovuta alla sclerosi multipla (SM) che non hanno manifestato una risposta adeguata ad altri medicinali antispastici e che hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi associati alla spasticità nel corso di un periodo di prova iniziale della terapia	PDTA Sclerosi Multipla DCA n. 140 del 19/10/2017	
N02CD01	Erenumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello	
N02CD02	Galcanezumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello	
N02CD03	Fremanezumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello	
N02CD05	Eptinezumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato per la profilassi dell'emicrania negli adulti, con almeno quattro giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N03AF03	Rufinamide	os	RRL	A			Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Neurologia	
N03AF04	Eslicarbazepina acetato	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Neurologia	
N03AX10	Felbamato	os	RRL	A			Hub e Spoke: - Neurologia - Pediatria - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neurologo - Pediatra	
N03AX12	Gabapentin	os	RR	A		Dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie documentate dal quadro clinico e/o strumentale: nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente ad infezione da herpes, neuropatia associata a malattia, dolore post-ictus o da lesione midollare, polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risulti inefficace, neuropatia diabetica	Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo	4
N03AX12	Gabapentin	os	RR	A		Trattamento della epilessia	Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N03AX16	Pregabalin	os	RR	A		Dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie documentate dal quadro clinico e/o strumentale: nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente ad infezione da herpes, neuropatia associata a malattia, dolore post-ictus o da lesione midollare, polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risultati inefficace, neuropatia diabetica	Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo	4
N03AX16	Pregabalin	os	RR	A		Trattamento della epilessia	Hub e Spoke: - Neurologia - Medicina Generale - Diabetologia - Centri per la Terapia del Dolore Ambulatori specialistici territoriali: - Internista - Diabetologo - Neurologo - Oncologo	
N03AX16	Pregabalin	os	RR	A		Trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato	Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Psichiatria	
N03AX21	Retigabina	os	RR	A		E' indicato come trattamento aggiuntivo delle crisi parziali farmaco-resistenti con o senza generalizzazione secondaria nei pazienti di età pari o superiore ai 18 anni affetti da epilessia, quando altre associazioni appropriate di farmaci si siano dimostrate inadeguate o non siano state tollerate	Hub e Spoke: - Neurologia	
N03AX22	Perampanel	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neurologo	
N03AX23	Brivaracetam	os/ev	RR/OSP	A-PHT/C	PT Cartaceo AIFA	Terapia aggiuntiva nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti ed adolescenti a partire dai 16 anni di età con epilessia	Hub e Spoke: - Neurologia - Neuropsichiatria infantile	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N03AX24	Cannabidiolo	os	RNRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Indicato, come terapia aggiuntiva, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Lennox Gastaut (LGS) nei pazienti a partire da due anni di eta'	<p>Hub: - Neurologia - Neuropsichiatria infantile</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
N03AX25	Cannabidiolo	os	RNRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Indicato, come terapia aggiuntiva, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Dravet (DS) nei pazienti a partire da due anni di eta'	<p>Hub: - Neurologia - Neuropsichiatria infantile</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
N03AX26	Cannabidiolo	os	RNRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Indicato come terapia aggiuntiva per le crisi epilettiche associate a sclerosi tuberosa complessa (TSC) nei pazienti a partire da due anni di eta'	<p>Hub: - Neurologia</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
N03AX25	Cenobamato	os	RRL	A-PHT		Indicato come terapia aggiuntiva delle crisi convulsive a insorgenza focale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti affetti da epilessia che non sono stati adeguatamente controllati nonostante una storia di trattamento con almeno due medicinali antiepilettici.	<p>Hub e Spoke: - Neurologia</p>	
N03AX26	Fenfluramina	os	RNRL	A-PHT		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	<p>Hub: - Neurologia</p> <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
