Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 66 del 06.03.2024

OGGETTO: Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) – GENNAIO-FEBBRAIO 2024

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 sub-commissario 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.
- **VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario 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, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

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 Salute e Welfare 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 Salute e Welfare;
- i provvedimenti relativi all'aggiornamento del PTR, periodicamente adottati con decreti del Commissario ad Acta, da ultimo con il DCA n. 332/2023;
- 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 Salute e Welfare 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. 151797 del 28/02/2024.

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 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**);
- 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 Salute e Welfare 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 Salute e Welfare 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 Ing. Iole Fantozzi

Il Sub Commissario

f.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Salute e Welfare

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 Dott. Tommaso Calabrò

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

ATC	Principio Attivo	Specialità Medicinale	Via di Somministrazione	Classe di Appartenenza/Centri Prescrittori	Indicazioni e Limitazioni D'Uso	Note
FARMACI AD ACCESSO DIRETTO						
L01XL07	idacabtagene vicleucel	**ABECMA**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)**	Trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto almeno tre precedenti terapie, inclusi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno dimostrato progressione della malattia all'ultima terapia.	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Innovatività Condizionata** **Nota Prot. n. 126018 del 19/02/2024**
S01LA06	Brolucizumab	**BEOVU**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oculistica di Hub e Spoke**	Indicato negli adulti per il trattamento di diminuzione visiva causata da edema maculare diabetico (DME)	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota AIFA 98** **Nota Prot. n. 111934 del 14/02/2024**
L01XX88	Lisocabtagene maraleucel	**BREYANZI**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)**	Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (PMBCL) e linfoma follicolare di grado 3B (FL3B) recidivati o refrattari, dopo due o più linee di terapia sistemica	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota Prot. n. 126034 del 19/02/2024**

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

L01EX07	Cabozantinib	**CABOMETYX**	os	**H-RNRL** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**	Trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma differenziato della tiroide (DTC) localmente avanzato o metastatico, refrattario o non eleggibile allo iodio radioattivo (RAI) che sono progrediti durante o dopo una precedente terapia sistemica	**Innovatività Condizionata** **Nota Prot. n. 85718 del 09/02/2024**
L01FD04	Trastuzumab deruxtecan	**ENHERTU**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con adenocarcinoma dello stomaco o della giunzione gastroesofagea (GEJ) avanzato HER2-positivo, che hanno ricevuto un precedente regime a base di trastuzumab	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota Prot. n. 587182 del 29/12/2023**
L01FD04	Trastuzumab deruxtecan	**ENHERTU**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella HER2-low non resecabile o metastatico, che hanno ricevuto precedente chemioterapia per malattia metastatica o che hanno sviluppato recidiva della malattia durante o entro 6 mesi dal completamento della chemioterapia adiuvante.	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Innovatività Piena** **Nota Prot. n. 587182 del 29/12/2023**
L01EL01	Ibrutinib	**IMBRUVICA**	os	**H-RNRL** **Centri Prescrittori:** **Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)**	in associazione con venetoclax è indicato per il trattamento di pazienti adulti con Leucemia linfatica cronica (CLL) precedentemente non trattata	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota Prot. n. 111981 del 14/02/2024**

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

L01FF02	durvalumab	**IMFINZI**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**	Carcinoma epatocellulare: in associazione a tremelimumab è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota Prot. n. 129480 del 20/02/2024**
L01FF02	durvalumab	**IMFINZI**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**	Carcinoma delle vie biliari: in associazione a gemcitabina e cisplatino è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma delle vie biliari (BTC) non resecabile o metastatico.	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota Prot. n. 129480 del 20/02/2024**
L01FX20	tremelimumab	**IMJUDO**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali**	Carcinoma epatocellulare: in associazione a durvalumab è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare avanzato o non resecabile	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota Prot. n. 129399 DEL 20.02.2024**
L01EE04	Selumetinib	**KOSELUGO**	os	**H-RNRL** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Pediatria di Hub (Rete Malattie Rare)**	Indicato in monoterapia per il trattamento del neurofibroma plessiforme (PN) inoperabile, sintomatico in pazienti pediatrici con neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) a partire dai tre anni di età Codice di esenzione MR: **RBG010**	**Farmaco Malattia RARA** **Nota Prot. n. 52654 DEL 26/01/2024**
A05AX04	Maralixibat	**LIVMARLI**	os	**H-RRL** **Centri Prescrittori:**	Indicato per il trattamento del prurito colestatico in pazienti affetti da sindrome di Alagille (ALGS) di età pari e superiore a due mesi	**Farmaco Malattia RARA** **Nota prot. n. 3353 del 03/01/2024**

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

				UU.OO. Pediatria di Hub (Rete Malattie Rare)	Codice di esenzione MR: **RN1350**	
A16AB22	Avalglucosidasi alfa	**NEXVIADYME**	ev	**H-RR** **Centri Prescrittori:** **UO Pediatria dell'AO Cosenza - UO Pediatria specialistica e malattie rare, UO Nutrizione clinica e UO Malattie del Metabolismo del Policlinico Germaneto dell'AOU Catanzaro e UO Neurologia del GOM Reggio Calabria (Rete Malattie Rare)**	Indicato per la terapia enzimatica sostitutiva (enzyme replacement therapy, ERT) a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di malattia di Pompe (deficit di a- glucosidasi acida) Codice di esenzione MR: **RCG060**	**Farmaco Malattia RARA** **Nota prot. n. 77908 del 06/02/2024**
J05AE30	Nirmatrelvir/ritonavir	**PAXLOVID**	os	**A-PHT/RNR** **Centri Prescrittori:** **UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke**	Trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che sono ad elevato rischio di progressione a COVID-19 severa	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota prot. n. 577691 del 22/12/2023**
L01FX14	Polatuzumab vedotin	**POLIVY**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **Rete Ematologica Regionale -**	in associazione con rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (R-CHP) è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) non precedentemente trattato con fattore di indice prognostico (IPI) 3-5	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Nota prot. n. 2449 del 03/01/2024**

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

				DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**		
B02BD15	Valoctocogene roxaparvovec	**ROCTAVIAN**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **UO Centro Emostasi e Trombosi del PO Pugliese Ciaccio - AOU Catanzaro (Rete Malattie Rare)**	Trattamento dell'emofilia A grave (deficit congenito di fattore VIII) in pazienti adulti senza anamnesi di inibitori del fattore VIII e senza anticorpi rilevabili anti-virus adeno-associato del sierotipo 5 (AAV5) Codice di esenzione: **RDG020**	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Innovatività Condizionata** **Farmaco Malattia RARA** **Nota prot. n. 53572 del 26/01/2024**
M05BX07	Vosoritide	**VOXZOGO**	ev	**H-RRL** **Centri Prescrittori:** **UO Pediatria dell'AO Cosenza e UO Pediatria Specialistica e Malattie Rare del PO Policlinico Germaneto - AOU Catanzaro (Rete Malattie Rare)**	Trattamento dell'acondroplasia in pazienti di età compresa tra i due 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 Codice di esenzione: **RNG050**	**Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA** **Innovatività Piena** **Farmaco Malattia RARA** **Nota prot. n. 61633 del 30/01/2024**
NUOVI FARMACI						
N04BA07	Foslevodopa e foscarbidopa	**DUODOPA**	sc	**H-RRL** **Centri Prescrittori:**	Indicato per il trattamento della malattia di Parkinson in stadio avanzato rispondente a levodopa, con gravi fluttuazioni motorie e ipercinesia o discinesia, quando le combinazioni disponibili di medicinali antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti	

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

				UU.OO. Neurologia di Hub e Spoke		
C09BX05	Ramipril e bisoprololo	**RAMILOLO**	os	**A-RR**	**per i dosaggi da 2,5 mg/2,5 mg, 5 mg/2,5 mg, 5 mg/5 mg, 10 mg/5 mg e 10 mg/10 mg:** Indicato come terapia sostitutiva per il trattamento dell'ipertensione e/o dell'ipertensione con coesistente sindrome cronica coronarica: - in pazienti con malattia cardiovascolare aterotrombotica manifesta (storia di coronopatia o ictus o malattia vascolare periferica) oppure - diabete con almeno un fattore di rischio cardiovascolare e/o scompenso cardiaco cronico con ridotta funzione sistolica ventricolare sinistra (prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto: riduzione della mortalità dalla fase acuta di infarto miocardico in pazienti con segni clinici di scompenso cardiaco, quando iniziato dopo 48 ore dall'insorgenza dell'infarto miocardico acuto). In pazienti adulti adeguatamente controllati con ramipril e bisoprololo somministrati contemporaneamente allo stesso livello di dose **AIC. 049996061 - 049996109 - 049996147 - 049996186 - 049996224**	
C09BX05	Ramipril e bisoprololo	**RAMILOLO**	os	**A-RR**	**per il dosaggio da 2,5 mg/1,25 mg:** Ramilolo è indicato come terapia sostitutiva per il trattamento della sindrome coronarica cronica (in pazienti con una storia di infarto del miocardio e/o rivascolarizzazione) e/o insufficienza cardiaca cronica con ridotta funzionalità sistolica ventricolare sinistra in pazienti adulti adeguatamente controllati con ramipril e bisoprololo somministrati in concomitanza allo stesso dosaggio **AIC. 049996022**	

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

V03AF09	Glucarpidasi	**VORAXAZE**	ev	**H-OSP** **Centri Prescrittori:** **Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020** **Centri di II - III livello** **UU.OO. Oncoematologia Pediatrica e Reumatologia di Hub** **UU.OO. Anestesia e Rianimazione e Medicina d'urgenza di Hub e Spoke**	Indicato per ridurre concentrazioni plasmatiche tossiche di metotrexato in adulti e bambini (di età pari e superiore a ventotto giorni) con eliminazione ritardata di metotrexato o a rischio di tossicità da metotrexato	

Aggiornamento Centri Prescrittori e Varie:

IMBRUVICA (Ibrutinib): ATC L01EL01. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). **Nuovo dosaggio.** 280 mg- compressa rivestita con film - uso orale - blister - 30 x 1 compresse A.I.C. n. 043693100/E;
MIREBAX (rivaroxaban): ATC B01AF01. Classe A-RRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). **Farmaco generico.** GU n. 299 del 23.12.2023 **-** *Riclassificazione del medicinale per uso umano «Mirebax», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.*
RINVOQ (upadacitinib): ATC L04AF03. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). **Nuovo dosaggio.** 30 mg compressa a rilascio prolungato- uso orale - 28 compresse A.I.C. n. 048399063/E; GU n. 39 del 16.02.2024 - ***Aggiornamento Scheda di Prescrizione cartacea AIFA dei JAKi nel Trattamento della Dermatite atopic*a**
SAPROPTERINA DIPHARMA (sapropterina): ATC A16AX07. Classe A-RRL/PHT. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). **Nuova forma farmaceutica.** 100 mg polvere per soluzione orale - uso orale - 30 bustine - A.I.C. n. 049972033/E; 500 mg polvere per soluzione orale - uso orale - 30 bustine - A.I.C. n. 049972045/E;

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

Farmaci Biologici di Area Dermatologica (Inibitori TNF-alfa - Inibitori Interleuchina - Immunosoppressori Selettivi) - **Integrazione centri prescrittori.** Sono autorizzati alla prescrizione per le indicazioni dermatologiche: • Area Dermatologia - Centri Hub, Spoke e Ospedali generali: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati, i Poliambulatori di Palmi – Siderno – Melito – Scilla – Reggio Calabria.
BRILIQUE (ticagrelor) ATC B01AC24 Classe A-PHT/RR. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). **Integrazione centri prescrittori.** Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "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" le UU.OO. di Cardiologia e Medicina Interna di Hub, Spoke. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati la **UU.OO di Cardiologia del Tirrenia Hospital di Belvedere Marittimo di Cosenza.**
JARDIANCE (empaglifozin) ATC A10BK03 e **FORXIGA** (dapaglifozin) ATC A10BK01 : Classe A-PHT/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). **Integrazione centri prescrittori.** Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta" le UU.OO. di Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria e Endocrinologia di Hub, Spoke e strutture territoriali. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati la **UU.OO di Cardiologia del Tirrenia Hospital di Belvedere Marittimo di Cosenza.**
LEQVIO (Inclisiran) ATC C10AX16: Classe A-PHT/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 191/2022). **Integrazione centri prescrittori.** Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "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" le UU.OO. di Cardiologia, Medicina Interna, Neurologia e Endocrinologia di Hub, Spoke e strutture territoriali. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati la **UU.OO di Cardiologia del Tirrenia Hospital di Belvedere Marittimo di Cosenza.**
VERQUVO (Vericiguat) ATC C01DX22: Classe A-PHT/RRL. Farmaco già presente in PTR (DCA n. 93/2016). **Integrazione centri prescrittori.**

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

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 66 del 06.03.2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 23.02.2024

Sono autorizzati alla prescrizione per l'indicazione registrata "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" le UU.OO. di Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria e Endocrinologia di Hub, Spoke e strutture territoriali. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati la **UU.OO di Cardiologia del Tirrenia Hospital di Belvedere Marittimo di Cosenza.**
Aggiornamento tabelle 2 e 3 DCA 118/2015 (Allegato 2 del DCA n. 66 del 06.03.2024). **Aggiornamento Schede cartacee per la prescrizione farmaci biologici per area reumatologica, dermatologica, gastroenterologica (Allegato 2 del DCA n. 66 del 06.03.2024).**

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

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA 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	X	NO

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

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA 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 L04AF02 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AF04 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X
Tofacitinib L04AF01 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX)	X	NO	NO	X (con MTX)	NO	NO	NO	X
Upadacitinib L04AF03 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	X

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

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.

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

ALLEGATO A-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

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

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

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M □ F □ □ Estero

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

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

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

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

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? □ si □ no

- Numero articolazioni tumefatte: □□ (Conta a 28 articolazioni) Numero articolazioni dolenti: □□ (Conta a 28 articolazioni)

Altre sedi interessate: □ Tibiotarsiche □ Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee □ Temporo-mandibolari □ Entesi □ Interfalangee distali delle mani □ Altro (specificare):_____

- Erosioni: □ 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)

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

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 DMARs 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 pazient 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:

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
□	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
□	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	

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

□	Apremilast 10/20/30***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Filgotinib***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Golimumab_____	_____ mg ogni _____ mesi	
□	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni ____ settimane	
□	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Risankizumab_____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	Rituximab_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
□	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
□	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Upadacitinib*** _____ solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni_____ gg	
□	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 _____

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

- 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.

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD	☐ ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD
☐ ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-IL-6 ☐ anti-IL-1 ☐ abatacept ☐ rituximab

Farmaco prescrivibile: tofacitinib,
☐ è stata diagnosticata una artrite psoriasica attiva con prevalente impegno periferico
☐ mono/oligo-artrite o ☐ poliartrite

Farmaco prescrivibile: upadacitinib
☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD	☐ ha avuto una risposta inadeguata a ≥ 1 csDMARD
☐ ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-IL-17 ☐ anti IL-23 ☐ anti IL12/23 ☐ apremilast

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	☐ ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
☐ ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-IL-17

DATA_____ DURATA DELLA TERAPIA (**max. 6 mesi**) _____

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore
_____

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenz
_____

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

ALLEGATO A-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)

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

Cognome: _____ Nome: _____

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

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

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

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

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? □ si □ no

- Numero articolazioni tumefatte: □□ (Conta a 28 articolazioni) Numero articolazioni dolenti: □□ (Conta a 28 articolazioni)

Altre sedi interessate: □ Tibiotarsiche □ Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee □ Temporo-mandibolari □ Entesi □ Interfalangee distali delle mani □ Altro (specificare):_____

- Erosioni: □ 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)

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

□ Dose MTX in corso (mg/settimana): □ os □ im □ sc

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:
□ Intolleranza □ Altro (specificare): _____

□ In terapia con Leflunomide da mesi: □□

□ Altri DMARDs: □ Sulfasalazina □ Ciclosporina □ Idrossiclorochina □ Altro_____
Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) □□.□

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

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
□	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
□	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
□	Apremilast***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Baricitinib***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Certolizumab pegol_____	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Filgotinib***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
□	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____settimane	
□	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Rituximab_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
□	Risankizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

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

□	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ev/sc ogni ____gg	
□	Tofacitinib***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Upadacitinib***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	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

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-IL-6 ☐ anti-IL-1 ☐ abatacept ☐ rituximab

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

Per ARTRITE REUMATOIDE

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi ☐ TNFi ☐ anti-IL-17 ☐ anti IL-23 ☐anti IL12/23 ☐ apremilast

Per SPONDILITE ANCHILOSANTE

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ 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)

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

□ comparsa di eventi avversi _____

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

□ Remissione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
□	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
□	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
□	Apremilast ***	_____ mg ogni_____ gg	
□	Baricitinib _____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Filgotinib _____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
□	Guselkumab_____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni ____settimane	
□	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Risankizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	Rituximab_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
□	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
□	Tofacitinib ***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Upadacitinib ***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	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* (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

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-IL-6 ☐ anti-IL-1 ☐ abatacept ☐ rituximab

Per ARTRITE PSORIASICA

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi ☐ TNFi ☐ anti-IL-17 ☐ anti IL-23 ☐anti IL12/23 ☐ apremilast

Per SPONDILITE ANCHILOSANTE

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ 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

