



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Oggetto: Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) – AGOSTO-SETTEMBRE 2024

Codice Proposta: 61201

N°. 315 DEL 16/10/2024

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

I Dirigenti responsabili, previo controllo degli atti richiamati, attesta la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali

Sottoscritto dal settore 03 - assistenza farmaceutica-assistenza integrativa e protesica - farmacie convenzionate - educazione all'uso consapevole del farmaco

Dott. SCARPELLI RITA FRANCESCA
(con firma digitale)

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento

Dott. CALABRÒ TOMMASO
(con firma digitale)

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;

DATO ATTO 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;
- con DCA n. 28 del 30/01/2024 è stata istituita la Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare, mediante individuazione delle Unità Operative deputate alla diagnosi e cura di malattie rare nell'ambito delle Aziende Ospedaliere della Regione;
- con DCA n. 162 del 18/11/2022 al punto 8.5 “*Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)*” del Programma Operativo 2022-2025 si è stabilito di approvare Linee guida specifiche per area terapeutica, nell'ambito dell'aggiornamento regolare del PTR;

CONSIDERATO che la Commissione Regionale del Farmaco:

- 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 Appropriata prescrizione 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**);
- ha collaborato insieme al Settore n. 3 nella stesura della Linea di indirizzo "*Trattamento e Profilassi dell'Emicrania*" (**Allegato 3**), al fine di supportare i diversi operatori sanitari nella migliore e tempestiva presa in carico del paziente affetto da emicrania, spesso soggetto ad un iperuso di farmaci anche inappropriati, che consentirebbe di ottimizzare la gestione farmacologica e razionalizzare l'utilizzo di risorse;

PRECISATO che ad ogni aggiornamento viene altresì:

- integrato l'elenco unico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) contenente i principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) (**Allegato 4**);
- revisionato l'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci inseriti nel PTR (**Allegato 5**);
- revisionato l'elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci per Malattia rara (**Allegato 6**);

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. 225/2024;
- 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**), parte integrante e sostanziale del presente atto, secondo le proposte trasmesse dalle Aziende Farmaceutiche e sulla base delle verifiche e dell'esito istruttorio della Commissione Regionale del Farmaco e dei Dispositivi Medici

(CRFDM);

- approvare le Linee di Indirizzo “*Trattamento e Profilassi dell’Emicrania*” (**Allegato 2**);
- aggiornare le tabelle 2 e 3 del DCA 118/2015 “Linee guida Appropriata prescrivibile per l’utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica” e delle Schede di Prescrizione della Terapia per farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica (**Allegato 3**);
- aggiornare l’elenco unico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) contenente i principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) (**Allegato 4**);
- aggiornare l’elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci inseriti nel PTR (**Allegato 5**);
- aggiornare l’elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci per Malattia rara inseriti nel PTR (**Allegato 6**);

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.

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 considerati parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE

- l’aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale di cui all’allegato tecnico (**Allegato 1**);
- le Linee di Indirizzo “*Trattamento e Profilassi dell’Emicrania*” (**Allegato 2**);
- l’aggiornamento delle tabelle 2 e 3 del DCA 118/2015 “Linee guida Appropriata prescrivibile per l’utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica” e delle Schede di Prescrizione della Terapia per farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica (**Allegato 3**);
- l’aggiornamento dell’elenco unico del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) contenente i principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) (**Allegato 4**);
- l’aggiornamento dell’elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci inseriti nel PTR (**Allegato 5**);
- l’aggiornamento dell’elenco dei Centri abilitati alla Prescrizione dei farmaci per Malattia rara inseriti nel PTR (**Allegato 6**);

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*);

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 a cura del Settore n. 3 del Dipartimento Salute e Welfare.

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.

Avverso il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC.

**Il Sub Commissario
FANTOZZI IOLE**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)

**Il Sub Commissario
ESPOSITO ERNESTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

**Il Commissario
ROBERTO OCCHIUTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE
SETTORE 03 - ASSISTENZA FARMACEUTICA-ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA -
FARMACIE CONVENZIONATE - EDUCAZIONE ALL'USO CONSAPEVOLE DEL FARMACO

Il responsabile del procedimento.)