N04BA03	Levodopa/Carbidopa/Entacapone	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub e Spoke: - Neurologia</p> <p>Ambulatori specialistici territoriali: - Neurologo</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N04BC06	Cabergolina	os	RNL/RNR	A/C	Scheda Regionale DCA PT generico		<u>Classe C</u> Ambulatori specialistici territoriali: - Geriatria - Neurologia - Psichiatria	
N04BC07	Apomorfina	sc	RNRL	H		Trattamento delle fluttuazioni motorie (fenomeni "on-off") in pazienti affetti da malattia di Parkinson che non sono sufficientemente controllati da medicinali anti-Parkinson per uso orale	Hub: Neurologia	
N04BD02	Rasagilina mesilato	os	RR	A	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Psichiatria - Geriatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Geriatria - Neurologo - Psichiatria	
N04BX01	Tolcapone	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Geriatria - Neurologia	
N04BX02	Entacapone	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Geriatria - Neurologia	
N04BX04	Opicapone	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Terapia aggiuntiva alle associazioni di levodopa/inibitori della DOPA decarbossilasi (DOPA decarboxylase inhibitors, DDCI) in pazienti adulti con malattia di Parkinson e fluttuazioni motorie di fine dose che non sono stabilizzate con queste associazioni		

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N05AE04	Ziprasidone Cloridrato	os	RR	A-PHT			Hub e Spoke: - Psichiatria	
N05AE05	Lurasidone	os	RR	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Trattamento della schizofrenia negli adulti e negli adolescenti a partire dai 13 anni di età	Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile	
N05AH01	Loxapina	inal	OSP	H	PT Cartaceo AIFA	E' indicato per il controllo rapido dello stato di agitazione da lieve a moderato in pazienti adulti affetti da schizofrenia o disturbo bipolare. I pazienti devono ricevere il trattamento abituale immediatamente dopo il controllo dei sintomi acuti di agitazione	Hub e Spoke: - Psichiatria	
N05AH02	Clozapina	os	RNRL	A-PHT			Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche	
N05AH03	Olanzapina	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H			Hub e Spoke: - Psichiatria - Neurologia Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche	
N05AH03	Olanzapina	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H	Scheda di monitoraggio dei pazienti con disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza in trattamento con antipsicotici	Uso off-label: Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza	Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A. - Psichiatria - Neurologia - Geriatria	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N05AH04	Quetiapina (fumarato)	os	RR	A-PHT			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	
N05AH04	Quetiapina (fumarato)	os	RR	A-PHT		<p>Uso off-label:</p> <p>Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza</p>	<p>Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia - Geriatria 	
N05AH05	Asenapina	os	RR	A-PHT			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	
N05AH05	Asenapina	os	RR	A-PHT		<p>Uso off-label:</p> <p>Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza</p>	<p>Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia - Geriatria 	
N05AX08	Risperidone	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	
N05AX08	Risperidone	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		<p>Uso off-label:</p> <p>Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza</p>	<p>Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia - Geriatria 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N05AX12	Aripiprazolo	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	
N05AX12	Aripiprazolo	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		<p>Uso off-label:</p> <p>Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza</p>	<p>Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia - Geriatria 	
N05AX13	Paliperidone	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		<p>Trattamento della schizofrenia negli adulti e negli adolescenti a partire dai 15 anni di età</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	
N05AX13	Paliperidone	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		<p>Uso off-label:</p> <p>Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza</p>	<p>Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia - Geriatria 	
N05AX13	Paliperidone	im	RNRL	H	PT cartaceo AIFA	<p>Formulazione iniettabile a somministrazione semestrale</p> <p>Indicato per la terapia di mantenimento della schizofrenia limitatamente ai pazienti adulti adeguatamente trattati con paliperidone palmitato</p> <p>formulazione iniettabile a rilascio prolungato a somministrazione trimestrale (Trevicta) (350 o 525 mg) per almeno 6 mesi, con le ultime 2 dosi con lo stesso dosaggio e con punteggio totale PANSS stabilmente <70</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	