_____

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

ALLEGATO B-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Psoriasi a Placche

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

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

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M □ F □ □ Estero

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

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

□ **Psoriasi a Placche** □ Paziente Adulto □ Paziente Pediatrico

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

PRECEDENTI TERAPIE:

□ MTX:
Terapia interrotta o non effettuata per: □ Intolleranza/Tossicità □ Inefficacia □ Controindicazioni □ Co-morbidità □ Altro_____

□ Ciclosporina:
Terapia interrotta o non effettuata per: □ Intolleranza/Tossicità □ Inefficacia □ Controindicazioni □ Co-morbidità □ Altro_____

□ Dimetilfumarato:
Terapia interrotta o non effettuata per: □ Intolleranza/Tossicità □ Inefficacia □ Controindicazioni □ Co-morbidità □ Altro_____

Psoriasi a Placche: Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA<10% o PASI<10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale. Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento alle rispettive RCP e alla Scheda di Prescrizione cartecea 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
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____mg ogni _____gg	
□	Apremilast***_____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Bimekizumab _____	_____mg sc ogni _____gg	
□	Brodalumab_____	_____mg ogni _____gg	
□	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____mg ogni _____gg	
□	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____mg infusione ogni _____settimane	
□	Ixekizumab _____	_____mg sc in fase di induzione	
□	Risankizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	Secukinumab _____	_____mg ogni_____settimane	
□	Tildrakizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	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
_____

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

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
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____mg ogni _____gg	
□	Apremilast***_____	_____mg ogni _____gg	
□	Bimekizumab _____	_____mg sc ogni _____gg	
□	Brodalumab _____	_____mg ogni _____gg	
□	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____mg ogni _____gg	
□	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____mg infusione ogni _____settimane	

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

□	Ixekizumab _____	_____mg sc mantenimento ogni _____settimane	
□	Risankizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	Secukinumab _____	_____mg ogni_____settimane	
□	Tildrakizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	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
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____mg ogni _____gg	

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

□	Apremilast***_____	_____mg ogni _____gg	
□	Bimekizumab _____	_____mg sc ogni _____gg	
□	Brodalumab _____	_____mg ogni _____gg	
□	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
□	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____mg ogni _____gg	
□	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____mg infusione ogni _____settimane	
□	Ixekizumab _____	_____mg sc mantenimento ogni _____settimane	
□	Risankizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	Secukinumab _____	_____mg ogni_____settimane	
□	Tildrakizumab _____	_____mg sc ogni _____settimane	
□	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

_____

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

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° _____

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

PRIMA PRESCRIZIONE:

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
TNFi			
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg in fase di induzione	
□	Golimumab _____	_____ mg in fase di induzione____ mg ogni ___ mesi	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
Anti-integrine			
□	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ev ogni _____ settimane	
Anti-interleuchine			
□	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ settimane	
□	Risankizumab _____	_____ mg infusione ev 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) per <u>COLITE ULCEROSA</u>**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:
□ <u>Colite Ulcerosa grave</u> (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
□ <u>Colite Ulcerosa di grado moderato</u> (*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;

***** IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ per ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCHINE (USTEKINUMAB E RISANKIZUMAB) per <u>MALATTIA di CROHN</u>** (da compilare solo in caso di prima prescrizione)

Indicazione rimborsata: Malattia di Crohn moderata/grave (HBI HARVEY-BRADSHAW INDEX 8) in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), in presenza di almeno una delle seguenti situazioni cliniche:
- dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica, in presenza di resistenza, intolleranza o bilancio beneficio/rischio valutabile come negativo per gli immunosoppressori;
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale in pazienti che hanno avuto una risposta inadeguata (*primary failure*), hanno perso la risposta (*secondary failure*) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni ai farmaci biologici anti-TNF.

A SEVERITA' DELLA MALATTIA
□ Malattia di Crohn moderata/grave (HBI-HARVEY-BRADSHAW INDEX 8), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori),

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

B TERAPIA STEROIDEA (almeno 1 fra i seguenti criteri)

□ Dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori (ad esempio azatioprina).

_____

Indicare l'immunosoppressore

□ Resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale.

_____

Specificare se resistente o il tipo di intolleranza o controindicazione

C TERAPIA PRECEDENTE CON FARMACI BIOLOGICI ANTI-TNF (almeno 1 fra i seguenti criteri)

□ Risposta inadeguata (primary failure) o perdita di risposta (secondary failure) ad anti-TNF

_____

Specificare il/i farmaco/i

□ Intolleranza/controindicazione ad anti-TNF

_____

Specificare il/i farmaco/i

DATA_____ DURATA DELLA TERAPIA (**max. 6 mesi**) _____

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

_____

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

_____

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

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 e risankizumab) 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
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
□	Filgotinib _____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Golimumab	_____ mg ogni _____ mesi	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
□	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
□	Upadacitinib _____	_____ mg ogni_____ gg	

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

□	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
□	Risankizumab _____	_____ mg ___ ogni _____ settimane	
□	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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	☐ ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
☐ ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	☐ ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-integrine, ☐ 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

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-integrine, ☐ 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
□	Adalimumab*_____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
□	Filgotinib _____	_____ mg ogni_____ gg	
□	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
□	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
□	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
□	Upadacitinib _____	_____ mg ogni_____ gg	

□	Ustekinumab _____	____ mg sc mantenimento ogni ___ settimane	
□	Risankizumab _____	_____ mg ___ ogni _____ settimane	
□	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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	☐ ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
☐ ha fallito* il trattamento precedente con ≥ 1 TNFi.	☐ ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-integrine, ☐ 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

☐ 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
Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:	*Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:*
☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	☐ la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento	☐ è stato informato sui rischi associati al trattamento
	☐ ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: ☐ TNFi ☐ anti-integrine, ☐ 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

_____

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

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

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

Prontuario Terapeutico Regionale

Versione 10

DCA n. 66 del 06.03.2024

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

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 addiozionale	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
iniez 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 10 - DCA 66/2024

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/Algeldrato	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	Floroglucinolo	im,ev	RR	A							
A03AX13	Siliconi	os	OTC/SOP	C							
A03B	**Belladonna e Derivati, non associati**										
A03BA	**Alcaloidi della bella donna, amine terziarie**										
A03BA01	Atropina Solfato	ev,im,sc	RRL/OSP	A/C							
A03BB	**Alcaloidi della Belladonna Semisintetici, Composti Ammonici Quaternari**										
A03BB01	Scopolamina Butilbromuro	os,im,ev	SOP/OTC/RR	C/C/A							
A03BB05	Cimetropio Bromuro	os,im,ev	RR	A/C							
A03D	**Antispastici associati ad Analgesici**										
A03DB	**Belladonna e derivati associati ad Analgesici**										
A03DB04	Scopolamina Butilbromuro/Paracetamolo	os	OTC	C							
A03F	**Procinetici**										
A03FA	**Procinetici**										
A03FA01	Metoclopramide Cloridrato	os,ev,im	RR/OTC	A/C							
A03FA03	Domperidone	os	RR	C							
A03FA05	Alizapride Cloridrato	os,im,ev	RR	A/C							
A04	**Antiemetici ed Antinausea**										
A04A	**Antiemetici ed Antinausea**										
A04AA	**Antagonisti della Serotonina (5HT3)**										
A04AA01	Ondansetrone	os,im,ev	RR/OSP	A/H							
A04AA02	Granisetrone Cloridrato	os,im,ev,td	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A04AA03	Tropisetrone 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 Ursodesossicolico	os	RR	A	2						
A05AA03	Acido colico	os	RNRL	H							Orphandrug
A05AA04	Acido obeticolico	os	RRL	H		Piano Terapeutico cartaceo AIFA					Orphandrug
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico Diidrato	os	RR	A	2						
A05AX	**Altri farmaci per la terapia biliare**										
A05AX04	Maralixibat	os	RRL	H							Farmaci malattie rare
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 Associazioni	os	RR	C							
A06AG	**Clismi**										
A06AG01	Sodio Fosfato Monobasico/Sodio Fosfato Bibasico	ret	OTC	C							
A06AG10	Docusato Sodico/Sorbitolo	ret	OTC	C							
A06AH	**Antagonisti dei recettori oppioidi periferici**										
A06AH01	Metilnaltrexone bromuro	sc	RR	A	90						
A06AH03	Naloxegol	os	RR	A	90						
A06AH05	Naldemedina	os	RR	A	90						Monitoraggio addizionale
A06AX	**Altri Lassativi**										
A06AX01	Glicerolo	ret	OTC	C							
A07	**Antidiarroici, Antinfiammatori ed Antimicrobici Intestinali**										
A07A	**Antimicrobici Intestinali**										
A07AA	**Antibiotici**										
A07AA02	Nistatina	os	RR	A							
A07AA06	Paromomicina	os	RR	A							
A07AA07	Amfotericina B	os	RR	C							
A07AA11	Rifaximina	os	RR/RRL	A			PHT			DPC	
A07AA12	Fidaxomicina	os	OSP	H							
A07AA51	Bacitracina/Neomicina	os	RR	C							
A07BA	**Preparati a base di Carbone**										
A07BA01	Carbone Medicinale	os	OTC	C							
A07D	**Antipropulsivi**										
A07DA	**Antipropulsivi**										
A07DA03	Loperamide	os	OTC	C							
A07E	**Antinfiammatori Intestinali**										
A07EA	**Corticosteroidi per uso topico**										
A07EA02	Idrocortisone	ret	RR	A							Farmaci malattie rare
A07EA07	Beclometasone	os,ret	RR	A							
A07EC	**Acido Aminosalicilico ed Analoghi**										
A07EC01	Sulfasalazina	os	RR	A							
A07EC02	Mesalazina	os,ret	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
A10AB05	Insulina Aspart	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB05	Insulina Aspart biosimilare	sc	RR	A							
A10AB06	Insulina Glulisina	sc	RR	A							
A10AC	**Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione intermedia**										
A10AC01	Insulina Umana Isofano da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AC04	Insulina Lispro da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AD	**Insuline ed analoghi iniettabili, azione intermedia e rapida in associazione**										
A10AE	**Insuline ed Analoghi, ad azione lenta**										
A10AE04	Insulina Glargine	sc	RR	A			PHT			DPC	
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	Canagliflozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD19	Empagliflozin + 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 + dapagliflozin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

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	Ertugliflozin + 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	**Tiazolindioni**										
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 Ipoglicemizzanti 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	Canagliflozin	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	**Polivitaminici associati**										
A11AA	**Polivitaminici associati a minerali**										
A11AA04	Complesso Vitaminico/Sali Minerali	os	OTC	C							
A11B	**Polivitaminici, non associati**										
A11C	**Vitamine A e D, comprese le loro associazioni**										
A11CA	**Vitamina A, non associata**										
A11CA01	Retinolo Palmitato	os	RR	C							
A11CC	**Vitamina D ed Analoghi**										
A11CC01	Ergocalciferolo	im	RR	A							
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	RR	A							
A11CC03	Alfacalcidolo	os	RR	A							
A11CC04	Calcitriolo	os,ev	RR/RNRL	A/H							
A11CC05	Colecalciferolo	os,im	RR	A	96						
A11CC06	Calcifediolo	os	RR	A	96						
A11D	**Vitamina B1 sola o in associazione con Vit. B6 e Vit. B12**										
A11DA	**TIAMINA (VITAMINA B1), NON ASSOCIATA**										
A11DA01	Tiamina cloridrato	im	RR	C							
A11DB	**Vitamina B1, in associazione con Vit. B6 E/O Vit. B12**										
A11DB	Tiamina/Cianocobolamina	os,im	RR	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Idroxocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbossilasi/Piridossina/Cianocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbossilasi/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 10 - DCA 66/2024

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 carglumico	os	RNRL	A			PHT				
A16AA06	Betaina anidra	os	RNRL	A			PHT				
A16AA07	Metreleptina	ev	RRL	H							Orphandrug
A16AB	**Enzimi**										
A16AB02	Imiglucerasi	ev	OSP	H							
A16AB03	Agalsidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB04	Agalsidasi beta	ev	OSP	H							
A16AB05	Laronidasi	ev	RR	H							
A16AB07	A-glucosidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB08	Galsulfase	ev	OSP	H							
A16AB09	Idursulfase	ev	RR	H							Monitoraggio addizionale
A16AB10	Velaglucerasi alfa	ev	RR	H							Orphandrug
A16AB12	Elosulfase alfa	ev	OSP	H							Orphandrug
A16AB14	Sebelipasi alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
A16AB15	Velmanase alfa	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
A16AB17	Cerliponase alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H							Orphandrug
A16AB21	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
A16AB22	Avalglucosidasi alfa	ev	RR	H							Farmaci malattie rare
A16AB25	Olipudasi	ev	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
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				Orphandrug
A16AX12	Trientina diidrocloridrato	os	RNRL	A			PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AX12	Trientina tetraidrocloridrato	os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
A16AX14	Migalastat	os	RRL	A			PHT				Orphandrug
A16AX16	Givosiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug
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							
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							Orphandrug