MARIANNA VERALDI

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

*Il Dirigente del settore 03 - assistenza
farmaceutica-assistenza integrativa e protesica -
farmacie convenzionate - educazione all'uso
consapevole del farmaco*

SCARPELLI RITA FRANCESCA

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Generale

CALABRÒ TOMMASO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 30.09.2024

ATC	Principio Attivo	Specialità Medicinale	Via di Somministrazione	Classe di Appartenenza/Centri Prescrittori	Indicazioni e Limitazioni D'Uso	Note
FARMACI AD ACCESSO DIRETTO						
B02BX06	Emicizumab	HEMLIBRA	sc	A-PHT/RRL Centri Prescrittori: UO Microcitemia Emostasi e Trombosi del GOM Reggio Calabria, UO Ematologia – UOS Patologie coagulative dell'AO Cosenza e UO Centro Emostasi e Trombosi del PO Pugliese Ciaccio - AOU Catanzaro (Rete Regionale MR - Allegato 1 - DCA n. 28/2024)	indicato per la profilassi di routine degli episodi emorragici in pazienti affetti da emofilia A (deficit congenito di fattore VIII): senza inibitori del fattore VIII che presentano malattia moderata (FVIII $\geq$ 1% e $\leq$ 5%) con fenotipo emorragico severo Codice di esenzione MR: RDG020	Farmaco per Malattia RARA Farmaco A-PHT Nota Prot. n. 585478 del 19/09/2024
L01BC58	Decitabina e Cedazuridina	INAQOVI	os	H-RNRL Centri Prescrittori: Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)	in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML, acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia di induzione standard	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 599714 del 25/09/2024
A10BK03	Empaglifozin	JARDIANCE	os	A-PHT/RRL Centri Prescrittori:	Malattia renale cronica	Piano Terapeutico web-based Farmaco A-PHT

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 30.09.2024

				UU.OO. Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria, Endocrinologia e Nefrologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali		Nota Prot. n. 547873 del 02/09/2024
L01FF06	Cemiplimab	LIBTAYO	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulte con carcinoma della cervice uterina recidivante o metastatico con progressione di malattia durante o dopo un precedente trattamento con chemioterapia a base di platino;	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 505347 del 01/08/2024
L01FF06	Cemiplimab	LIBTAYO	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	in associazione a chemioterapia a base di platino è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con NSCLC che esprimono PD-L1 (in $\geq 1\%$ delle cellule tumorali), senza aberrazioni di EGFR, ALK o ROS1, che presentano: NSCLC localmente avanzato che non sono candidati per la chemioradioterapia definitiva, oppure NSCLC metastatico;	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 505347 del 01/08/2024
L01XX66	Selinexor	NEXPOVIO	os	H-RNRL Centri Prescrittori: Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)	in associazione a bortezomib e desametasone (SVd) per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una terapia precedente e refrattari alla lenalidomide	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 518086 del 07/08/2024
L01XX66	Selinexor	NEXPOVIO	os	H-RNRL Centri Prescrittori:	in associazione a desametasone (Sd) per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti sottoposti ad almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia è refrattaria ad almeno due inibitori del proteasoma, a due agenti immunomodulatori e	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 518086 del 07/08/2024

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 30.09.2024

				Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)	a un anticorpo monoclonale anti-CD38, che abbiano dimostrato progressione di malattia durante l'ultima terapia	
L01FY02	nivolumab/relatlimab	OPDUALAG	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	indicato per il trattamento di prima linea del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni con espressione tumorale del PD-L1 < 1%	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 604461 del 27/09/2024
L01FX24	Teclistamab	TECVAYLI	sc	H-OSP Centri Prescrittori: Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)	in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno tre precedenti terapie, compresi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano evidenziato progressione della malattia durante l'ultima terapia	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 593307 del 23/09/2024
L01FX27	Epcoritamab	TEPKINLY	sc	H-OSP Centri Prescrittori: Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)	in monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistemica	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota Prot. n. 604464 del 27/09/2024
FARMACI NON AD ACCESSO DIRETTO						
D11AH07	Tralokinumab	ADTRALZA	sc	H-RNRL Centri Prescrittori:	Indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adolescenti (12-17 anni) che sono candidati alla terapia sistemica	Scheda di prescrizione Cartacea AIFA