N05AX16	Brexpiprazolo	Os	RR	A-PHT		<p>Indicato per il trattamento della schizofrenia nei pazienti adulti</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile (circolare Regionale 396205/2014) - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N05CD08	Midazolam	os	RRL	A	PT cartaceo AIFA	<p>Trattamento acuto delle crisi nelle epilessie dell'età pediatrica con elevato rischio di occorrenza di crisi prolungate (durata maggiore di 5 minuti) o di stato di male epilettico</p> <p>Forme idiopatiche Sindrome di Dravet Sindrome di Panayiotopoulos</p> <p>Trattamento acuto delle crisi nelle altre epilessie dell'età pediatrica, dopo un precedente episodio di crisi prolungata (durata maggiore di 5 minuti) o di stato di male epilettico</p> <p>Forme idiopatiche Forme sintomatiche a varia eziologia</p>	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologia - Pediatria <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria infantile 	93
N06AB03	Fluoxetina	os	RR	A			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuropsichiatria Infantile 	
N06AX21	Duloxetina cloridrato	os	RR	A/C		Dolore grave e persistente		4
N06AX21	Duloxetina cloridrato	os	RR	A/C		Trattamento della depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria 	
N06AX26	Vortioxetina bromidrato	os	RR	A		Trattamento episodi depressivi maggiori negli adulti	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria 	
N06AX27	Esketamina	inal	RMR	H		In combinazione con un SSRI o un SNRI, è indicato per adulti con disturbo depressivo maggiore resistente al trattamento, che non hanno risposto ad almeno due diversi trattamenti con antidepressivi nel corso dell'attuale episodio depressivo da moderato a grave	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria <p>Centri di salute mentale (CSM)</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N06BA04	Metilfenidato	os	RMR	A-PHT	PT web-based AIFA	CPR a Rilascio Modificato: Indicato come parte di un programma globale di trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti nei casi in cui le sole misure correttive si dimostrano insufficienti. Il trattamento deve essere effettuato sotto il controllo di uno specialista in disturbi comportamentali in età pediatrica.	Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria infantile	
N06BA04	Metilfenidato (cloridrato)	os	RMR	A-PHT	PT web-based AIFA - Legge 648/96	Trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) negli adulti già in trattamento farmacologico prima del compimento del diciottesimo anno di età.	Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria infantile	
N06BA07	Modafinil	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Neurologia	
N06BA09	Atomoxetina (cloridrato)	os	RNRL	A-PHT	PT web-based AIFA - Legge 648/96		Hub e Spoke: - Psichiatria Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria infantile	
N06BA14	Solriamfetol	os	RRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Indicato per: - migliorare lo stato di veglia e ridurre la sonnolenza diurna eccessiva in pazienti adulti affetti da narcolessia (con o senza cataplessia). - migliorare lo stato di veglia e ridurre la sonnolenza diurna eccessiva (Excessive Daytime Sleepiness, EDS) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva del sonno (Obstructive Sleep Apnoea, OSA) nei quali l'EDS non e' stata trattata in modo soddisfacente con la terapia primaria per l'OSA, ad esempio la pressione positiva continua nelle vie aeree (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)	Hub: - Neurologia	
N06BX13	Idebenone	os	RR	C		- Nel trattamento di deficit cognitivo- comportamentali conseguenti a patologie cerebrali sia di origine vascolare che degenerativa - Miocardiopatia nei pazienti affetti da Atassia di Friedreich	Hub: - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N06BX14	Idebenone	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	E' indicato per il trattamento della compromissione visiva in pazienti adulti e adolescenti affetti da neuropatia ottica ereditaria di Leber (LHON)	Hub e Spoke: - Oftalmologia - Neurologia	
N06DA02	Donepezil Cloridrato	os	RRL/RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.	85
N06DA03	Rivastigmina	os,transderm	RRL	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.	85
N06DA04	Galantamina (bromidato)	os	RRL	A	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.	85
N06DX01	Memantina (cloridrato)	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.	85
N07BB04	Naltrexone Cloridrato	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N07BC05	Levometadone cloridrato	os	OSP	C		Terapia sostitutiva di mantenimento nella dipendenza da oppioidi negli adulti, in associazione con un adeguato supporto medico, sociale e psicosociale.	Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	
N07BC51	Buprenorfina/naloxone	os	RMR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	