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Simoctocog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Lonoctocog	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	Damoctocog 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	Orphandrug
B02BD04	Albutrepenonacog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphandrug
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 Coaugulazione 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	Catridecacog	ev	OSP	H							
B02BD14	Susoctocog alfa	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
B02BD15	Valoctocogene roxaparvovec	ev	OSP	H							Farmaci malattie rare
B02BX	**Altri Emostatici Per Uso Sistemico**										
B02BX01	Etamsilato	os,im	RR	C							
B02BX04	Romiplostim	sc	RR	H							
B02BX05	Eltrombopag	ev,os	RR	H							
B02BX06	Emicizumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
B02BX07	Lusutrombopag	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
B02BX08	Avatrombopag	os	RR	H							Farmaci malattie rare
B02BX09	Fostamatinib	os	RRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
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	Carbossimaltosio ferrico	ev	OSP	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	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	Darbepoietina Alfa	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina 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**										
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	iniez loc	RR	A							
B06AA49	Promelasi	os	RR	C							
B06AA49	Serrapeptasi	os	RR	C							
B06AB01	Emina	ev	OSP	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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				Orphandrug
B06AX	**Altri agenti ematologici**										
C	**SISTEMA CARDIOVASCOLARE**										
C01	**Terapa Cardiaca**										
C01A	**Glucosidi Cardiaci**										
C01AA	**Glucosidi Digitalici**										
C01AA05	Digossina	os,im	RR	A							
C01AA08	Metildigossina	os,ev	RR	A							
C01B	**Antiaritmici, Classe I E III**										
C01BA	**Antiaritmici, Classe I A**										
C01BA01	Chinidina	os	RR	A							
C01BA49	Diidrochinidina Cloridrato	os	RR	A							
C01BB	**Antiaritmici, Classe I B**										
C01BB02	Mexiletina Cloridrato	os,ev	RR	A					SI		
C01BC	**Antiaritmici, Classe I C**										
C01BC03	Propafenone	os,ev	RR	A							
C01BC04	Flecainide Acetato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD	**Antiaritmici, Classe III**										
C01BD01	Amiodarone Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD05	Ibutilide Fumarato	ev	OSP	C							
C01BD07	Dronedarone	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
C01C	**Stimolanti Cardiaci, esclusi i Glicosidi Cardiaci**										
C01CA	**Adrenergici e Dopaminergici**										
C01CA01	Etilefrina Cloridrato	os,ev,im	RR	C							
C01CA02	Isoprenalina cloridrato	ev	RR	C							
C01CA03	Noradrenalina	im	OSP	H							
C01CA04	Dopamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA07	Dobutamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA17	Midodrina Cloridrato	os,im	RR	C							
C01CA19	Fenoldopam Mesilato	ev	OSP	H							
C01CA24	Epinefrina	im,ev	RR	A/H		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							
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**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C02AC01	Clonidina	os,td,im	RR/OSP	A/H							
C02AC05	Moxonidina	os	RR	A							
C02C	**Sostanze Antiadrenergiche ad azione periferica**										
C02CA	**Bloccanti dei Recettori Alfa-Adrenergici**										
C02CA04	Doxazosinamesilato	os	RR	A							
C02CA06	Urapidil Cloridrato	ev	OSP	H							
C02DD	**Derivati Nitroferricianurici**										
C02DD01	Sodio Nitroprussiato Anidro	ev	OSP	C							
C02K	**Altri antipertensivi**										
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
C02KX02	Ambrisentan	os	RRL	A			PHT				
C02KX03	Sitaxentan sodico	os	RRL	H							
C02KX04	Macitentan	os	RRL	A			PHT				Orphandrug
C02KX05	Riociguat	os	RRL	A		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,im	RR/OSP	A/H							
C03CA03	Piretanide	os	RR	C							
C03CA04	Torasemide	ev,os	RR/OSP	H/A							
C03CC	**Derivati dell'acido arilossacetico**										
C03CC01	Acido 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	Amiloride Cloridrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C03EA14	Butizide E Farmaci Risparmiatori Di Potassio	os	RR	A							
C03EB	**Diuretici ad azione diuretica maggiore associata a Farmaci risparmiatori di Potassio**										
C03EB01	Furosemide/Triamterene	os	RR	A							
C03EB01	Furosemide/Spironolattone	os	RR	A							
C03XA	**Antagonista della vasopressina**										
C03XA01	Tolvaptan	os	RNRL	*A/H		*Scheda multifarmaco semplificata	*PHT				*Monitoraggio addizionale
C04	**Vasodilatatori Periferici**										
C04A	**Vasodilatatori Periferici**										
C04AD	**Derivati Purinici**										
C05	**Vasoprotettori**										
C05A	**Antiemorroidali per uso topico**										
C05AA	**Prodotti a base di Corticosteroidi**										
C05AA01	Idrocortisone/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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Landiolol Cloridrato	ev	OSP	C							
C07AG	**Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici**										
C07AG01	Labetalolo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AG02	Carvedilolo	os	RR	A							
C07CB	**Betabloccanti Selettivi ed altri Diuretici**										
C07CB03	Atenololo/Indapamide	os	RR	A							
C07CB53	Atenololo/Clortalidone	os	RR	A							
C07CG	**Alfa e Betabloccanti ed altri Diuretici**										
C07CG01	Labetalolo/Clortalidone	os	RR	C							
C08	**Calcioantagonisti**										
C08C	**Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare**										
C08CA	**Derivati Diidropiridinici**										
C08CA01	Amlodipina	os	RR	A							
C08CA02	Felodipina	os	RR	A							
C08CA03	Isradipina	os	RR	A							
C08CA04	Nicardipina	os	RR	A							
C08CA05	Nifedipina	os	RR	A							
C08CA06	Nimodipina	os,ev	RR/OSP	C/H							
C08CA07	Nisoldipina	os	RR	A							
C08CA08	Nitrendipina	os	RR	A							
C08CA09	Lacidipina	os	RR	A							
C08CA12	Barnidipina	os	RR	A							
C08CA13	Lercanidipina Cloridrato	os	RR	A							
C08CA16	Clevidipina	ev	OSP	H							
C08D	**Calcioantagonisti Selettivi con effetto cardiaco diretto**										
C08DA	**Derivati Fenilalchilaminici**										
C08DA01	Verapamil	os,ev	RR	A							
C08DA02	Gallopamil	os	RR	A							
C08DB	**Derivati Benzotiazepinici**										
C08DB01	Diltiazem	os,im,ev	RR	A							
C09	**Sostanze ad azione sul Sistema Renina-Angiotensina**										
C09A	**Ace-Inibitori, Non Associati**										
C09AA	**Ace Inibitori, Non Associati**										
C09AA01	Captopril	os	RR	A							
C09AA02	Enalapril	os	RR	A							
C09AA03	Lisinopril Diidrato	os	RR	A							
C09AA04	Perindopriltert-butilamina	os	RR	A							
C09AA05	Ramipril	os	RR	A							
C09AA06	Quinapril	os	RR	A							
C09AA15	Zofenopril calcio	os	RR	A							
C09B	**Ace Inibitori, Associazioni**										
C09BA	**Ace Inibitori e Diuretici**										
C09BA01	Captopril/idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA02	Enalapril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA04	Perindopril/Indapamide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Piretanide	os	RR	A							
C09BA08	Cilazapril Monoidrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA15	Zofenopril/idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BB	**Ace Inibitori e Calcio Antagonisti**										
C09BB10	Verapamil Cloridrato/Trandolapril	os	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C09BX	**Ace Inibitori, Altre associazioni**										
C09BX05	Ramipril/bisoprololo	os	RR	A							
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	**Ipocolesterolemizzanti 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**										
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					Orphandrug
C10B	**Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni**										
C10BA	**Inibitori dell'HMG CoA reduttasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi**										
C10BA02	Ezetimibe/Sinvastatina	os	RR	A							
C10AB05	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**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
D01A	**Antimicotici per uso topico**										
D01AC	**Derivati Imidazolici eTriazolici**										
D01AC02	Miconazolo	loc	SOP	C							
D01AC03	Econazolo Nitrato	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 Argentica	loc	OSP	H							
D06BA51	Sulfadiazina Argentina + ac. ialuronico	loc	RR	C							
D06BB	**Antivirali**										
D06BB01	Idoxuridina	loc	RR	C							
D06BB03	Aciclovir	loc	RR	C							
D06BB10	Imiquimod 5%	loc	RRL	A		Piano Terapeutico cartaceo AIFA	PHT				
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	Diflucortolone Valerato	loc	RR	C/A	88						
D07AC14	Metilprednisolone Aceponato	loc	RR	A	88						
D07AD	**Corticosteroidi, molto attivi (Gruppo Iv)**										
D07AD01	Clobetasolo Propionato	loc	RR	A	88						
D07AD02	Alcinonide	loc	RR	A	88						
D07C	**Corticosteroidi, Associazioni con Antibiotici**										
D07CA	**Corticosteroidi deboli, Associazioni con Antibiotici**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Alitretionina	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							
G01AX	**Altri Antimicrobici ed Antisettici**										
G01AX12	Ciclopirox	vag	RR	C							
G01BA	**Antibiotici e corticosteroidi**										
G01BA	Idrocortisone + neomicona	vag	RR	C							
G02	**Altri Ginecologici**										
G02A	**Ossitocici**										
G02AB	**Alcaloidi della Segale Cornuta**										
G02AB01	Metilergometrina Maleato	os,im,ev	RR	A							
G02AD	**Prostaglandine**										
G02AD02	Dinoprostone	ev,vag	OSP	H							
G02AD03	Gemeprost	vag	OSP	H							
G02AD05	Sulprostone	ev	OSP	H							
G02AD06	Misoprostolo	vag/os	OSP	C							
G02C	**Altri preparati ginecologici**										
G02CA	**Simpaticomimetici, Tocolitici**										
G02CA01	Ritodrina	os,ev	RNR	A							
G02CA49	Isoxsuprina	ev,im	RNR	C							
G02CB	**Inibitori della Prolattina**										
G02CB03	Cabergolina	os	RNR	A							
G02CC	**Preparati Antinfiammatori per somministrazione vaginale**										
G02CC01	Ibuprofene Isobutanolammonio	vag	SOP	C							
G02CC02	Naproxene	vag	SOP	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G02CC03	Benzidamina Cloridrato	vag	SOP	C							
G02CX	**Altri Ginecologici**										
G02CX01	Atosiban Acetato	ev	OSP	H							
G03	**Ormoni Sessuali e Modulatori del Sistema Genitale**										
G03A	**Contraccettivi Ormonali Sistemici**										
G03AA	**Associazioni fisse estro-progestiniche**										
G03AA07	Levonorgestrel + Etinilestradiolo	os	RR	A							
G03AA10	Etinilestradiolo/Gestodene	os	RR	A							
G03AC	**Progestinici**										
G03AC03	Levonorgestrel	os	RNR	C							Monitoraggio addizionale
G03AC08	Etonogestrel	imp. sc	RNRL	C							
G03AD	**Contraccettivi d'emergenza**										
G03AD01	Levonorgestrel	os	RNR	C							
G03B	**Androgeni**										
G03BA	**Derivati del 3-oxoandrostene**										
G03BA03	Testosterone (enantato/undecanoato)	os,im,loc	RNRL	A*/C	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 Associzione**										
G03FB	**Preparati Sequenziali Estro-Progestinici**										
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	C							
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrogestone	os	RNR	C							
G03FB	Estradiolo Emiidrato/Trimegestone	os	RNR	A							
G03G	**Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione**										
G03GA	**Gonadotropine**										
G03GA01	Gonadotropina Corionica	im	RR	A							Monitoraggio addizionale
G03GA02	Menotropina	im	RR	A	74	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**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 k'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 triidrato	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	**Alri 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-Alfa Reduttasi**										
G04CB01	Finasteride	os	RR	A							
G04CB02	Dutasteride	os	RR	A							
G04CX	**Altri Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna**										
G04CX03	Mepartricina	os	RR	C							
H	**PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI**										
H01	**Ormoni Ipofisiari, Ipotalamici ed analoghi**										
H01A	**Ormoni del Lobo Anteriore dell'ipofisi ed analoghi**										
H01AA	**Acth**										
H01AA02	Tetracosactide Esacetato	ev	RR	C							
H01AC	**Somatropina ed Analoghi**										
H01AC01	Somatropina	im,sc	RRL	A	39	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01AC03	Mecasermina	sc	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
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							
H01BA02	Desmopressina Acetato	os,ev,im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01BA04	Terlipressina Acetato Pentaidrato	ev	OSP	H							
H01BB	**Oxitocina e Analoghi**										
H01BB02	Oxitocina	im,ev	OSP	H							
H01BB03	Carbetocina	ev	OSP	C							
H01C	**Ormoni Ipotalamici**										
H01CA	**Ormoni liberatori delle Gonadotropine**										
H01CA01	Gonadorelina	ev,sc	RR	C							
H01CA01	Gonadorelina	nas	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01CB	**Ormone Anticrescita**										
H01CB01	Somatostatina Acetato	ev	OSP	H							
H01CB02	Octreotide Acetato	sc,im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
H01CB03	Lanreotide Acetato	im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01CB05	Pasireotide	sc	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
H01CC	**Ormoni liberatori delle anti-gonadotropine**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Betametasone fosfato disodico	os,ev,im	RR	A							
H02AB02	Desametasone	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Acetato	im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Emisuccinato Sodico	ev,im	RR	A							
H02AB06	Prednisolone emisuccinato sodico	im	RR	C							
H02AB07	Prednisone	os	RR	A							
H02AB08	Triamcinoloneacetonide	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/lidocaina	im	RR	C							
H02C	**Preparati antisurrenalici**										
H02CA	**Anticorticosteroidi**										
H02CA02	Osilodrostat	os	RNRL	H							Farmaci malattie rare
H02CA03	Ketoconazolo	os	RNRL	A			PHT				Orphandrug
H03	**Terapia Tiroidea**										
H03A	**Preparati Tiroidei**										
H03AA	**Ormoni Tiroidei**										
H03AA01	Levotiroxina Sodica	os	RR	A							
H03AA02	Liotironina Sodica	os	RR	A							
H03AA03	Levotiroxina Sodica/Liotironina Sodica	os	RR	C							
H03B	**Preparati Antitiroidei**										
H03BB	**Derivati Imidazolici contenenti Zolfo**										
H03BB02	Tiamazolo	os	RR	A							
H03BB52	Tiamazolo/Dibromotirosina	os	RR	C							
H03BX	**Altri Preparati Antitiroidei**										
H03BX02	Dibromotirosina	os	RR	C							
H03C	**Terapia iodica**										
H03CA	Potassio ioduro	os,ev		gal							
H04	**Ormoni Pancreatici**										
H04A	**Ormoni Glicogenolitici**										
H04AA	**Ormoni Glicogenolitici**										
H04AA01	Glucagone	im	RR	A							
H05AA02	Teriparatide	sc	RR	A	79	Scheda Regionale DCA PT generico			SI		Monitoraggio addizionale
H05	**Calcio Omeostatici**										
H05B	**Ormoni Ntiparatiroidei**										
H05BA	**Preparati a Base di Calcitonina**										
H05BA01	Calcitonina (Sintetica, di Salmone)	im,ev	RR	A	41						
H05BX	**Altre soatanzeantiparatiroidee**										
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01CA04	Amoxicillina Triidrato	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/Sulbactam	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CR02	AmoxicillinaTriidrata 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	Ceftezolo	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							
J01DD12	Cefoperazone	im	RR	A							
J01DD13	Cefpodoxima proxetil	os	RR	A							
J01DD16	Cefditoren pivoxil	os	RR	A							
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H							
J01DE	**Cefalosporine di IV generazione**										
J01DE01	Cefepime Dicloridrato Monoidrato	im,ev	RR	A	55	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	Ceftobiprolo	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 Treimetoprim, inclusi i derivati**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01EE01	Sulfametoxazolo E Trimetoprim	os,ev	RR	A							
J01F	**Macrolidi, Lincosamidi e Streptogramine**										
J01FA	**Macrolidi**										
J01FA01	Eritromicina	os,ev,im	RR	A							
J01FA02	Spiramicina	os	RR	A							
J01FA03	Midecamicina	os	RR	A							
J01FA06	Roxitromicina	os	RR	A							
J01FA09	Claritromicina	os,ev	RR	A							
J01FA10	Azitromicina	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01FA12	Rokitamicina	os	RR	A							
J01FA14	Fluritromicina	os	RR	A							
J01FA15	Telitromicina	os	RR	A							
J01FF	**Lincosamidi**										
J01FF01	Clindamicina	os,im,ev	RR	A							
J01FF02	Lincomicina Cloridrato	os,im,ev	RR	A							
J01FG	**Streptogramine**										
J01FG02	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							Orphandrug
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							
J01MA23	Delafloxacina	os,ev	RNRL/OSP	A		**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	PHT				
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 Trometamolo	os	RR	A/C							
J01XX01	Fosfomicina sodica	ev	OSP	H							
J01XX08	Linezolid	os,ev	RNRL/OSP	A/H			PHT			DPC	
J01XX09	Daptomicina	ev	OSP	H							
J01XX11	Tedizolid fosfato	os,ev	RNRL/OSP	A/H		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**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Orphandrug
J02AX	**Altri Antimicotici per uso sistemico**										
J02AX01	Flucitosina	ev	OSP	H							
J02AX04	Caspofungin	ev	OSP	H							
J02AX05	Micafungin	ev	OSP	H							
J02AX06	Anidulafungin	ev	OSP	H							
J04	**Antimicobatterici**										
J04A	**Farmaci per il trattamento della Tubercolosi**										
J04AB	**Antibiotici**										
J04AB02	Rifampicina	os,ev	RR	A							
J04AB03	Rifamicina Sodica	im,ev,intratec	RR	C							
J04AB04	Rifabutina	os	RR	A	56						
J04AC	**Idrazidi**										
J04AC01	Isoniazide	os,im,ev	RR	A/C							
J04AK	**Altri Farmaci per il trattamento della Tubercolosi**										
J04AK01	Pirazinamide	os	RR	A							
J04AK02	Etambutolo Cloridrato	os,ev,im	RR	A/C							
J04AK05	Bedaquilina	os	RNRL	H							Orphandrug
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H							Orphandrug
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J04AM	**Associazioni di Farmaci per il trattamento della Tubercolosi**										
J04AM	Etambutolo-Isoniazide-Piridossina	os	RR	A							
J04AM02	Rifampicina/Isoniazide	os	RR	A							
J04AM05	Isoniazide/Pirazinamide/Rifampicina	os	RR	A							
J04B	**Farmaci per il trattamento della lebbra**										
J04BA	**Farmaci per il trattamento della lebbra**										
J05	**Antivirali per Uso Sistemico**										
J05A	**Antivirali ad Azione Diretta**										
J05AB	**Nucleosidi e Nucleotidi, esclusi gli Inibitori della Transcrittasi Inversa**										
J05AB01	Aciclovir	os,ev	RR/OSP	A/H	84						
J05AB06	Ganciclovir	ev	OSP	H							
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AE14	Simeprevir	os	RNRL	A							
J05AE30	Nirmatrelvir/ritonavir	os	RNR	A			PHT			Si	
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				
JO5AP55	Sosfosbuvir/Velpatasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP56	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP57	Glecaprevir/Pibrentasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			
J05AR	**Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV, associazioni**										
J05AR01	Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR02	Abacavir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR04	Abacavir/Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR06	Emtricitabina/Efavirenz/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR08	Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR09	Cobocistat/Elvitegravir/Emtricitabina/tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR10	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AR13	Abacavir/Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR14	Cobocistat/Darunavir	os	RNRL	H							
J05AR15	Atazanavir/Cobicistat	os	RNRL	H							
J05AR17	Emtricitabina/tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR18	Cobicistat/emtricitabina/Elvitegravir/tenofovir alafenamide	ev	RNRL	H							
J05AR19	Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR20	Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR21	Dolutegravir/Rilpivirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR22	Cobocistat/Darunavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR25	Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AX	**Altri Antivirali**										
J05AX07	Enfuvirtide	sc	RNRL	H							
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H							
J05AX10	Maribavir	os	RRL	A			PHT	Innovatività condizionata			
J05AX14	Daclatasvir	os	RNRL	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AX15	Sofosbuvir	os	RNRL	C							
J05AX18	Letermovir	os,ev	RRL/OSP	A/H		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
J05AX28	Bulevirtide	sc	RNRL	A			PHT	Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
J05AX29	Fostemsavir	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AX31	Lenacapavir	os/sc	RNRL	H							
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'hemophillusInfluenzae Tipo B**										
J07AH	**Vaccini Meningococcici**										
J07AJ	**Vaccini Pertossici**										
J07AL	**Vaccini Peneumococcici**										
J07AM	**Vaccini Tetanici**										
J07AN	**Vaccini della Tubercolosi**										
J07AP	**Vaccini Tifoidei**										
J07AX	**Altri Vaccini Batterici**										
J07B	**Vaccini Virali**										
J07BA	**Vaccini dell'Encefalite**										
J07BB	**Vaccini Influenzali**										
J07BC	**Vaccini Epatitici**										
J07BD	**Vaccini Morbillosi**										
J07BF	**Vaccini Poliomelitici**										
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**										
J07C	**Vaccini Batterici e Virali In Associazione**										
J07CA	**Vaccini Batterici eVirali In Associazione**										
L	**FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI**										
L01	**Antineoplastici**										
L01A	**Sostanze Alchilanti**										
L01AA	**Analoghi della Mostarda Azotata**										
L01AA01	Ciclofosfamide	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AA02	Clorambucile	os	RNR	A							
L01AA03	Melfalan	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AA05	Clormetina	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				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	OSP	H					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							Orphandrug
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 Podofillotossina**										
L01CB01	Etoposide	os,ev	OSP/RNR	H/A							
L01CD	**Taxani**										
L01CD01	Paclitaxel	ev	OSP	H					SI		
L01CD02	Docetaxel Anidro	ev	OSP	H							
L01CD04	Cabazitaxel	ev	OSP	H							
L01CE	**Inibitori della topoisomerasi (TOP1)**										
L01CE01	Topotecan Cloridrato	ev/os	OSP/RNRL	H/A							
L01CE02	Irinotecan Cloridrato 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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H							
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H							
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H							
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H							Orphandrug
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							
L01EE04	Selumetinib	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)**										
L01EL01	Ibrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
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 FOSFATIDILINOSITOLO-3-CHINASI (Pi3K)**										
L01EM03	Alpelisib	os	RNL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EN	**INIBITORI TIROSINA CHINASI FATTORE DI CRESCRITA 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
L01EX13	Gilteritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
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 DIFFERENZIAZIONE 20)**										
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L01FC	**INIBITORI DI CD38 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAZIONE 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 deruxtecan	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01FF	**INIBITORI DI PD-1/PDL-1 (PROT. MORTE CELLULARE PROG.1/LIG1)**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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-vegf			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			Orphandrug
L01FX08	Elotuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX09	Mogamulizumab	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
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	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX20	Tremelimumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX25	Mosunetuzumab	ev	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					Orphandrug
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					Orphandrug
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H					SI		Orphandrug
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XC21	Ramucirumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC26	Inotuzumab Ozoganomicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
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**										
L01XD03	Metilaminolevulinato	loc	USPL	H							
L01XD04	Acido idrocloro 5-aminolevulinico	os, td	OSP/USPL	C/H							
L01XD05	Temoporfin	ev	OSP	H							
L01XE	**Inibitori della protein chinasi**										
L01XE02	Gefitinib	os	RNRL	H							
L01XE03	Erlotinib cloridrato	os	RNRL	H							
L01XE04	Sunitinib maleato	os	RNRL	H					SI		
L01XE05	Sorafenib	os	RNRL	H							Orphandrug
L01XE09	Temsirolimus	ev	OSP	H							
L01XE11	Pazopanib	os	RNRL	H							
L01XE12	Vandetanib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE13	Afatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE17	Axitinib	os	RNRL	H							
L01XE18	Ruxolitinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE28	Ceritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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**										
L01XL03	Axicabtagene ciloleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XL06	Brexucabtagene autoleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XL07	Idacabtagene vicleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			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					Orphandrug
L01XX47	Idelalisib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XX50	Ixazomib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
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
L01XX71	Tisagenlecleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XX88	Lisocabtagene maraleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XY	**Associazioni antineoplastiche**										
L01XY01	Citarabina e Daunorubicina	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XY02	Pertuzumab e trastuzumab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L02	**Terapia endocrina**										
L02A	**Ormoni e Sostanze Correlate**										
L02AB	**Progestinici**										
L02AB01	Megestrolo 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	Leuprolelina (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		

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 correlare**										
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	Intereferone 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	Immunoglobuline equine anti-linfociti T	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L04AA06	Acido micofenolico	os	RNRL	A			PHT			DPC	
L04AA06	Acido micofenolico sale di mofetile	os	RNRL	A							
L04AA06	Micofenolato sodico	os	RNRL	A							
L04AA10	Sirolimus	os	RNR	A		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	Orphandrug
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							
L04AA31	Teriflunomide	os	RRL	A	65	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
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
L04AA50	Ponesimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA51	Anifrolumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L04AA52	Ofatumumab	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale
L04AA54	Pegcetacoplan	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
L04AA58	Efgartigimod alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
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			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							Orphandrug
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				
L04AF	**Inibitori delle JAK chinasi**										
L04AF01	Tofacitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AF02	Baricitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		
L04AF03	Upadacitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L04AF04	Filgotinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
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		Orphandrug
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**										
M01AE01	Ibuprofene	os	OTC/RR	C/A	66						
M01AE02	Naprossene	os	RR	A/C	66						
M01AE03	Ketoprofene	ev,os	RR	A	66						
M01AE09	Flurbiprofene	os	RR	A	66						
M01AE12	Oxaprozina	os	RR	A	66						
M01AE53	Ketoprofene/Sucralfato	os	OTC	C							
M01AX	**Altri Farmaci Antinfiammatori/Antireumatici, Non Steroidei**										
M01AX17	Nimesulide	os	RR	A	66						
M01CC	**Penicillamina e Sostanze Analoghe**										
M01CC01	Penicillamina	os	RR	A							Farmaci malattie rare
M02	**Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari**										
M02A	**Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari**										
M02AA	**Antinfiammatori Non Steroidei per uso Topico**										
M02AA05	Benzidamina	loc	SOP	C							
M02AA06	Etofenamato	loc	SOP	C							
M02AA07	Piroxicam	loc	SOP	C							
M02AA12	Naproxene	loc	RR	C							
M02AA15	Diclofenac	loc	RR	C							
M02AC	**Preparati a base di derivati dell'acido Salicilico**										
M02AC	Dietilamina Salicilato/Eparina Sodica	loc	OTC	C							
M02AC	Dietilamina Salicilato/Metile Nicotinato	loc	OTC	C							
M03	**Miorilassanti**										
M03A	**Miorilassanti ad azione periferica**										
M03AB	**Derivati Della Colina**										
M03AB01	Suxametonio Cloruro	ev	OSP	H							
M03AC	**Altri Composti Ammonici Quaternari**										
M03AC01	Pancuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC03	Vecuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC04	Atracurio Besilato	ev	OSP	H							
M03AC09	Rocuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC10	Mivacurio Cloruro	ev	OSP	H							
M03AC11	Cisatracurio Besilato	ev	OSP	C							
M03AX	**Altri Miorilassanti ad azione periferica**										
M03AX01	Tossina botulinica A 150 KDa (100 UI)	im	OSP	H					SI		Monitoraggio addizionale
M03AX01	Tossina botulinica B	im	OSP	H							
M03B	**Miorilassanti ad azione centrale**										
M03BX	**Altri Miorilassanti ad azione centrale**										
M03BX01	Baclofene	os,intratec	OSP	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 Zolendronico Monoidrato	ev	RNRL/OSP	H							
M05BA49	Sodio neridronato	ev	RNRL	H							
M05BB	**Bifosfonati, associazioni**										
M05BB03	Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo)	os	RR	A	79						
M05BX	**Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossea**										
M05BX03	Ranelato di stronzio	os	RR	A	79						
M05BX04	Denosumab	sc	RRL	A	79	PT web-based AIFA	PHT			DPC	
M05BX05	Burosumab	sc	RNL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
M05BX06	Romosozumab	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 Affezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico**										
M09A	**Altri Farmaci per le Affezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico**										
M09AB	**Enzimi**										
M09AB02	Collagenasi di clostridium histolyticum	intrales	OSP	H							
M09AX	**Altri Farmaci per le affezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico**										
M09AX01	Acido Ialuronico Sale Sodico Fraz.Hyalectin	im	RR	C							
M09AX03	Ataluren	os	RNRL	H							Orphandrug
M09AX07	Nusinersen	intrat	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
M09AX09	Onasemnogene Abeparvovec	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug
M09AX10	Risdiplam	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N	**SISTEMA NERVOSO**										
N01	**Anestetici**										
N01A	**Anestetici Generali**										
N01AB	**Idrocarburi Alogenati**										
N01AB06	Isoflurano	inal	OSP	H							
N01AB07	Desflurano	inal	OSP	H							
N01AB08	Sevoflurane	inal	OSP	H							
N01AF	**Barbituri, Non Associati**										
N01AF03	Tiopental Sodico	ev	OSP	H							
N01AH	**Anestetici Oppioidi**										
N01AH01	Fentanil Citrato	ev,loc,os	OSP	H/A							
N01AH02	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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 Benzomorfano**										
N02AD01	Pentazocina Lattato	ev,im,sc	RNR	A							
N02AE	**Dervita 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	Tramadolo Cloridrato	os,im,ev	RNR	C/A							
N02AX06	Tapentadolo	os	RNR	A							
N02AX52	Tramadolo/Paracetamolo	os	RNR	C							
N02B	**Altri Analgesici ed Antipiretici**										
N02BA	**Acido Acetilsalicilico e derivati**										
N02BA01	Acido Acetilsalicilico	os,im,ev	OTC/RR	C/A							
N02BA51	Acido Acetilsalicilico/Magnesio Idrossido/Algeldrato	os	OTC	H							
N02BE	**Anilidi**										
N02BE01	Paracetamolo	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	**Antiemicranici**										
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N03AA03	Primidone	os	RR	A							
N03AA04	Barbexaclone	os	RNR	A							
N03AB	**Derivati dell'idantoina**										
N03AB02	Fenitoina Sodica	im,ev,os	OSP/RR	H/A							
N03AD	**Derivati della Succinimide**										
N03AD01	Etosuccimide	os	RR	A							
N03AE	**Derivati Benzodiazepinici**										
N03AE01	Clonazepam	os	RR	A							
N03AF	**Derivati della Carbossamide**										
N03AF01	Carbamazepina	os	RR	A							
N03AF02	Oxacarbamazepina	os	RR	A							
N03AF03	Rufinamide	os	RRL	A							
N03AF04	Eslicarbazepina acetato	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N03AG	**Derivati degli Acidi Grassi**										
N03AG01	Sodio Valproato	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
N03AG01	Valproato di Magnesio	os	RR	A							
N03AG02	Valpromide	os	RR	A							Monitoraggio addizionale
N03AG04	Vigabatrin	os	RR	A							
N03AG06	Tiagabina	os	RR	A							
N03AX	**Altri Antiepilettici**										
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							
N04BA07	Foslevodopa e foscarbidopa	sc	RRL	H							
N04BB	**Derivati dell'adamantano**										
N04BB01	Amantadina Cloridrato	os	RR	C							
N04BC	**Agonisti della Dopamina**										
N04BC01	BromocriptinaMesilato	os	RR	A							
N04BC02	Pergolide	os	RR	A							
N04BC03	Diidroerogcriptina Mesilato	os	RR	C							
N04BC04	Ropinirolo	os	RR	A							
N04BC05	Pramipexolo	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Levomepromazina Maleato	os	RR	A							
N05AA03	Promazina	os,im,ev	RR/RNR	C							
N05AB	**Fenotiazine con Struttura Piperazinica**										
N05AB02	Flufenazina Decanoato	im	RNR	A							
N05AD	**Derivati del Butirrofenone**										
N05AD01	Aloperidolo	os,ev,im	RR/RNR/OSP	A/H							
N05AE	**Derivati dell'Indolo**										
N05AE04	Ziprasidone Cloridrato	os	RR	A			PHT				
N05AE05	Lurasidone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05AF	**Derivati del Tioxantene**										
N05AF05	Zuclopentixolo	os,im	RNR/RR	A/C							
N05AG	**Derivati della Difenibutilpiperidina**										
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	Amisulpride	os	RR	A							
N05AL49	Levosulpiride	os,ev,im	RR	A/C							
N05AN	**Litio**										
N05AN01	Litio Carbonato	os	RR	A							
N05AX	**Altri Antipsicotici**										
N05AX08	Risperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX12	Aripiprazolo	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT				
N05AX13	Paliperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX15	Cariprazina Cloridrato	os	RR	A			PHT			DPC	
N05AX16	Brexpiprazolo	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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05BA11	Prazepam (ad az lunga)	os	RR	C							
N05BA12	Alprazolam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA19	Etizolam	os	RR	C							
N05BB	**Derivati del Difenilmetano**										
N05BB01	Idroxizima Dicloridrato	im	RR	C							
N05BE	**Ansiolitici derivarti 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							
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	**Psicoanalettici**										
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	**Simpaticomimetici 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 xantinici**										
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N06BX13	Idebenone	os	RR/RRL	A/C		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
N06BX49	Glicerofosforiletanolamina	os	RR	C							
N06C	**Psicolettici e Psicoanalettici 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 (bromidato)	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**										
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			Orphandrug
N07XX15	Inotersen	sc	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N07XX18	Vutrisiran	sc	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
P	**FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI**										
P01	**Antiprotozoari**										
P01A	**Sostanze contro l'amebiasi ed altre Affezioni Protozoarie**										
P01B	**Antimalarici**										
P01BF05	Piperachinatetrafosfatodiidroartemisina	os	RR	C							
P01C	**Sostanze contro la Leishmaniosi e la Tripanosomiasi**										
P01CX01	Pentamidina Isetionato	ev	RRL	A			PHT				
P02	**Antielmintici**										
P03	**Ectoparassiticidi, 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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
R03AK04	Salbutamolo SolfatoFlunisolide	inal	RR	A							
R03AK06	Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Proprionato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03AK07	Budesonide/FormoteroloFumarato	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 trifenatato	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 aclidinio/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							Orphandrug
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	Aclidinio 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**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
R03DA	**Derivati Xantinici**										
R03DA04	Teofillina 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	Monitoraggio addizionale
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A		PT cartaceo AIFA	PHT				
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							
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	Diidrocoideina + 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 dicloroidrato	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			Orphandrug
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
R07AX31	Tezacaftor/ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Orphandrug
S	**ORGANI DI SENSO**										
S01	**Oftalmologici**										
S01A	**Antimicrobici**										
S01AA	**Antibiotici**										
S01AA02	Clortetraciclina	loc	RR	C							
S01AA11	Gentamicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA12	Tobramicina	loc	RR	C							
S01AA22	Micronomicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA23	Netilmicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA30	Cloramfenicolo + Colistimetato Di Sodio + Tetraciclina	loc	RR	C							
S01AB	**Sulfonamidi**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01AB04	Sulfacetamide (Sale Sodico)	loc	RR	C							
S01AD	**Antivirali**										
S01AD01	Idoxuridina	loc	RR	A							
S01AD03	Aciclovir Sodica	loc	RR	A							
S01AX	**Altri Antimicrobici**										
S01B	**Antinfiammatori**										
S01BA	**Corticosteroidi, Non Associati**										
S01BA01	Desametasone	loc,intravitr	RR/RRL	C/H							
S01BA05	Triamcinolone	intravitr	OSP	H							
S01BA07	Fluorometolone	loc	RR	C							
S01BA15	Fluocinolone acetonide	intravitr	OSP	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
S01BC	**Antinfiammatori Non Steroidei**										
S01BC10	Nepafenac	loc	RR	H							
S01C	**Antinfiammatori ed Antimicrobici In Associazione**										
S01CA	**Corticosteroidi ed Antimicrobici In Associazione**										
S01CB	**Corticosteroidi/Antimicrobici/Simpaticomimetici In Associaz.**										
S01CB01	Desametasone	loc	RR	C							
S01E	**Preparati Antiglaucoma e Miotici**										
S01EA	**Simpaticomimetici per la terapia del Glaucoma**										
S01EA03	Apraclonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA04	Clonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA05	Brimonidina Tartrato	loc	RR	A							
S01EB	**Parasimpaticomimetici**										
S01EB01	Pilocarpina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EB08	Aceclidina	loc	RR	A							
S01EB09	Acetilcolina Cloruro	intraocul	OSP	C							
S01EC	**Inibitori dell'anidrasi 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	Tafluprost	loc	RR	A							
S01EX	**Altri Preparati Antiglaucoma**										
S01EX02	Dapiprazolo Cloridrato	loc	RR	C							
S01EX01	Latanoprost	loc	RR	A							
S01F	**Midriatici e Cicloplegici**										
S01FA	**Anticolinergici**										
S01FA01	Atropina Solfato	loc	RR	C							
S01FA04	Ciclopentolato Cloridrato	loc	RR	C							
S01FA06	Tropicamide	loc	RR	C							
S01FA56	Tropicamide/Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB	**Simpaticomimetici, esclusi I Preparati Antiglaucoma**										
S01FB01	Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB03	Ibopamina	loc	RR	C							
S01G	**Decongestionanti ed Antiallergici**										
S01GX	**Altri Antiallergici**										
S01GX03	Acido Spaglumico	loc	RR	C							
S01H	**Anestetici Locali**										
S01HA	**Anestetici Locali**										
S01HA02	Oxibuprocaina Cloridrato	loc	RR/RNL	C							
S01HA07	Lidocaina	loc	OSP	C							
S01J	**Diagnostici**										
S01JA	**Sostanze coloranti**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01JA01	Sodio fluoresceinato	loc	USPL	H					SI		
S01LA	**Sostanze antineovascolarizzazione**										
S01LA01	Verteporfina	ev	OSP	H							
S01LA03	Pegaptanib sodico	intravitr	OSP	H							
S01LA04	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					
S01LA05	Aflibercept	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					
S01LA06	Brolucizumab	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					Monitoraggio addizionale
S01LA09	Faricimab	intravitr	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf					Monitoraggio addizionale
S01X	**Altri Oftalmologici**										
S01XA	**Altri Oftalmologici**										
S01XA14	Eparina	loc	RR	C							
S01XA18	Ciclosporina	loc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Orphandrug
S01XA19	Cellule epiteliali corneali umane autologhe	imp. sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
S01XA20	Lacrime Artificiali ed Altri Preparati Indifferenti	loc	RR	C							
S01XA22	Ocriplasmina	intravitr	OSP	H							
S01XA24	Cenegermin	loc	RNRL	H							
S01XA27	Voretigenene neparvovec	sottoretinico	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug
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'iperkaliemia ed Iperfosfatemia**										
V03AE01	Sodio Polistiren Solfonato	os	RR	A							
V03AE02	Sevelamer	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE03	Lantanio carbonato idrato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V03AE04	Calcio acetato/Magnesio carbonato	os	RR	A							
V03AE05	Ossiidrossido 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							
V03AF09	Glucarpidasi	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**										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 10 - DCA 66/2024											
Codice ATC	**Descrizione**	**Via somm.**	**Tipo Ricetta**	**Classe SSN**	**Nota AIFA**	**PT/WEB- BASED**	**PHT**	**Farmaco innovativo**	**L. 648/96**	**DPC**	**Note**
V03AZ01	Etanolo (soluzione 50%)	os		gal							
V04	**Diagnostici**										
V04C	**Altri diagnostici**										
V04CD	**Test di funzionalità ipofisaria**										
V04CD01	Metirapone	os	RNRL	A			PHT				
V04CJ	**Test per la funzionalità tiroidea**										
V04CJ01	Tireotropina alfa	im	OSP	H					SI		
V07	**Tutti gli altri prodotti non Terapeutici**										
V07A	**Tutti gli altri prodotti non Terapeutici**										
V07AB	**Solventi e Diluenti, comprese le Soluzioni Detergenti**										
V07AB	Acqua Per Preparazioni Iniettabili FU	ev	OSP	A/C							
V07AC	**Prodotti ausiliari per la trasfusione del sangue**										
V07AY	**Altri prodotti ausiliari non terapeutici**										
V08	**Mezzi di Contrasto**										
V09	**Radiofarmaci diagnostici**										
V10	**Radiofarmaci terapeutici**										
V10B	**Palliativi del dolore (agenti osteofili)**										
V10BX	**Radiofarmaci palliativi del dolore vari**										
V10BX01	Stronzio Cloruro (89sr)	ev	OSP	H							
V10BX02	Samario 153SM lexidronampentasodico	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					Orphandrug