N07XX	Edaravone	ev	OSP			Trattamento di pazienti con diagnosi definita o probabile di sclerosi laterale amiotrofica, selezionati secondo specifici criteri: età ≥ 18 anni; punteggio ≥ 2 in ogni item della scala ALS Functional Rating Scale-Revised (ALSFRS-R); funzionalità respiratoria caratterizzata da un valore di Capacità Vitale Forzata (CVF) ≥ 80% del teorico; durata di malattia dall'esordio dei sintomi ≤ 2 anni; riduzione di 1-4 punti nel punteggio ALS Functional Rating Scale-Revised nelle 12 settimane precedenti all'inizio del trattamento.	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologia (GOM RC-AOU CZ-AO CS) <p>Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologia (PO VV-ASP VV) 	
N07XX02	Riluzolo	os	RRL	A-PHT		sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale - Neurologia 	
N07XX04	Sodio oxibato	os	RNRL	C/H		narcolessia con cataplessia in pazienti adulti	<p><u>Classe C</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Neurologia <p><u>Classe H</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche 	
N07XX05	Amifampridina	os	RRL	C		Trattamento sintomatico della sindrome miastenica di Lambert-Eaton (LEMS) negli adulti	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologia 	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N07XX06	Tetrabenazina	os	RRL	A			Hub e Spoke: - Neurologia - Psichiatria - Geriatria	
N07XX08	Tafamidis	os	RRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'amiloidosi da transtiretina nei pazienti adulti affetti da polineuropatia sintomatica di stadio 1 al fine di ritardare la compromissione neurologica periferica	Hub: - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
N07XX08	Tafamidis	os	RRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild type o ereditaria nei pazienti adulti affetti da cardiomiopatia (ATTR-CM)	Hub: - Cardiologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011) U.O. Cardiologia del PO di Polistena - ASP Reggio Calabria U.O. Cardiologia del PO di Castrovillari - ASP Cosenza	
N07XX11	Pitolisant	os	RRL	A	PT cartaceo AIFA	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 tale terapia non sia stata tollerata.	Hub: - Neurologia	
N07XX11	Pitolisant	os	RRL	A-PHT		Negli adulti per il trattamento della narcolessia con o senza cataplessia	Hub: - Neurologia	
N07XX12	Patisiran Sodico	ev	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina (amiloidosiATTR) in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o stadio 2	Hub: - Medicina Interna - Neurologia Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N07XX15	Inotersen	sc	RNRL	H	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da amiloidosi ereditaria da accumulo da transtiretina (hATTR) con polineuropatia in stadio 1 o 2	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Neurologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
P01CX01	Pentamidina Isetionato	ev	RRL	A-PHT			<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Infettive - Pneumologia 	
R	SISTEMA RESPIRATORIO							
R03AC04	Fenoterolo	inal	RR	A		Trattamento sintomatico degli attacchi asmatici; profilassi dell'asma da sforzo; trattamento sintomatico dell'asma bronchiale e di altre affezioni broncopolmonari	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	
R03AC12	Salmeterolo Xinafoato	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AC13	Formoterolo	inal,os	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03AC18	Indacaterolo	os	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AC19	Olodaterolo	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AK06	Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Propriionato	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AK07	Budesonide/Formoterolo Fumarato	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AK08	Formoterolo/beclometasone	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03AK10	Fluticasone furoato/vilanterolo	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL03	Umeclidinio bromuro/Vilanterolo trifenatato	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL04	Indacaterolo/glicopirronio bromuro	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL05	Bromuro di aclidinio/Formoterolo	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL06	Tiotropio/Olodaterolo	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03AL07	Glicopirronio/Formoterolo	Inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL08	Fluticasone/Umeclidinio/Vilanterolo	inal	RRL	A	PT Sistema TS	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL09	Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro	inal	RRL	A	PT Sistema TS	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03AL09	Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro	inal	RRL	A	PT cartaceo AIFA	Terapia di mantenimento dei pazienti adulti con diagnosi di asma, per i quali l'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e una dose media oppure elevata di corticosteroidi, non consenta un controllo adeguato dei sintomi, laddove siano soddisfatte, alla prima prescrizione	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia - Allergologia 	
R03AL11	Glicopirronio/Formoterolo/Budesonide	Inal	RNRL	A	PT Sistema TS	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03BB04	Tiotropio bromuro cloridrato	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03BB05	Acidinio bromuro	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03BB06	Glicopirronio bromuro	inal	RR	A	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	<p>MMG</p> <p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia 	99
R03DC03	Montelukast	os	RR	A		<p>Trattamento di "seconda linea" dell'asma moderata persistente, in aggiunta agli steroidi per via inalatoria, quando questi non garantiscano un controllo adeguato della patologia, anche dopo associazione con β-2 agonisti</p> <p>Profilassi dell'asma da sforzo</p>	<p>Hub e Spoke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologia - Medicina Generale <p>Ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergologia - Pneumologia - Pediatria - Medicina <p>Per pazienti pediatrici affetti da asma (Nota 336746/2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatria 	82
R03DX05	Omalizumab	sc,ev	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA	Asma di accertata natura IgE mediata	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria <p>- Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena e Melito Porto Salvo - ASP Reggio Calabria</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03DX05	Omalizumab	sc,ev	RRL	A-PHT	PT web-based AIFA	Orticaria cronica spontanea	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Dermatologia - Allergologia - Pediatria	
R03DX05	Omalizumab	sc	RRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Indicato come terapia aggiuntiva ai corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti (età pari o superiore a diciotto anni) con Rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) grave per i quali la terapia con i corticosteroidi intranasali non fornisce un controllo adeguato della malattia	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Allergologia - Immunologia - ORL	
R03DX07	Roflumilast	os	RRL	A-PHT		E' indicato come terapia di mantenimento nella broncopneumopatia cronica ostruttiva grave (BPO) (FEV1 post-broncodilatatore meno del 50% del teorico) associata a bronchite cronica nei pazienti adulti con una storia di esacerbazioni frequenti come aggiunta al trattamento broncodilatatore	Hub e Spoke: - Pneumologia - Geriatria - Medicina Generale	
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico	Terapia aggiuntiva per l'asma eosinofilo refrattario severo in pazienti adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena e Melito Porto Salvo - ASP Reggio Calabria	
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA	indicato come terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con Rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) severa per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non forniscono un controllo adeguato della malattia	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Allergologia - Immunologia - ORL	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA	Granulomatosi eosinofila con poliangite (EGPA)	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA	Sindrome Ipereosinofila (HES)	<p>Hub:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergologia - Ematologia - Immunologia - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia <p>Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)</p>	
R03DX10	Benralizumab	sc	RRL	A-PHT	PT Cartaceo AIFA	Terapia di mantenimento aggiuntiva in pazienti adulti con asma eosinofilo severo non adeguatamente controllato malgrado l'impiego di corticosteroidi per via inalatoria a dosi elevate e β -agonisti a lunga durata d'azione	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologia - Allergologia - Immunologia - Pediatria <p>- Medicina Interna Ambulatorio di Pneumologia del PO di Polistena e Melito Porto Salvo - ASP Reggio Calabria</p>	
R05CB13	Dornase alfa	inal	RNRL	A-PHT			Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R05DA20	Diidrocoideina + acido benzoico	os	RR	A		tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie		31

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R05DA	Diidrocoideina	os	RR	A		tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie		31
R05DB27	Levodropropizina	os	RR	A		tosse persistente non produttiva nelle gravi pneumopatie croniche e nelle neoplasie polmonari primitive o secondarie		31
R06AD02	Prometazina Cloridrato	im,os	RR	A		Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)		89
R06AE06	Oxatomide	os	RR	A		Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)		89
R06AE07	Cetirizina Dicloridrato	os	RR	A		Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)		89