Allegato 4 DCA n. 66/2024

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-steroide ossidoreduttasi o deficit di Δ4-3-ossosteroide-5β-reduttasi in lattanti, bambini e adolescenti da 1 mese a 18 anni di età e negli adulti.	**Rete Malattie Rare**	
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	
A05AX04	**Maralixibat**	os	RRL	H		Indicato per il trattamento del prurito colestatico in pazienti affetti da sindrome di Alagille (ALGS) di età pari e superiore a due mesi	**Hub:** - Pediatria **Rete Malattie Rare**	
A05AX05	**Odevixibat sesquidrato**	os	RRL	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento della colestasi intraepatica familiare progressiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC) in pazienti di eta' pari o superiore ai sei mesi.	**AOU CZ:** - Fisiopatologia Digestiva **Rete Malattie Rare**	
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A06AH03	**Naloxegol**	os	RR	A	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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
A06AH05	**Naldemedina**	os	RR	A	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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 (DCA 70/2022)	90
A07AA11	**Rifaximina**	os	RR/RRL*	A-PHT		Riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di eta superiore 0 uguale a 18 anni	**Hub, Spoke e Ospedali Generali:** - Malattie infettive - Medicina Interna - Gastroenterologia	
A09AA02	**Pancrelipasi**	os	RR	A		Trattamento dell'insufficienza pancreatica esocrina causata da fibrosi cistica, pancreatite cronica, pancreatectomia, gastrectomia totale e resezioni gastriche parziali (Billrothl/II), ostruzione duttale da neoplasie (es. del pancreas o del coledoco)		
A09AA02	**Pancrelipasi 35000**	os	RRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta a fibrosi cistica o altre condizioni (p. es. pancreatite cronica, pancreatectomia o cancro pancreatico). Le capsule gastroresistenti sono indicate nei bambini, negli adolescenti e negli adulti.	**Hub e Spoke:** - Medicina Interna - Oncologia - Gastroenterologia - Pediatria **Centro Regionale Fibrosi Cistica**	
A10AE04	**Insulina Glargine 300**	sc	RR	A-PHT		Diabete mellito	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,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
A10AE04	**Insulina Glargine 100**	sc	RR	A-PHT		Diabete mellito	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello	
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	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10AE56	**Insulina degludec + liraglutide**	sc	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD07	**Sitagliptin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD08	**Vildagliptin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD09	**Alogliptin + pioglitazone**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD10	**Saxagliptin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD11	**Linagliptin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD13	**Alogliptin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD15	**Dapaglifozin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BD16	**Canagliflozin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD19	**Empagliflozin + linagliptin**	os	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Specialisti: Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista	100
A10BD19	**Empagliflozin + linagliptin**	os	RRL	A-PHT	**Ricetta DEMA**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**MMG/PLS** Il MMG può effettuare la prescrizione mediante ricetta DEMA, nel periodo di validità del PT (Sistema TS) redatto dallo specialista	100
A10BD20	**Empaglifozin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD21	**Saxagliptin + dapagliflozin**	os	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Specialisti: Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista	100
A10BD21	**Saxagliptin + dapagliflozin**	os	RRL	A-PHT	**Ricetta DEMA**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**MMG/PLS** Il MMG può effettuare la prescrizione mediante ricetta DEMA, nel periodo di validità del PT (Sistema TS) 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
A10BD23	**Ertuglifozin + metformina**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BD24	**Ertuglifozin + sitagliptin**	os	RRL	A-PHT	**Ricetta DEMA**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**MMG/PLS** Il MMG può effettuare la prescrizione mediante ricetta DEMA, nel periodo di validità del PT (Sistema TS) redatto dallo specialista	100
A10BD24	**Ertuglifozin + sitagliptin**	os	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello Specialisti: Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista	100
A10BH01	**Sitagliptin**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BH02	**Vildagliptin**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BH03	**Saxagliptin**	os	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BH04	**Alogliptin**	os	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BH05	**Linagliptin**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BJ01	**Exenatide**	sc	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BJ02	**Liraglutide**	sc	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BJ03	**Lixisenatide**	sc	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BJ05	**Dulaglutide**	os	RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A10BJ06	**Semaglutide**	sc,os	RRL/RR	A	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BK01	**Dapaglifozin**	os	RR/RRL	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
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 **INRCA Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza**	
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	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A10BK03	**Empaglifozin**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	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 - PO Pugliese-Ciaccio AOU Catanzaro **INRCA Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza**	
A10BK04	**Ertuglifozin**	os	RR	A-PHT	**PT Sistema TS**	Per i pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2	**Rete Assistenziale Diabetologica Calabrese** (DCA n. 11/2018). Ambulatori I,II,III livello **MMG/PLS** **Specialisti:** Diabetologo, Endocrinologo, Geriatra, Internista, Cardiologo, Nefrologo	100
A12AA12	**Calcio acetato anidro**	os	RR	A			**Hub e Spoke:** - Nefrologia - Emodialisi	
A16AA01	**Levocarnitina**	ev	RR	A-PHT		carenza primaria di carnitina	**Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Generale	8
A16AA01	**Levocarnitina**	ev	RR	A-PHT		carenza di carnitina secondaria a trattamento dialitico	**Hub e Spoke:** - Nefrologia - Emodialisi	8
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	**Hub:** - Nefrologia - Pediatria **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AA05	**Acido carglumico**	os	RNRL	A-PHT			**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia - Pediatria - Medicina Generale	
A16AA06	**Betaina anidra**	os	RNRL	A-PHT			**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Pediatria - Medicina Generale - Epatologia - Nefrologia	
A16AA07	**Metreleptina**	ev	RRL	H		Indicato in aggiunta alla dieta come terapia sostitutiva per il trattamento delle complicanze da deficit di leptina in pazienti affetti da lipodistrofia (LD): • 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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Endocrinologo - Pediatra	
A16AB02	**Imiglucerasi**	ev	OSP	H		Terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine, in pazienti con diagnosi confermata di Malattia di Gaucher non neuropatica (Tipo 1) o neuropatica cronica (Tipo 3), i quali evidenzino inoltre significative manifestazioni cliniche non neurologiche della malattia	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AB04	**Agalsidasi beta**	ev	OSP	H		Terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di malattia di Fabry (carenza di a-galattosidasi A)	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AB05	**Laronidasi**	ev	RR	H		Terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di Mucopolisaccaridosi I (MPS I; deficit di a-L-iduronidasi), per il trattamento delle manifestazioni non neurologiche della patologia	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
A16AB07	**Alglucosidasi alfa**	ev	OSP	H		Terapia enzimatica sostitutiva (ERT) a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di malattia di Pompe (deficit di a-glucosidasi acida). Indicato negli adulti e nei pazienti pediatrici di qualsiasi eta'	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AB09	**Idursulfasi**	ev	RR	H		Trattamento a lungo termine dei pazienti con sindrome di Hunter (mucopolisaccaridosi II, MPS II)	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AB10	**Velaglucerasi alfa**	ev	RR	H		Terapia enzimatica sostitutiva (TES) a lungo termine in pazienti affetti da malattia di Gaucher di tipo 1	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Hub:** - Endocrinologia - Pediatria - Neonatologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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)	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AB19	**Pegvaliase**	sc	RRL	H		Indicato per il trattamento di pazienti affetti da fenilchetonuria (PKU), di eta' 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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	
A16AB22	**Avalglucosidasi alfa**	ev	RR	H		Indicato per la terapia enzimatica sostitutiva (enzyme replacement therapy, ERT) a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di malattia di Pompe (deficit di a- glucosidasi acida)	**Rete Malattie Rare**	
A16AB25	**olipudasi**	ev	RRL	H	**Registro web-based AIFA**	Indicato come terapia enzimatica sostitutiva per il trattamento delle manifestazioni non neurologiche del deficit di sfingomielinasi acida (ASMD) di tipo A/B o B in pazienti pediatrici e adulti	**Hub:** - Pediatria **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AX03	**Sodio fenilbutirrato**	os	RNRL	A-PHT			**Hub e Spoke:** - Medicina Generale - Pediatria - Neurologia	

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			**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AX04	**Nitisinone**	os	RR	A-PHT		Trattamento di pazienti adulti con alcaptonuria (AKU)	**Hub:** - Pediatria AOU CZ - Medicina Interna **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AX05	**Zinco acetato**	os	RNRL	A-PHT			**Hub e Spoke:** - 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.	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
A16AX07	**Sapropterina**	os	RRL	A-PHT	**PT cartaceo AIFA**	Trattamento dell'iperfenilalaninemia (HPA) in soggetti adulti e pazienti pediatrici di qualsiasi età affetti da fenilchetonuria (PKU), che hanno mostrato una risposta a tale trattamento	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Hub**: - Gastroenterologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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.	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Hub:** - Medicina Interna - Pediatria - Epatologia - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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.	**Hub:** - 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	**Hub:** - Pediatria - Nefrologia - Endocrinologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
B	**SISTEMA SANGUE ED EMOPOIESI**							

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	**MMG** **Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombosi ed emostasi **Ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	97
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	**MMG** **Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombosi ed emostasi **Ambulatori specialistici territoriali:** - 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	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 295 del 19.12.2016	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
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	GU n. 183 del 06.08.2016 GU n. 302 del 28.12.2016	Legge 648/96
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 ≥ 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

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**	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
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

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**	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
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 ≥ 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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01AB07	**Parnaparina**	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
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 ≥ 3) (Legge 648/96)	**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
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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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. 4. Trattamento della trombosi e della malattia tromboembolica venosa (TEV), ivi inclusi la trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare negli adulti. 5. Trattamento prolungato della tromboembolia venosa e prevenzione delle recidive in pazienti adulti con neoplasia attiva. Per alcuni pazienti con embolia polmonare (per esempio quelli con instabilità emodinamica grave), può essere indicato un trattamento alternativo, quale l'intervento chirurgico o la trombolisi.		

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**	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
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, AOU CZ) **Spoke:** - Cardiologia (PO Castrovillari, 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
B01AC11	**Iloprost Sale Di Trometamolo**	ev	RRL	A-PHT		Ipertensione polmonare	**Hub:** - Cardiologia (AO CS, AOU 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)	
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)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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	

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	**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 trombosi ed emostasi **Ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	97
B01AE07	**Dabigatran etexilato**	os	RRL	A	**PT web-based AIFA**	Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP)	**Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.	
B01AF01	**Rivaroxaban**	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 trombosi 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
B01AF01	**Rivaroxaban**	os	RRL	A	**PT web-based AIFA**	Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP)	**Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.	
B01AF02	**Rivaroxaban**	os	RRL	A-PHT	**PT web-based AIFA**	• 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"	**Hub e Spoke:** - 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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia Chirurgia cardiovascolare Angiologia	

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	**Sistema TS**	Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV) 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	**MMG** **Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombosi ed emostasi **Ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia (Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC)	97
B01AF02	**Apixaban**	os	RRL	A-PHT	**PT web-based AIFA**	Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP)	**Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia U.O. Medicina D'Urgenza - AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro.	
B01AF03	**Edoxaban**	os	RRL	A-PHT	**Sistema TS**	Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (FANV) 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	**MMG** **Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Generale - Neurologia - Geriatria - Centri trombosi 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
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.	**Hub e Spoke:** - Cardiologia - Medicina Interna - Geriatria - Ematologia - Neurologia - Ortopedia U.O. Medicina D'Urgenza - PO Pugliese-Ciaccio AOU Catanzaro	
B01AX07	**Caplacizumab**	ev	RRL	H		Trattamento negli adulti degli episodi di porpora tromboticatrombocitopenica (PTT) acquisita, in associazione a plasmaferesi (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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD	**Complesso Protrombinico Umano**	ev	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub:** - Centri di Emofilia	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD02	**Moroctocog Alfa - (Fattore VIII di Coagulazione, Ricombinante)**	ev	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub:** - Centri di Emofilia	
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	

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**	ev	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub:** - Centri di Emofilia	
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,AOU 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD04	**Fattore IX Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato**	ev	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub:** - Centri di Emofilia	
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 emorragicl in pazienti con emofilia B (deficit congenito di fattore IX)	**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	**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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BD05	**Fattore VII della coagulazione sangue umano liofilizzato**	ev	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub:** - Centri di Emofilia	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B01BD11	**Catridecacog**	ev	OSP	H			**Hub:** - Centri di Emofilia	
B01BD15	**Valoctocogene roxaparvovec**	ev	OSP	H		Trattamento dell'emofilia A grave (deficit congenito di fattore VIII) in pazienti adulti senza anamnesi di inibitori del fattore VIII e senza anticorpi rilevabili anti-virus adeno-associato del sierotipo 5 (AAV5)	**Rete Malattie Rare**	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B02BX04	**Romiplostim**	sc	RR	H		Indicato in pazienti adulti affetti da porpora trombocitopenica autoimmune (idiopatica) (PTI) cronica che sono refrattari ad altri trattamenti (ad es. corticosteroidi, immunoglobuline)	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024) **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)	**Hub:** - Ematologia - Oncoematologia Pediatrica **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024) **Spoke:** - Microcitemia (POKR)	
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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 delfattore 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 **Spoke:** Gastroenterologia (PO KR)	
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)	**Hub:** - Ematologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

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 grave, nei pazienti adulti con malattia epatica cronica (CLD) e programmati per essere sottoposti a una procedura invasiva	**Hub e Spoke:** - 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 presentino controindicazioni ad almeno uno tra tpora e rituximab	**Hub:** - Ematologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03XA01	**Eritropoietina alfa originator e biosimilare**	ev,sc	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare**		**Hub e Spoke:** - Cardiochirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina - Nefrologia - Geriatria - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi	
B03XA01	**Eritropoietina beta**	ev,sc	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare**		**Hub e Spoke:** - Cardiochirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina - Nefrologia - Geriatria - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi	
B03XA01	**Eritropoietina zeta**	ev,sc	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare**		**Hub e Spoke:** - Cardiochirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina - Nefrologia - Geriatria - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03XA01	**Eritropoietina teta**	ev,sc	RNRL	A	**Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare**		**Hub e Spoke:** - Cardiochirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina - Nefrologia - Geriatria - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi	
B03XA02	**Darbepoietina Alfa**	ev,sc	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hube Spoke:** - Cardiochirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi	
B03XA03	**Metossipolietilenglicole-epoetina beta**	ev,sc	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke:** - Cardiochirurgia - Ematologia - Chirurgia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Oncologia - Pediatria - Malattie Infettive - Anestesia - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodioalisi	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
B03XA05	**Roxadustat**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento di pazienti adulti con anemia sintomatica associata a malattia renale cronica (MRC)	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Nefrologia - Medicina Interna - Ematologia	
B03XA06	**Luspatercept**	sc	RNRL	A	**PT web-based AIFA**	Indicato per il trattamento di pazientiadulti 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.	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
B03XA06	**Luspatercept**	sc	RNRL	A-PHT	**PT web-based AIFA**	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusionedipendente, associata a beta-talassemia.	**Rete Talassemia Regionale** DCA n. 206/2023 **Centro Hub e Centri Spoke di II livello**	

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	**Scheda Regionale DCA Nota 15**	In seguito a paracentsi evacuativa nella cirrosi epativa grave	**Hub e Spoke:** - Terapia Intensiva - Rianimazione - Chirurgia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Ematologia - Oncologia - Ginecologia - Cardiologia - Malattie infettive - Pneumologia - Servizi trasfusionali - Geriatria - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pediatria - Nefrologia - Emodialisi Ambulatorio di Gastroenterologia della Struttura Polispecialistica Gallico - Reggio Calabria - ASP Reggio Calabria	15
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	**Hub e Spoke:** - Terapia Intensiva - Rianimazione - Chirurgia - Gastroenterologia - Medicina Generale - Nefrologia - Emodialisi - Ematologia - Oncologia - Ginecologia - Cardiologia - Malattie infettive - Pneumologia - Servizi trasfusionali - Geriatria - Epatologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - 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
B06AC01	**Inibitore umano della C1-esterasi**	ev,sc	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
C01BD07	**Dronedarone**	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 - Cardiochirurgia - Medicina e Chirurgia d'accettazione 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) - Medicina Generale (AOU 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	
C02KX01	**Bosentan**	os	RRL	A-PHT		Ullcere digitali	**Hub e Spoke:** - Medicina Generale	
C02KX02	**Ambrisentan**	os	RRL	A-PHT		Ipertensione Arteriosa	**Hub:** - Cardiologia - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) **Spoke:** - Cardiologia (PO Castrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari, 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
C02KX02	**Ambrisentan**	os	RRL	A-PHT		Sclerodermia	**Hub e Spoke:** - Medicina Generale	
C02KX04	**Macitentan**	os	RRL	A-PHT		Ipertensione Arteriosa	**Hub:** - Cardiologia - 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)	
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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Trattamento di pazienti adulti con iponatremia endocrine secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH)	**Hub e Spoke:** - Endocrinologia - Nefrologia - Oncologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
C08CA16	**Clevidipina**	ev	OSP	H		Indicato per la rapida riduzione della pressione arteriosa durante la fase perioperatoria	**Hub e Spoke:** - Cardiologia interventistica - Cardiochirurgia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C09BX05	**Ramipril/Bisoprololo**	os	RR	A		per i dosaggi da 2,5 mg/2,5 mg, 5 mg/2,5 mg, 5 mg/5 mg, 10 mg/5 mg e 10 mg/10 mg: Indicato come terapia sostitutiva per il trattamento dell'ipertensione e/o dell'ipertensione con coesistente sindrome cronica coronarica: - in pazienti con malattia cardiovascolare aterotrombotica manifesta (storia di coronopatia o ictus o malattia vascolare periferica) oppure - diabete con almeno un fattore di rischio cardiovascolare e/o scompenso cardiaco cronico con ridotta funzione sistolica ventricolare sinistra (prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto: riduzione della mortalità dalla fase acuta di infarto miocardico in pazienti con segni clinici di scompenso cardiaco, quando iniziato dopo 48 ore dall'insorgenza dell'infarto miocardico acuto). In pazienti adulti adeguatamente controllati con ramipril e bisoprololo somministrati contemporaneamente allo stesso livello di dose		
C09BX05	**Ramipril/Bisoprololo**	os	RR	A		per il dosaggio da 2,5 mg/1,25 mg: Ramilolo è indicato come terapia sostitutiva per il trattamento della sindrome coronarica cronica (in pazienti con una storia di infarto del miocardio e/o rivascolarizzazione) e/o insufficienza cardiaca cronica con ridotta funzionalità sistolica ventricolare sinistra in pazienti adulti adeguatamente controllati con ramipril e bisoprololo somministrati in concomitanza allo stesso dosaggio		
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 - PO Pugliese-Ciaccio AOU Catanzaro	
C10AA01	**Simvastatina**	os	RR	A	**Scheda Regionale DCA Nota 13**			13
C10AA02	**Lovastatina**	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
C10AA03	**Pravastatina**	os	RR	A	**Scheda Regionale DCA Nota 13**			13
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
C10AB04	**Gemfibrozil**	os	RR	A	**Scheda Regionale DCA Nota 13**			13
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**	**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: · 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. **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. **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: · 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.	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia	
C10AX14	**Alirocumab**	sc	RRL	A-PHT	**Registro web-based AIFA**	**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: · 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. **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: - in associazione alla dose massima tollerata di statina con o senza altre terapi 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.	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia - Medicina interna - Neurologia - Endocrinologia - Diabetologia	
C10AX15	**Acido bempedoico**	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 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.	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - 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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
C10AB05	**Atorvastatina/Ezetimibe**	os	RR	A	**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
C10AB06	**Rosuvastatina/Ezetimibe**	os	RR	A	**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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
D	**DERMATOLOGICI**							
D03BA	**Enzimi proteolitici**	loc	OSP	H		Rimozione dell'escara in ustioni profonde a spessore parziale o completo	Centro Grandi Ustionati	
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
D11AH08	**Abrocitinib**	os	RNRL	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento della dermatite atopica da moderata a grave negli adulti	**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 eta' 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
D11AX19	**Alitretionina**	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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G02CB03	**Cabergolina**	os	RNR	A			**Ambulatori specialistici territoriali:** - Geriatria - Neurologia - Neuropsichiatria - Psichiatria	
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)	Testosterone os e im **Hub e Spoke:** - Endocrinologia - Pediatria - Medicina generale - Urologia - Andrologia - Fisiopatologia della riproduzione (A.O. Cosenza)	36

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**		Testosterone loc - Endocrinologia - Urologia - Andrologia	
G03BB01	**Mesterolone**	os	RNRL	C			**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Endocrinologia - Urologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
G03GA02	**Menotropina**	im	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	MEROPUR Iperstimolazione ovarica controllata per l'induzione dello sviluppo follicolare multiplo durante tecniche di riproduzione assistita (ART) [ad esempio: fertilizzazione in vitro/trasferimento embrionale (FIVET), trasferimento di gameti all'interno delle tube (GIFT) e iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI)] 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.	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro	74
G03GA04	**Urofollitropina**	im	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	**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. Indicato per la stimolazione dello sviluppo follicolare multiplo in donne sottoposte ad induzione dell'ovulazione nei programmi di fertilizzazione in vitro (IVF) ed altre tecniche di riproduzione assistita (FIVET-GIFT-ZIFT) **Sterilità maschile:** Induzione della spermatogenesi in uomini affetti da ipogonadismo ipogonadotropo, in associazione alla gonadotropina corionica umana (hCG)	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - 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
G03GA05	**Follitropina alfa da DNA ricombinante**	sc	RRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	**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 fertilizzazione 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. **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)	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro	74
G03GA06	**Follitropina beta**	im	RRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	**Nelle donne adulte:** Indicato nel trattamento dell'infertilità femminile nelle seguenti condizioni cliniche: • 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. fertilizzazione in vitro/trasferimento dell'embrione (IVF/ET), trasferimento intratubarico del gamete (GIFT) e iniezione intracitoplasmatica di sperma (ICSI)]. **Negli uomini adulti:** insufficiente spermatogenesi da ipogonadismo ipogonadotropo	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - 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
G03GA07	**Lutropina alfa**	sc	RRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	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.	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro	74
G03GA08	**Coriogonadotropina alfa**	sc	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	Indicato nel trattamento di: - Donne adulte sottoposte a superovulazione in preparazione a tecniche di riproduzione assistita come la fertilizzazione 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 viene somministrato per indurre l'ovulazione e la luteinizzazione in donne anovulatorie o oligo-ovulatorie dopo la stimolazione della crescita follicolare.	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - 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
G03GA08	**Corifollitropina alfa**	sc	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA Nota 74**	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). LONG ACTING	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro	74
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).	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - 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
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	**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 **CENTRI II LIVELLO:** - LIFELAB Studio Medico Polispecialistico di Riproduzione Medicalmente Assistita e Andrologia - Rende (CS) - C.I.S. Medicina della Riproduzione - Lamezia Terme (CZ) - Gatjc Sas – Gioia Tauro (RC) - Centro di Medicina della Riproduzione "Diagnostica Nausicaa s.r.l." Montauro (CZ) **CENTRI III LIVELLO:** - Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita - AOU Catanzaro	74
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	**Hub e Spoke:** - Ginecologia - Oncologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Ginecologo	51

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 pre-operatorio di sintomi, da moderati a gravi, di fibromi uterini		
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:** - 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
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:** - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia	79
G04BD04	**Oxibutinina Cloridrato**	os	RR	A	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Incontinenza urinaria da urgenza	**Hub, Spoke:** - Urologia - Pediatria - Neurologia - Oncologia	87

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia **Hub:** - Cardiologia - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) **Spoke:** - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari)	75
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/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.	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia **Hub:** - Cardiologia - Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) **Spoke:** - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari) Nota Regionale Prot. 33487 del 31.01.2018	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**	Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare	**Hub:** - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) **Spoke:** - Cardiologia (PO Caastrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari)	
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	**Hub:** - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) **Spoke:** - 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
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.	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia **Hub:** - Cardiologia -Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) **Spoke:** - Cardiologia (PO Castrovillari e PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari)	75
G04BE08	**Tadalafil**	os	RRL/RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Trattamento di pazienti adulti con ipertensione arteriosa polmonare	**Hub:** - Cardiologia (AO CS, AO CZ, AO RC) - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) **Spoke:** - 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
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	**Hub:** - Cardiologia - Pneumologia (AO RC) - Reumatologia (AO RC) **Spoke:** - Cardiologia (PO Caastrovillari, PO KR) - Pneumologia (PO Castrovillari)	
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.	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia **Hub:** - Cardiologia -Pneumologia (GOM RC) - Reumatologia (GOM RC) **Spoke:** - 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
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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Urologia - Andrologia - Endocrinologia - Neurologia	75
H	**PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI**							
H01AC01	**Somatropina**	im,sc	RRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico/ PT online webcare**	https://www.aifa.gov.it/nota-39	**Hub:** - Diabetologia (AOU CZ, AO RC) - Endocrinologia (AOU CZ, AO RC) - Pediatria (AO CS, AOU CZ, AO RC) **Spoke:** - 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	**Hub e Spoke:** - Endocrinologia - Pediatria	39

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
H01AX01	**Pegvisomant**	sc	RNRL	A-PHT			**Hub e Spoke:** - 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	**Hub e Spoke:** - Cardiologia	
H01BA02	**Desmopressina Acetato**	os,ev,im	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke:** - Emodialisi - Ematologia - Servizi Trasfusionali	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
H01CB02	**Octreotide Acetato**	sc,im	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Endocrinologia - Gatroenterologia - Medicina Generale - Oncologia - Ematologia - Pediatria	
H01CB03	**Lanreotide Acetato**	im	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Endocrinologia - Gatroenterologia - Medicina Generale - Oncologia - Ematologia - Pediatria	
H01CB05	**Pasireotide**	sc	RNRL	A-PHT	**Registro web-based AIFA**	Malattia di Cushing	**Hub:** - Endocrinologia - Neurologia - Medicina Interna	
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	**Hub e Spoke:** - Ginecologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Ginecologo	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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Endocrinologia - Pediatria	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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.	**Hub:** - Endocrinologia - Pediatria **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
H02CA02	**Osilodrostat**	os	RNRL	A-PHT		Trattamento della Sindrome di Cushing endogena negli adulti	**Hub:** - Endocrinologia - Medicina interna	
H05AA02	**Teriparatide**	sc	RR	A	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche	**Hub, Spoke e Ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Generale - Geriatria - Ortopedia - Reumatologia - Ginecologia - Endocrinologia - Recupero e Riabilitazione Funzionale - Nefrologia	79
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
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

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 delle infezioni causate da microrganismi resistenti ai più comuni antibiotici, particolarmente nei pazienti immunocompromessi		
J01CE08	**Benzilpenicillina Benzatinica**	im	RR	A-PHT		Profilassi della malattia reumatica in soggetti con infezioni delle prime vie respiratorie sostenute da streptococchi del gruppo A. Profilassi delle recidive della malattia reumatica Sifilide	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** -Malattie Infettive - Medicina Generale - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia - Ginecologia - Otorinolaringoiatra - Urologia	92
J01CE08	**Benzilpenicillina Benzatinica**	im	RR	A-PHT		Profilassi delle recidive delle amalattie reumatiche	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** -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
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
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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: • 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	
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	**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	**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
J01DD52	**Ceftazidima/avibactam**	ev	OSP	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento di infezioni intraddominale complicata	**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
J01DD52	**Ceftazidima/avibactam**	ev	OSP	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Polmonite acquisita in ospedale	**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 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	**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
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
J01DF01	**Aztreonam**	inal	RNRL	C		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		56

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J01DH51	**Imipenem + Cilastatina**	ev,im	OSP	C/H		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 al trattamento iniziato in ambito ospedaliero		56
J01DH52	**Meropenem/vaborbactam**	ev	OSP	H		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	**Hub e Spoke:** - Malattie infettive	
J01DH56	**Imipenem/cilastatina/relebactam**	ev	OSP	H		Indicato nel: - 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	**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
J01DH56	**Imipenem/cilastatina/relebactam**	ev	OSP	H		La scelta di iniziare un trattamento ospedaliero con tali farmaci dovrebbe essere riservata alle infezioni gravi e in assenza di alternative terapeutiche	**Hub e Spoke:** - Malattie infettive	
J01DI01	**Ceftobiprolo**	ev	OSP	H		Polmonite acquisita in ospedale (HAP) esclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica	**Hub e Spoke:** - Malattie infettive	
J01DI01	**Ceftobiprolo**	ev	OSP	H		Polmonite acquisita in comunità	**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
J01DI02	**Ceftarolina fosamil**	ev	OSP	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento delle seguenti infezioni nei neonati, nei lattanti, nei bambini, e negli adolescenti: • 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	
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	

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		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	
J01DI54	**Ceftolozano/tazobactam**	ev	OSP	H		Infezioni complicate del tratto urinarlo 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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			**Hub e Spoke:** - Malattie infettive - Medicina generale - Pediatria - Pneumologia - Centri Fibrosi Cistica	
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
J01MA23	**Delafloxacina**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Indicato negli adulti per il trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e dei tessuti molli (ABSSSI) quando si considera inappropriato l'uso di altri agenti antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tali infezioni	**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
J01MA23	**Delafloxacina**	ev	OSP	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Indicato negli adulti per il trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e dei tessuti molli (ABSSSI) quando si considera inappropriato l'uso di altri agenti antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tali infezioni	**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive *specialista con competenza infettivologica identificata dal CIO	
J01XA02	**Teicoplanina**	im,ev	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		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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
J01XB01	**Colistimetato Sodico**	im,ev,inal	RNR	C			**Centro Regionale Fibrosi Cistica**	
J01XX01	**Fosfomicina Sale Di Trometamolo**	os	RR	A/C		Trattamento delle seguenti infezioni negli adulti e nei bambini, neonati inclusi: • osteomielite • infezioni complicate delle vie urinarie • infezioni nosocomiali delle vie respiratorie inferiori • meningite batterica • batteriemia che si manifesta in associazione o che si ritiene eventualmente associata a una qualsiasi delle infezioni sopracitate	**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
J01XX01	**Fosfomicina sodica**	ev	OSP	H			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J02AC03	**Voriconazolo**	os,ev	RNRL	A-PHT/H			**Hub e Spoke:** - Medicina Generale - Malattie Infettive - Ematologia	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
J04AK05	**Bedaquilina**	os	RNRL	H		Tubercolosi polmonare multiresistente quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per mootivi 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 mootivi di resistenza o tollerabilità	**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
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	
J05AB01	**Aciclovir**	os,ev	RR/OSP	A/H		Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.		84
J05AB09	**Famciclovir**	os	RR	A		Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.		84

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

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**	Estensioni Legge 648/96: trattamento "pre-emptive" dell'infezione da CMV in pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo o di cellule staminale emopoietiche	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Malattie Infettive - Pediatria - Centro Trapianti - Epatologia	
J05AB15	**Brivudina**	os	RR	A		Virus Herpes simplex Virus varicella-zoster (VZV) La prescrizione dei farmaci attivi sui virus erpetici è rimborsata dal SSN anche per le altre indicazioni autorizzate nei pazienti immunocompromessi.		84
J05AB16	**Remdesivir**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento della malattia da coronavirus 2019 Trattamento precoce della malattia da coronavirus 2019	**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
J05AE01	**Saquinavir**	os	RNRL	H			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
J05AE03	**Ritonavir**	os	RNRL	H			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	
J05AE07	**Fosamprenavir**	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
J05AE08	**Atazanavir**	os	RNRL	H			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
J05AE09	**Tipranavir**	os	RNRL	H			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
J05AE10	**Darunavir**	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
J05AE30	**Nirmatrelvir/ritonavir**	os	RNR	A-PHT	**Registro web-based AIFA**	Trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che sono ad elevato rischio di progressione a COVID-19 severa	**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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	
J05AF06	**Abacavir Solfato**	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
J05AF07	**Tenofovir Disoproxil**	os	RNRL	H			**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Malattie Infettive - Medicina Generale - Gastroenetrologia DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	
J05AF08	**Adefovir Dipivoxil**	os	RNRL	A-PHT			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive DPGR 198/2012 PDTA AIDS/HIV	
J05AF09	**Emtricitabina**	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
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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	
J05AP09	**Sofosbuvir**	os	RNRL	C	**Registro web-based AIFA**	HCV	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	