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R06AE09	Levocetirizina dicloridrato	os	RR	A		Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)		89
R06AX13	Loratadina	os	RR	A		Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)		89
R06AX17	Ketotifene fumarato acido	os	RR	A		Pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)		89
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato in monoterapia per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari e superiore a 6 anni e di peso pari o superiore a 25 kg affetti da fibrosi cistica (FC), che hanno una delle seguenti mutazioni di gating (di classe III) nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R. [Data inizio monitoraggio AIFA 05/05/2015] o che hanno una mutazione R117H CFTR [Data inizio monitoraggio AIFA 12/04/2017 per i pz i età pari o superiore a 18 anni]; [Data inizio monitoraggio 04/01/2022 per i pz di età pari o superiore a 6 anni]	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	In un regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari e superiore a sei e minore di dodici anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione F508del nel gene CFTR	Centro Regionale Fibrosi Cistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Kalydeco» compresse e' indicato in regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' pari e superiore a sei anni, che sono omozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) con una mutazione a funzione minima (MF)	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Kalydeco» compresse e' indicato in regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' pari e superiore a sei anni, che sono eterozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) per F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF)	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Kalydeco» compresse e' indicato in regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' pari e superiore a sei anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure; di funzione residua (genotipo F/RF) oppure; non classificata (genotipo F/non classificato) oppure; non identificata (genotipo F/non identificato).	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT		Indicato in associazione con ivacaftor 75 mg/tezacaftor 50 mg/elexacaftor 100 mg compresse per il trattamento di adulti e adolescenti di eta' pari e superiore a sei anni affetti da fibrosi cistica (FC), omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR o eterozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF)	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT		Indicato in un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse, per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' pari e superiore a 12 anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure di funzione residua (genotipo F/RF) oppure non classificata (genotipo F/non classificato) oppure non identificata (genotipo F/non identificato)	Centro Regionale Fibrosi Cistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A-PHT		In un regime di associazione con ivacaftor /tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di eta' pari e superiore a sei e minore di dodici anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione F508del nel gene CFTR	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Granulato: indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in bambini di età pari o superiore a 2 anni omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni omozigoti per la mutazione F508del nel gene CFTR	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX31	Tezacaftor/ivacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento di pazienti affetti da fibrosi cistica (FC) di eta' pari e superiore a dodici anni, omozigoti per la mutazione F508del o eterozigoti per la mutazione F508del e che presentano una delle seguenti mutazioni nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR): P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+ 3A → G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789 + 5G → A, 3272-26A → G, e 3849 + 10kbC → T	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' pari e superiore a dodici anni, che sono omozigoti per la mutazione F508del nel gene per il regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) o eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione a funzione minima (MF).	Centro Regionale Fibrosi Cistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato in un regime di associazione con ivacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' da sei a minore di dodici anni che hanno almeno una mutazione F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR)	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