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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - 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	
J05AP54	**Elbasvir/Grazoprevir**	os	RNRL	A	**Registro web-based AIFA**	HCV	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J05AP55	**Sosfosbuvir/Velpatasvir**	os	RNRL	A-PHT	**Registro web-based AIFA**	HCV	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	
J05AP56	**Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir**	os	RNRL	A-PHT	**Registro web-based AIFA**	HCV	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - 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	

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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - 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	
J05AR01	**Lamivudina/Zidovudina**	os	RNRL	H			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
J05AR02	**Abacavir/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
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	**Cobocistat/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-l 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	**Cobocistat/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 tossicitàche 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			**Hub e Spoke:** - Malattie infettive	
J05AX10	**Maribavir**	os	RRL	A-PHT		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)	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** -Malattie infettive - Ematologia	
J05AX14	**Daclatasvir**	os	RNRL	A		HCV	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	

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 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
J05AX31	**Lenacapavir**	os	RNRL	H		in associazione con altri antiretrovirali, è indicato per il trattamento degli adulti con infezione da HIV-1 multifarmaco-resistente per i quali non è possibile instaurare un regime antivirale soppressivo alternativo, per il carico orale prima della somministrazione dell'iniezione di lenacapavir a rilascio prolungato	**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
J05AX31	**Lenacapavir**	sc	RNRL	H		in associazione con altri antiretrovirali, è indicato per il trattamento degli adulti con infezione da HIV-1 multifarmaco-resistente per i quali non è possibile instaurare un regime antivirale soppressivo alternativo	**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive	
J05AX65	**Ledipasvir/Sofosbuvir**	os	RNRL	C		HCV	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** **PO Materdomini AOU CZ** - Malattie Infettive - Epatologia - Fisiopatologia Digestiva - Malattie Cardiovascolari Geriatriche -Ambulatorio di Medicina Generale **AO CS** - Gatroenterologia - Malattie Infettive **PO Pugliese-Ciaccio AOU 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
J06BA01	**Immunoglobulina Umana normale per somministr. Extravascolare**	sc	RNRL	H		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	**Hub e Spoke:** - Medicina Interna - Malattie infettive - Ematologia	
J06BA02	**Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare**	ev	OSP	H		Terapia sostitutiva in pazienti adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni di eta) per il trattamento di: • 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 pazlenti con mieloma multiplo (MM) . • Ipogammaglobulinemia in pazienti prima e dopo allotrapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT, hematopoieticstemcelltransplantation).	**Hub e Spoke:** - Medicina Interna - Malattie infettive - Ematologia	
J06BA02	**Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare**	ev	OSP	H		Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP)	**Hub:** - Neurologia	

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 ad alto titolo**	ev	OSP	H		Poliradicoloneuropatia demielinizzante 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	
J06BC03	**Palivizumab**	im	RRL	A			**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
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	**Clormetina**	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	
L01AX03	**Temozolomide**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01BA04	**Pemetrexed**	ev	OSP	H		Mesotelioma pleurico	**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
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**	
L01BC06	**Capecitabina**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
L01BC53	**Tegafur/gimeracil/oteracil**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01BC59	**Trifluridina/tipiracil**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma metastatico colorettale (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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01BC59	**Trifluridina/tipiracil**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Formulazione** *os* **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	
L01CD01	**Paclitaxel**	ev	OSP	H		Incdicazioni 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01CE01	**Topotecan Cloridrato**	ev/os	OSP/RNRL	H/A	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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** *os* **Hub e Spoke:** - Oncologia	
L01CE02	**Irinotecan base anidra (come sale sucrosofato in formulazione liposomiale pegilata)**	ev	OSP	H		Trattamento dell'adenocarcinoma metastatico del pancreas, in associazione con 5-fluorouracile (5-FU) e leucovorin (LV), in pazienti adulti in progressione dopo una terapia a base di gemcitabina	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01CE02	**Irinotecan Cloridrato Triidrato**	ev	OSP	H		Trattamento di pazienti con carcinoma avanzato del colon-retto	**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 leiomiosarcoma	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 Cronicain 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**	
L01EA04	**Bosutinib**	os	RNRL	H		Leucemia Mieloide Cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica, in fase accellerata 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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
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	

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 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	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01ED03	**Alectinib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) non trattati in precedenza con un inibitore di 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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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**		RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Indicato in monoterapia per il trattamento del neurofibroma plessiforme (PN) inoperabile, sintomatico in pazienti pediatrici con neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) a partire dai tre anni di età	**Hub:** - Pediatria **(Rete Malattie Rare)**	
L01EE04	**Selumetinib**	os				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 positico 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 dome 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 rilancio 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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Carcinoma mammario, il cui tumore sovraesprime l'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
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	
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 naïve agli inibitori della chinasi Janus-associata (JAK) o che sono stati trattati con ruxolitinib	**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) 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	**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
L01EL03	**Zanubrutinib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma della zona marginale (MZL) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia a base di anticorpi anti-CD20;	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
L01EL03	**Zanubrutinib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC)	**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	
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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Carcinoma metastatico del colon-retto	**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
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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	
L01EX07	**Cabozantinib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare (HCC) negliadulti che sono stati precedentemente trattati con sorafenib	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01EX07	**Cabozantinib**	os	RNRL	H		Trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma differenziato della tiroide (DTC) localmente avanzato o metastatico, refrattario o non eleggibile allo iodio radioattivo (RAI) che sono progrediti durante o dopo una 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
L01EX08	**Lenvatinib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	
L01EX09	**Nintedanib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	Indicato negli adulti per il trattamento della Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF)	**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**	

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**	in associazione con docetaxel per il trattamento dei pazientiadulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, metastatico o localmente ricorrente con istologia adenocarcinoma dopo chemioterapia di prima linea	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01EX09	**Nintedanib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di malattie interstiziali polmonari (ILD) fibrosanti croniche con fenotipo progressivo	**Hub e Spoke:** - Pneumologia - Reumatologia - Immunologia - Medicina Interna	
L01EX12	**Larotrectinib solfato**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	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), - 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	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - 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.	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
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-chinasico neurotrofico (NTRK), che sono affetti da malattia localmente avanzata, metastatica o la cui resezione chirurgica potrebbe comportare una severa morbilita' e che non sono stati trattati in precedenza con un inibitore di NTRK, che non dispongono di opzioni terapeutiche soddisfacenti	**Hub:** - Oncologia (con i requisiti riportati in G.U. n. 214/2021)	

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 con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato ROS1- positivo non precedentemente trattati con inibitori di ROS1	**Hub:** - Oncologia (con i requisiti riportati in G.U. n. 214/2021)	
L01EX18	**Avapritinib**	os	OSP	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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; 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	Confezione con AIC n. 049033032/E : **UU.OO. Oncologia di Hub** **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024) Confezioni con AIC n. 049033057/E, 049033018/E, 049033020/E e 049033044/E : **UU.OO. Oncologia e Ematologia di Hub** **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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-epiteliale, che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino.	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
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-epiteliale (METex14) e che richiede una terapia sistemica a seguito di un precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
L01FA01	**Rituximab/Rituximab biosimilare**	ev,sc	OSP	H		Trattamento di pazienti con pemfigo volgare (PV) da moderato a grave	**Hub:** - Dermatologia	

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 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 conbortezomid, 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**	
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**	

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 ciclofosfamide, bortezomib e desametasone per il trattamento di pazienti adulti affetti da amiloidosi sistemica da catene leggere (AL) di nuova diagnosi	**Hub:** - Ematologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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		Carcinoma mammario in fase iniziale è indicato in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento neoadiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, localmente avanzato, infiammatorio o allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
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	
L01FD04	**Trastuzumab deruxtecan**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con adenocarcinoma dello stomaco o della giunzione gastroesofagea (GEJ) avanzato HER2-positivo, che hanno ricevuto un precedente regime a base di trastuzumab	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
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-low non resecabile o metastatico, che hanno ricevuto precedente chemioterapia per malattia metastatica o che hanno sviluppato recidiva della malattia durante o entro 6 mesi dal completamento della chemioterapia adiuvante	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01FF01	**Nivolumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	in associazione a chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule squamose dell'esofago, avanzato non resecabile, ricorrente o metastatico, con espressione tumorale del PDL1 ≥ 1%	**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	

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**	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	
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	

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 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	
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 (GEJ) 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 gastro-esofagea 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	

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 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	
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	

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 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	
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	
L01FF02	**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	

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 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	
L01FF02	**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	
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	

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 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	
L01FF02	**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	
L01FF02	**Pembrolizumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	in monoterapia indicato nel trattamento dei seguenti tumori MSI-H (alta instabilità dei microsatelliti) o dMMR (deficit del mismatch repair) negli adulti con: • 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	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**	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 ≥ 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 = 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	

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 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	
L01FF06	**Cemiplimab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma cutaneo a cellule squamose metastatico o localmente avanzato (mCSCC o laCSCC) 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 ≥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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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	

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 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	
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 ciclofosfamide, 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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
L01FX14	**Polatuzumab vedotin**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	in associazione con rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (R-CHP) è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) non precedentemente trattato con fattore di indice prognostico (IPI) 3-5	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
L01FX20	**Tremelimumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Carcinoma epatocellulare: in associazione a durvalumab è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare avanzato o non resecabile	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01FX25	**Mosunetuzumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma follicolare (LF) recidivante o refrattario che sono stati sottoposti ad almeno due terapie sistemiche precedenti	**Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020** **Centri di II - III livello**	
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 mieloablativa 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 linfobfastica 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**	
L01XC19	**Blinatumomab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia per il trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per CD19. I pazienti con LLA da precursori delle cellule B positiva per il cromosoma Philadelphia devono non aver risposto al trattamento con almeno 2 inibitori della tirosin chinasi (TKI) e non devono avere opzioni di trattamento alternative	**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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XC26	**Inotuzumab Ozoganomicin**	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**	
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	
L01FF02	**Durvalumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Carcinoma delle vie biliari: in associazione a gemcitabina e cisplatino è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma delle vie biliari (BTC) non resecabile o metastatico.	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01FF02	**Durvalumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Carcinoma epatocellulare: in associazione a tremelimumab è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01FF02	**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 ≥ 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01FF02	**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**	
L01XE02	**Gefitinib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Carcinoma Polmonare Non a Piccole Cellule	**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
L01XE03	**Erlotinib cloridrato**	os	RNRL	H		Carcinoma pancreatico	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XE04	**Sunitinib maleato**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Tumore stromale del tratto gastrointestinale (GIST)	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XE04	**Sunitinib maleato**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Carcinoma renale metastatico (MRCC)	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XE04	**Sunitinib maleato**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Tumori neuroendocrini pancreatici (pNET)	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XE05	**Sorafenib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Epatocarcinoma (HCC)	**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
L01XE05	**Sorafenib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	Carcinoma a cellule renali (RCC)	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XE05	**Sorafenib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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**	
L01XE11	**Pazopanib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XE12	**Vandetanib**	os	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Carcinoma Midollare della Tiroide (MTC)	**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
L01XE13	**Afatinib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia è indicato nel trattamento di pazienti adulti naïve 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	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**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**	
L01XE18	**Ruxolitinib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento della splenomegalia o dei sintomi correlati alla malattia in pazienti adulti con mielofibrosi primaria (nota anche come mielofibrosi idiopatica cronica), mielofibrosi post policitemia vera o mielofibrosi post trombocitemia essenziale	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
L01EL01	**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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01EL01	**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**	
L01EL01	**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**	
L01EL01	**Ibrutinib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	in associazione con venetoclax è indicato per il trattamento di pazienti adulti con Leucemia linfatica cronica (CLL) precedentemente non trattata	**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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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 combinatacon 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	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L01XK01	**Olaparib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	In monoterapia o in associazione con la terapia endocrina per il trattamento adiuvante di pazienti adulti con cancro della mammella allo stadio iniziale ad alto rischio, HER2-negativo, e con mutazioni nella linea germinale BRCA1/2, precedentemente trattati con chemioterapia neoadiuvante o adiuvante	**Hub e 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
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 peritorneale 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	
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 instabilita' 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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**	
L01XL03	**Axicabtagene ciloleucel**	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)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XL03	**Axicabtagene ciloleucel**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) r/r dopo tre o più linee di terapia sistemica;	**CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC** (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
L01XL03	**Axicabtagene ciloleucel**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma a cellule B ad alto grado (high-grade B cell lymphoma, HGBL) refrattario alla chemioimmunoterapia di prima linea o recidivante entro dodici mesi dal completamento della chemioimmunoterapia di prima linea	**CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC** (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
L01XL06	**Brexucabtagene autoleucel, brexu-cel**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Indicato per il trattamento di pazienti adulti di eta' pari o superiore a ventisei anni con leucemia linfoblastica acuta (acute lymphoblastic leukaemia, ALL) a precursori di cellule B recidivante o refrattaria	**CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC** (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
L01XL07	**Idacabtagene vicleucel**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto almeno tre precedenti terapie, inclusi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno dimostrato progressione della malattia all'ultima terapia	**CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC** (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX23	**Mitotane**	os	RNRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
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 ≤10 x 10^3/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 desamteasone 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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
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	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L01XX43	**Vismodegib**	os	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Carcinoma basocellulare	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia - Dermatologia	
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 colorettale 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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
L01XX50	**Ixazomib**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia 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)]	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
L01XX52	**Venetoclax**	os	RNRL	H		Trattamento della leucemia linfatica cronica (CLL- chronic lymphocytic lekaemia) 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.	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
L01XX52	**Venetoclax**	os	RNRL	H		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.	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
L01XX52	**Venetoclax**	os	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	In combinazione con obinutuzumab è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) non trattati in precedenza	**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
L01XX52	**Venetoclax**	os	RNRL	H		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	**Rete Ematologica Regionale** DCA n. 102/2020 **Centri di II - III livello**	
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 oetastatico, 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:** **Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020**	
L01XX71	**Tisagenlecleucel**	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	**Tisagenlecleucel**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) 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
L01XX71	**Tisagenlecleucel**	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)	
L01XX88	**Lisocabtagene maraleucel**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (PMBCL) e linfoma follicolare di grado 3B (FL3B) recidivati o refrattari, dopo due o più linee di terapia sistemica	**CTMO dell'Azienda Ospedaliera GOM di RC** (Decreto Dirigenziale n. 10966 del 12.09.2019)	
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**	• 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	**Megestrolo Acetato**	os	RNR	A		neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata o da AIDS		28

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	**Scheda Regionale PT generico**	Carcinoma mammella localmente avanzato o metastatico	**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
L02AE01	**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
L02AE02	**Leuprolelina 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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L02AE03	**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
L02AE04	**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
L02BB04	**Enzalutamide**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	

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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	
L02BB06	**Darolutamide**	Os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L02BX03	**Abiraterone acetato**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA PT generico**	E' indicato assieme a prednisone 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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	E' indicato assieme a prednisone 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		
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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
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 mobilizzazione 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 mobilizzazione cellulare	**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
L04AA03	**Immunoglobuline equine anti-linfociti T**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Indicato per l'uso negli adulti e nei bambini di età pari o superiore a 2 anni per il trattamento dell'anemia aplastica acquisita da moderata a grave di eziologia immunologica nota o sospetta, nell'ambito della terapia immunosoppressiva standard in pazienti che non sono idonei al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT)o per i quali non è disponibile un donatore di HSC idoneo	**Hub:** - Ematologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AA06	**Acido micofenolico**	os	RNRL	A-PHT		Profilassi 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**	
L04AA13	**Leflunomide**	os	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Dermatologia - Medicina Generale - Reumatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
L04AA18	**Everolimus**	os	RNR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiochirurgia - 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, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AA25	**Eculizumab**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA - Legge 648/96**	Sindrome emolitico uremica atipica (SEUa)	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AA26	**Belimumab**	ev,sc	OSP/RRL	H	**Registro web-based AIFA**	E' indicato come tarapia 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	
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 attvità nei seguenti gruppi di pazienti adulti e di pazienti pediatrici di 10 anni di età e oltre: pazienti con malattia ad elevata attvità 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
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
L04AA32	**Apremilast**	os	RRL	A	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR <u>Area Dermatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AA33	**Vedolizumab**	ev	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Gastroenterologiche	<u>Area Gastroenterologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale	
L04AA34	**Alemtuzumab**	ev	OSP	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR)	**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
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	**PDTA Sclerosi Multipla** DCA n. 140 del 19/10/2017	
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	
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 naïve agli inibitori del complemento o che sono stati trattati con eculizumab per almeno tre mesi e hanno evidenziato una risposta a eculizumab	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

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		Indicato nel trattamento di pazienti adulti e pediatrici con peso corporeo pari o superiore a 10 kg affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN): • 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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 NMODS 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	
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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AA58	**Efgartigimod alfa**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	in aggiunta alla terapia standard per il trattamento dei pazienti adulti con miastenia gravis generalizzata (gMG) che sono positivi all'anticorpo antirecettore dell'acetilcolina (AChR)	**Hub:** - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AB01	**Etanercept/Etanercept biosimilare**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR <u>Area Dermatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - 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	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria	
L04AB05	**Certolizumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AB06	**Golimumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale	

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	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR <u>Area Dermatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale - Pediatria	
L04AB05	**Adalimumab/Adalimumab biosimilare**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Uveite	**Hub:** - Oculistica	
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	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
L04AC03	**Anakinra**	ev	RRL	H	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Febbre mediterranea familiare (FMF). Se appropriato, Anakinra deve essere somministrato in associazione con colchicina	**Hub:** - Reumatologia - Medicina interna - Pediatria - Immunologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AC03	**Anakinra**	sc	RRL	H	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento di soggetti adulti ospedalizzati con polmonite da COVID-19 moderata/severa (con pO2/FiO2>150, in ossigenoterapia e non sottoposti a C-PAP o ventilazione meccanica) e con livelli di plasma Soluble 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**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Pediatria - Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale	

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	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
L04AC08	**Canakinumab**	sc	RRL	H	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Sindromi da Febbre Periodica Autoinfiammatoria (TRAPS, MKD, FMF)	**Hub:** - Reumatologia - Medicina interna - Pediatria - Immunologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AC08	**Canakinumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Pediatria - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
L04AC08	**Canakinumab**	sc	RRL	H	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Malattia di Still	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AC10	**Secukinumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - 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)	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
L04AC12	**Brodalumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Dermatologiche	Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC13	**Ixekizumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC14	**Sarilumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
L04AC16	**Guselkumab**	sc	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - 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	Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia	
L04AC18	**Risankizumab**	ev	RRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	Area Reumatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale	
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	Area Dermatologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - 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 - Gatroenterologia	

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	
L04AF01	**Tofacitinib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR <u>Area Dermatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale	
L04AF02	**Baricitinib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR	
L04AF02	**Baricitinib**	os	RNRL	H	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento dell'alopecia areata severa nei pazienti adulti	**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
L04AF02	**Baricitinib**	os	RNRL	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adulti	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Dermatologia	
L04AF03	**Upadacitinib**	os	RNRL	H	**Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici**	Indicazioni Reumatologiche Indicazioni Dermatologiche Indicazioni Gastroenterologiche	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Reumatologia - Medicina generale - Ambulatori di Reumatologia - Casa di cura Madonna dello Scoglio - ASP KR <u>Area Dermatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Dermatologia - Ambulatori di Dermatologia <u>Area Gastroenterologica</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali::** - Gastroenterologia - Medicina generale	
L04AF03	**Upadacitinib**	os	RNRL	H	**Scheda di Prescrizione cartacea AIFA**	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Dermatologia	
L04AF04	**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 piu' farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD).	<u>Area Reumatologia</u> **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - 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
L04AF04	**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	Area Gastroenterologia **Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Gastroenterologia - Medicina Generale	
L04AX02	**Talidomide**	os	RR	H	**Registro web-based AIFA**		**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 trasfusionedipendente 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 prednisone 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**	Trattamento 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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AB05	**Diclofenac**	os,loc,im	RR	A/C		Artropatie su base connettivitica; - 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		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AB55	**Diclofenac Sodico/Misoprostolo**	os	RR	A		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AC01	**Piroxicam**	os,im	RR	A		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AE01	**Ibuprofene**	os	OTC/RR	C/A		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AE02	**Naprossene**	os	RR	A/C		Artropatie su base connettivitica; - 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		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AE09	**Flurbiprofene**	os	RR	A		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AE12	**Oxaprozina**	os	RR	A		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta.		66
M01AX17	**Nimesulide**	os	RR	A		Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta Trattamento di breve durata del dolore acuto		66
M04AA04	**Febuxostat**	os	RR	A		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.		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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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	**Scheda Regionale DCA PT generico**	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			Acido Zolendronico 5 mg (fino a 4 unità-sacche o flaconcini) **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Reumatologia - Geriatria - Endocrinologia - Ginecologia - Ortopedia Acido Zolendronico 4 mg (fino a 4 unità-sacche o flaconcini) **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Oncologia - Ematologia - Medicina Interna - Ortopedia - Urologia OSP: 5 mg (unità superiori a 4) OSP: 4 mg (unità superiori a 4)	
M05BB03	**Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo)**	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
M05BX04	**Denosumab**	sc	RRL	A-PHT	**PT web-based AIFA**	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 - Oncologia - 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
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 morbilità	**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	
M05BX05	**Burosumab**	ev	RRL	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento dell'ipofosfatemia X-linked, nei bambini e adolescenti di eta' compresa tra uno e diciassette anni con evidenza radiografica di malattia ossea, e negli adulti	**Hub:** - Nefrologia - Endocrinologia - Pediatria	

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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
M09AB02	**Collagenasi di clostridium histolyticum**	im	RL/OSP	H		E' indicato nel trattamento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con corda plapabile	- 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
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)	
M09AX03	**Ataluren**	os	RNRL	H		Trattamento della distrofia muscolare di Duchenne dovuta a mutazione nonsenso 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	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
M09AX07	**Nusinersen**	intrat	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento dell'atrofia muscolare spinale 5q	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
M09AX09	**Onasemnogene Abeparvovec**	ev	OSP	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti con peso fino a 13,5 kg: diagnosiclinica 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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 scheletrìca, si usi un miorilassante 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	
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 spasticitòà 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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
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 herper, 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 herper, 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
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'	**Hub:** - Neurologia - Neuropsichiatria infantile **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 Dravet (DS) nei pazienti a partire da due anni di eta'	**Hub:** - Neurologia - Neuropsichiatria infantile **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
N03AX24	**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'	**Hub:** - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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.	**Hub e Spoke:** - Neurologia	
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	**Hub:** - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
N04BA03	**Levodopa/Carbidopa/Entacapone**	os	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke:** - Neurologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Neurologo	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N04BA07	**Foslevodopa e foscarbidopa**	os	RRL	H		Indicato per il trattamento della malattia di Parkinson in stadio avanzato rispondente a levodopa, con gravi fluttuazioni motorie e ipercinesia o discinesia, quando le combinazioni disponibili di medicinali antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti	**Hub e Spoke:** - Neurologia	
N04BC06	**Cabergolina**	os	RNL/RNR	A/C	**Scheda Regionale DCA PT generico**		Classe C **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:** - Psichiatra - Geriatria -Neurologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Geriatra - Neurologo - Psichiatra	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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		
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	
N05AH04	**Quetiapina (fumarato)**	os	RR	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	
N05AH04	**Quetiapina (fumarato)**	os	RR	A-PHT		Uso off-label: Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza	**Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.** - Psichiatria - Neurologia - Geriatria	
N05AH05	**Asenapina**	os	RR	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	
N05AH05	**Asenapina**	os	RR	A-PHT		Uso off-label: Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza	**Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.** - Psichiatria - Neurologia - Geriatria	
N05AX08	**Risperidone**	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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N05AX08	**Risperidone**	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		Uso off-label: Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza	**Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.** - Psichiatria - Neurologia - Geriatria	
N05AX12	**Aripiprazolo**	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	
N05AX12	**Aripiprazolo**	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		Uso off-label: Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza	**Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.** - Psichiatria - Neurologia - Geriatria	
N05AX13	**Paliperidone**	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		Trattamento della schizofrenia negli adulti e negli adolescenti a partire dai 15 anni di età	**Hub e Spoke:** - Psichiatria - Neurologia **Ambulatori specialistici territoriali:** - Neuropsichiatria Infantile - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche	
N05AX13	**Paliperidone**	os,im	RR/RNRL	A-PHT/H		Uso off-label: Disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza	**Centri Valutazione Alzheimer ex U.V.A.** - Psichiatria - Neurologia - Geriatria	
N05AX13	**Paliperidone**	im	RNRL	H	**PT cartaceo AIFA**	Formulazione iniettabile a somministrazione semestrale Indicato per la terapia di mantenimento della schizofrenia limitatamente ai pazienti adulti adeguatamente trattati con paliperidone palmitato 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	**Hub e Spoke:** - Psichiatria **Ambulatori specialistici territoriali:** - Neuropsichiatria Infantile - 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
N05AX16	**Brexpiprazolo**	os	RR	A-PHT		Indicato per il trattamento della schizofrenia nei pazienti adulti	**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	
N05CD08	**Midazolam**	os	RRL	A	**PT cartaceo AIFA**	Crisi convulsive acute prolungate in bambini e adolescenti (da 3 mesi a < 18 anni) Forme idiopatiche Sindrome di Dravet Sindrome di Panayiotopoulos	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Neurologia - Pediatria **Ambulatori specialistici territoriali:** - Neuropsichiatria infantile	
N06AB03	**Fluoxetina**	os	RR	A			**Hub e Spoke:** - Psichiatria **Ambulatori specialistici territoriali:** - 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	**Hub e Spoke:** - Psichiatria	
N06AX26	**Vortioxetina bromidrato**	os	RR	A		Trattamento episodi depressivi maggiori negli adulti	**Hub e Spoke:** - Psichiatria	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	**Hub e Spoke:** - Psichiatria Centri di salute mentale (CSM)	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**PT cartaceo AIFA**	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	**Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**	85
N06DA03	**Rivastigmina**	os,transderm	RRL	A	**PT cartaceo AIFA**	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	**Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**	85
N06DA04	**Galantamina (bromidato)**	os	RRL	A	**PT cartaceo AIFA**	Trattamento della malattia di Alzheimer: - di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 - di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20	**Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**	85
N06DX01	**Memantina (cloridrato)**	os	RRL	A-PHT	**PT cartaceo AIFA**	Trattamento di pazienti con malattia di Alzheimer da moderata a grave	**Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**	85

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N07BB04	**Naltrexone Cloridrato**	os	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	
N07BC02	**Metadone cloridrato**	os	OSP	H		Terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi (OST) in pazienti adulti, nell'ambito di un trattamento medico, sociale e psicologico	Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	
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: eta' ≥ 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.	**Hub:** - Neurologia (GOM RC-AOU CZ-AO CS) **Spoke:** - Neurologia (PO VV-ASP VV)	
N07XX02	**Riluzolo**	os	RRL	A-PHT		sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Generale - Neurologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
N07XX04	**Sodio oxibato**	os	RNRL	C/H		narcolessia con cataplessia in pazienti adulti	Classe C Neurologia Classe H Ser.D – Servizi per le Dipendenze Patologiche	
N07XX05	**Amifampridina**	os	RRL	C		Trattamento sintomatico della sindrome miastenica di Lambert-Eaton (LEMS) negli adulti	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Neurologia	
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024) 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) neiquali 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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 (amiloidosihATTR) in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o stadio 2	**Hub:** - Medicina Interna - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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	**Hub:** - Medicina Interna - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
N07XX18	**Vutrisiran**	sc	RNRL	H	**Registro web-based AIFA**	Trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina (amiloidosi hATTR) in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o allo stadio 2	**Hub:** - Neurologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
P	**FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI**							
P01CX01	**Pentamidina Isetionato**	ev	RRL	A-PHT			**Hub e Spoke:** - Malattie Infettive - Pneumologia	
R	**SISTEMA RESPIRATORIO**							

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	
R03AC12	**Salmeterolo Xinafoato**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AC13	**Formoterolo**	inal,os	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AC18	**Indacaterolo**	os	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AC19	**Olodaterolo**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - 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
R03AK06	**Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Proprionato**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AK07	**Budesonide/Formoterolo Fumarato**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AK08	**Formoterolo/beclometasone**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AK10	**Fluticasone furoato/vilanterolo**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AL03	**Umeclidinio bromuro/Vilanterolo trifenatato**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - 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
R03AL04	**Indacaterolo/glicopirronio bromuro**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AL05	**Bromuro di aclidinio/Formoterolo**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AL06	**Tiotropio/Olodaterolo**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AL07	**Glicopirronio/Formoterolo**	Inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03AL08	**Fluticasone/Umeclidinio/Vilanterolo**	inal	RRL	A	**PT Sistema TS**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - 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
R03AL09	**Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro**	inal	RRL	A	**PT Sistema TS**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - 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	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia - Allergologia	
R03AL11	**Glicopirronio/Formoterolo/Budesonide**	Inal	RNRL	A	**PT Sistema TS**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03BB04	**Tiotropio bromuro cloridrato**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03BB05	**Aclidinio bromuro**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - 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
R03BB06	**Glicopirronio bromuro**	inal	RR	A	**Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	Terapia inalatoria di mantenimento della BPCO	**MMG** **Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia	99
R03DC03	**Montelukast**	os	RR	A		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 Profilassi dell'asma da sforzo	**Hub e Spoke:** - Pneumologia - Medicina Generale **Ambulatori specialistici territoriali:** - Allergologia - Pneumologia - Pediatria -Medicina **Per pazienti pediatrici affetti da asma (Nota 336746/2018)** - Pediatria	82
R03DX05	**Omalizumab**	sc,ev	RRL	A-PHT	**PT cartaceo AIFA**	Asma di accertata natura IgE mediata	**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	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 eosinofilico refrattario severo in pazienti adulti, adolescenti e bambini di eta' 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	
R03DX09	**Mepolizumab**	sc,ev	RRL	A-PHT	**PT cartaceo AIFA**	Granulomatosi eosinofilica con poliangite (EGPA)	**Hub:** - Allergologia - Immunologia - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia **Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
R03DX09	**Mepolizumab**	sc,ev	RRL	A-PHT	**PT cartaceo AIFA**	Sindrome Ipereosinofila (HES)	**Hub:** - Allergologia - Ematologia - Immunologia - Pediatria - Pneumologia - Reumatologia	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
R03DX10	**Benralizumab**	sc	RRL	A-PHT	**PT Cartaceo AIFA**	Terapia di mantenimento aggiuntiva in pazienti adulti con asma eosinofilico severo non adeguatamente controllato malgrado l'impiego di corticosteroidi per via inalatoria a dosi elevate e β-agonisti a lunga durata d'azione	**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	
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
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
R06AE09	**Levocetirizina dicloroidrato**	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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 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**	
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**	

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 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**	
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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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**	
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**	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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 acetonide**	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	
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

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
S01LA04	**Ranibizumab**	intravitr	OSP	H	**Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf**	Edema maculare diabetico (DME)	**Hub e Spoke:** - Oculistica	98
S01LA07	**Ranibizumab**	intravitr	OSP	H	**Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf**	Trattamento della diminuizione visiva causata dall'edema maculareseconda 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 diminuizione visiva causata da neovascolarizzazione coroideale (CNV) secondaria a miopia patologica (PM)	**Hub e Spoke:** - Oculistica	
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
S01LA05	**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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
S01LA06	**Brolucizumab**	intravitr	OSP	H	**Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf**	Degenerazione maculare neovascolare correlata all'età (AMD essudativa)	**Hub e Spoke:** - Oculistica	98
S01LA06	**Brolucizumab**	intravitr	OSP	H	**Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf**	Indicato negli adulti per il trattamento di diminuzione visiva causata da edema maculare diabetico (DME)	**Hub e Spoke:** - Oculistica	98
S01LA09	**Faricimab**	intravitr	OSP	H	**Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf**	• Degenerazione maculare legata all'eta' di tipo neovascolare (umida) (nAMD) • Compromissione della vista dovuta a edema maculare diabetico(DME)	**Hub e Spoke:** - Oculistica	98
S01XA18	**Ciclosporina**	loc	RRL	A-PHT		Trattamento di severa cheratocongiuntiviteVernal (VKC) nei bambini al di sopra di 4 anni e negli adolescenti	**Rete Malattie Rare** (Allegato 1 - DCA n. 28 del 30/01/2024)	
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 lacrimali	**Hub e Spoke:** - Oculistica	83
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	**Hub:** - Oculistica	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
S01XA22	**Ocriplasmina**	intravitr	OSP	H			**Hub, Spoke e Ospedali generali:** - Oncologia	
S01XA24	**Cenegermin**	loc	RNRL	H		Trattamento della cheratite neurotrofica moderata (difetto epiteliale persistente) o severa (ulcera cornelae) negli adulti	**Hub e Spoke:** - Oculistica	
S01XA27	**Voretigenene neparvovec**	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	
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 (Vespula spp.), 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
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 sl rende necessaria l'inattivazlone rapida dei suoi effetti anticoagulanti:l-negll interventi chirurglci di emergenza/nelle procedure urgentii2-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	
V03AC03	**Deferasirox**	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
V03AE01	**Sodio Polistiren Solfonato**	os	RR	A			**Hub e Spoke:** - Medicina Generale - Nefrologia - Cardiologia - Emodialisi - Nefrologia	
V03AE02	**Sevelamer**	os	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke:** - Emodialisi - Nefrologia	
V03AE03	**Lantanio carbonato idrato**	os	RR	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke:** - Emodialisi - Nefrologia	
V03AE05	**Ossiidrossido sucroferrico**	os	RRL	A-PHT	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke:** - Nefrologia	
V03AE09	**Patiromer**	os	RRL	A-PHT		Indicato per il trattamento dell'iperkaliemia negli adulti	**Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali:** - Cardiologia - Nefrologia - Medicina interna	
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	

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB- BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI	Nota AIFA o altro
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
V03AF09	**Glucarpidasi**	ev	OSP	H		Indicato per ridurre concentrazioni plasmatiche tossiche di metotrexato in adulti e bambini (di età pari e superiore a ventotto giorni) con eliminazione ritardata di metotrexato o a rischio di tossicità da metotrexato	**Rete Ematologica Regionale - DCA n. 102/2020** Centri di II - III livello **Hub:** - Oncoematologia Pediatrica - Reumatologia **Hub e Spoke:** - Anestesia e Rianimazione - Medicina d'urgenza	
V03AH01	**Diazossido**	os	RRL	A	**Scheda Regionale DCA PT generico**		**Hub e Spoke:** - Medicina Generale - Oncologia - Gatroenterologia - 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 tarapia 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	