R07AX33	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Indicato in un regime di associazione con ivacaftor 150 mg compresse, per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di eta' pari e superiore a 12 anni, che sono eterozigoti per F508del nel gene CFTR con una mutazione: di gating (genotipo F/G) oppure di funzione residua (genotipo F/RF) oppure non classificata (genotipo F/non classificato) oppure non identificata (genotipo F/non identificato)	Centro Regionale Fibrosi Cistica	
S	ORGANI DI SENSO							
S01AA12	Tobramicina	loc	RR	C			Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia Centri Fibrosi Cistica	
S01BA15	Fluocinolone acetoneide	intravitr	OSP	H	PT Cartaceo AIFA	Trattamento della compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico cronico che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili.	Hub: - Oculistica	
S01BC10	Nepafenac	loc	RR	H			Hub e Spoke: - Oculistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
S01EB01	Pilocarpina Cloridrato	loc	RR	A			Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Medicina Generale - Oncologia - Oculistica - Gastroenterologia	
S01LA03	Pegaptanib sodico	intravitr	OSP	H		E' indicato per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD) negli adulti	Hub e Spoke: - Oculistica	
S01LA04	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
S01LA04	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Edema maculare diabetico (DME)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
S01LA06	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Trattamento della diminuzione visiva causata dall'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale)	Hub e Spoke: - Oculistica	
S01LA07	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Trattamento della diminuzione visiva causata da neovascolarizzazione coroideale (CNV) secondaria a miopia patologica (PM)	Hub e Spoke: - Oculistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
S01LA05	Aflibercept	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
S01LA05	Aflibercept	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Edema maculare diabetico (DME)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
S01LA06	Aflibercept	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Compromissione della vista dovuta a edema maculare secondario a occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale)	Hub e Spoke: - Oculistica	
S01LA06	Brolucizumab	intravitr	OSP	H	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf	Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa)	Hub e Spoke: - Oculistica	98
S01XA18	Ciclosporina	loc	RRL	A-PHT		Trattamento di severa cheratocongiuntivite Vernal (VKC) nei bambini al di sopra di 4 anni e negli adolescenti	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
S01XA18	Ciclosporina	loc	RRL	A-PHT		Trattamento della cheratite grave in pazienti adulti con sindrome dell'occhio secco non migliorata malgrado il trattamento con sostituti lacimali	Hub e Spoke: - Oculistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
S01XA19	Cellule epiteliali corneali umane autologhe	imp. sc	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti affetti da deficit di cellule staminali limbari da moderato a grave (definito dalla presenza di neovascolarizzazione superficiale della cornea in almeno due quadranti, con coinvolgimento della parte centrale della cornea e grave compromissione dell'acuità visiva), unilaterale o bilaterale, causato da ustioni oculari da agenti fisici o chimici. Per la biopsia sono necessari almeno 1-2 mm2 di tessuto limbare non danneggiato	Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	
S01XA22	Ocriplasmina	intravitr	OSP	H			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
S01XA24	Cenergermin	loc	RNRL	H		Trattamento della cheratite neurotrofica moderata (difetto epiteliale persistente) o severa (ulcera corneae) negli adulti	Hub e Spoke: - Oculistica	
S01XA27	Voretigenene neparovvec	sottoretinico	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di pazienti adulti e pediatrici con perdita della vista dovuta adistrofia retinica ereditaria causata da mutazioni bialleliche confermate di RPE65 e che abbiano sufficienti cellule retiniche vitali	Hub: - Oculistica	
V	VARI							
V01AA02	Polline di graminacee	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Allergologia - Pediatria - Otorinolaringoiatria - Pneumologia - Immunologia	
V01AA07	Allergeni estratti da Veleno di Ape adsorbito su gel di Idrossido di Alluminio	ev	OSP	H		Immunoterapia allergene specifica per pazienti con una storia documentata di reazioni allergiche IgE-mediate generalizzate e/o sistemiche causate da sensibilizzazione al veleno di Ape (Apis mellifera), confermata da Skin Prick Test e/o test intradermico e/o IgE specifiche	Hub: - Allergologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
V01AA07	Allergeni estratti da Veleno di Ape adsorbito su gel di Idrossido di Alluminio idrato	ev	OSP	H		Immunoterapia allergene specifica per pazienti con una storia documentata di reazioni allergiche IgE-mediate generalizzate e/o sistemiche causate da sensibilizzazione al veleno di vespa (<i>Vespula spp.</i>), confermata da Skin Prick Test e/o test intradermico e/o IgE specifiche	Hub: - Allergologia	
V03AB35	Sugammadex	ev	OSP	H		Antagonismo del blocco neuromuscolare indotto da rocuronio o vecuronio negli adulti. Per la popolazione pediatrica: sugammadex è raccomandato solo per l'antagonismo di routine del blocco indotto da rocuronio in bambini e adolescenti di età compresa tra 2 e 17 anni.	Uso esclusivo in ambiente ospedaliero	
V03AB37	Idarucizumab	ev	OSP	H		Indicato nei pazienti adulti trattati con dabigatranetexilato nei casi in cui si rende necessaria l'inattivazione rapida dei suoi effetti anticoagulanti: negli interventi chirurgici di emergenza/nelle procedure urgenti2-nel sanguinamento potenzialmente fatale o non controllato.	Uso esclusivo in ambiente ospedaliero DCA 88/2017	
V03AB38	Andexanet alfa	ev	OSP	C		Indicato per pazienti adulti trattati con un inibitore diretto del fattore Xa (FXa) (apixaban o rivaroxaban), quando è richiesta l'inversione della terapia anticoagulante a causa di emorragie potenzialmente fatali o incontrollate	Hub e Spoke: - Centri DEA 1 e 2 - Pronto Soccorso Elenco sito Ministero della Salute aggiornato al 6 dicembre 2021	
V03AC01	Deferoxamina Mesilato	im,ev,sc	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub e Spoke: - Ematologia - Servizio Trasfusionale - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria	
V03AC02	Deferiprone	os	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello Hub e Spoke: - Servizio Trasfusionale	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
V03AC03	Deferasirox	os	RNRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello</p> <p>Hub e Spoke: - Servizio Trasfusionale</p>	
V03AE01	Sodio Polistiren Solfonato	os	RR	A			<p>Hub e Spoke: - Medicina Generale - Nefrologia - Cardiologia - Emodialisi - Nefrologia</p>	
V03AE02	Sevelamer	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub e Spoke: - Emodialisi - Nefrologia</p>	
V03AE03	Lantano carbonato idrato	os	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub e Spoke: - Emodialisi - Nefrologia</p>	
V03AE05	Ossiidrossido sucroferrico	os	RRL	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		<p>Hub e Spoke: - Nefrologia</p>	
V03AE09	Patiromer	os	RRL	A-PHT		Indicato per il trattamento dell'iperkaliemia negli adulti	<p>Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Nefrologia - Medicina interna</p>	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	os	RRL	A-PHT	PT cartaceo AIFA	Indicato per il trattamento dell'iperkaliemia negli adulti	Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali: - Cardiologia - Nefrologia - Medicina interna	
V03AF01	Mesna	ev	RR	A-PHT	Scheda Regionale DCA PT generico		Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
V03AF03	Calcio Folinato	im,ev,os	RR	A		Recupero (rescue) dopo terapia con antagonisti dell'acido diidrofolico		11
V03AH01	Diazossido	os	RRL	A			Hub e Spoke: - Medicina Generale - Oncologia - Gastroenterologia - Pediatria	
V04CD01	Metirapone	os	RNRL	A-PHT			Hub: - Medicina Generale - Endocrinologia	
V04CJ01	Tireotropina alfa	im	OSP	H			Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano	ev	OSP	H		Indicato come terapia di consolidamento dopo l'induzione della remissione in pazienti con linfoma follicolare non pretrattati	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
V10XX03	Ibritumomab tiuxetano	ev	OSP	H		Indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non-Hodgkin (NHL) follicolare a cellule B CD20+ recidivanti o refrattari a rituximab	Rete Ematologica Regionale DCA n. 102/2020 Centri di II - III livello	
V10XX03	Radio-223 dicloruro	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	In monoterapia o in associazione con un analogo dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (Luteinising Hormone-Releasing Hormone, LHRH) è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione (metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer, mCRPC), con metastasi ossee sintomatiche e senza metastasi viscerali note, in progressione dopo almeno due precedenti linee di terapia sistemica per il mCRPC (diverse dagli analoghi del LHRH) o non eleggibili ai trattamenti sistemici disponibili per il mCRPC 2. limitare l'uso ai pazienti che sono stati sottoposti a due precedenti trattamenti per il carcinoma prostatico metastatico (cancro della prostata che si è diffuso alle ossa) o che non possono ricevere altri trattamenti.	Hub, Spoke e Ospedali generali: - Oncologia	
V10XX04	Lutezio-177LU-Oxodotreotide	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Trattamento di tumori neuroendocrini gastroenteropancreatici (NET-GEP) ben differenziati (G1 e G2), progressivi, non asportabili o metastatici, positivi ai recettori per la somatostatina.	Hub: - Oncologia - Radioterapia	