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 30.09.2024

				UU.OO. Dermatologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali		GU n. 218 del 17/09/2024
L04AC21	Bimekizumab	BIMZELX	sc	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Dermatologia, Reumatologia e Medicina Generale di Hub, Spoke e Ospedali generali	In monoterapia o in combinazione con metotressato, è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva negli adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono risultati intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs)	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici
L01EJ01	Ruxolitinib	JAKAVI	os	H-RNRL Centri Prescrittori: Centri di II - III livello della Rete Ematologica Regionale (DCA n. 102/2020)	indicato per il trattamento di pazienti di età pari o superiore ai 12 anni con malattia del trapianto contro l'ospite acuta o con malattia del trapianto contro l'ospite cronica che presentano una risposta inadeguata al trattamento con corticosteroidi o altre terapie sistemiche	Scheda Regionale DCA PT generico
L04AF08	Ritlecitinib	LITFULO	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Dermatologia e Pediatria di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Alopecia areata severa negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni	Scheda di prescrizione Cartacea AIFA GU n. 218 del 17/09/2024

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024

TABELLA SINTETICA – Seduta del 30.09.2024

L04AC24	Mirikizumab	OMVOH	sc	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Gastroenterologia e Medicina Generale di Hub, Spoke e Ospedali generali	indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva di grado da moderato a grave che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un trattamento biologico	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici
L01FY01	pertuzumab/trastuzumab	PHEGO	sc	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	indicato per l'uso in associazione con chemioterapia nel trattamento neoadiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, localmente avanzato, infiammatorio o allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva	
L04AF07	Deucravacitinib	SOTYKTU	os	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Dermatologia di Hub, Spoke e Ospedali generali	trattamento della psoriasi a placche da moderata a severa in adulti candidati alla terapia sistemica	Scheda Regionale DCA Farmaci Biologici

Aggiornamento Centri Prescrittori e Varie:

ADTRALZA (tralokinumab): ATC D11AH07. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 147/2022). **Nuova formulazione farmaceutica e Nuovo dosaggio.**

- 300 mg soluzione iniettabile, uso sottocutaneo - siringa preriempita (vetro) in penna preriempita 2 ml (150 mg/ml), 2 penne preriempite - A.I.C. n. 049573049;
- 300 mg soluzione iniettabile, uso sottocutaneo – siringa preriempita (vetro) in penna preriempita 2 ml (150 mg/ml) 6 (3x2) penne preriempite (confezione multipla) - A.I.C. n. 049573052;

GU n. 218 del 17-9-2024 - *Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche e riclassificazione del medicinale per uso umano «Adtralza» ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.*

DABIGATRAN Viatris (dabigatran): ATC B01AE07. Classe A-PHT-RR/RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). **Farmaco generico.**

GU n. 194 del 20-8-2024 - *Riclassificazione del medicinale per uso umano «Dabigatran Etexilato Viatris», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.*

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024**TABELLA SINTETICA – Seduta del 30.09.2024**

PLERIXAFOR Viatris (plerixafor): ATC L03AX16. Classe H-OSP. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). Farmaco generico. GU n. 188 del 12-8-2024 - <i>Riclassificazione del medicinale per uso umano «Plerixafor Viatris», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.</i>
UZPRUVO (ustekinumab): ATC L04AC05. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 164/2018). Farmaco biosimilare. GU n. 196 del 22-8-2024 - <i>Riclassificazione del medicinale per uso umano «Uzpruvo», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.</i>
ZEJULA (niraparib): ATC L01XK02. Classe H-RNRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 134/2021). Nuovo dosaggio. 100 MG BLISTER 56 COMPRESSE – AIC 045690043; 100 MG BLISTER 84 COMPRESSE – AIC 045690056; Le nuove confezioni con compressa andranno a sostituire quelle attualmente in commercio con capsula mantenendo invariate le condizioni commerciali già in essere e rimangono esitabili fino alla data di scadenza indicata in etichetta - GU n.178 del 31-7-2024 - <i>Riclassificazione del medicinale per uso umano «Zejula», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.</i>
XARELTO (Rivaroxaban): ATC B01AF01. PRADAXA (Dabigatran): ATC B01AE07. ELIQUIS (Apixaban): ATC B01AF02. LIXIANA (Edoxaban): ATC B01AF03. Classe A-PHT-RRL. Farmaco già in PTR (DCA n. 93/2016). Integrazione Centri Prescrittori. - Per l'indicazione terapeutica: Fibrillazione atriale non valvolare – FANV sono già autorizzati alla prescrizione: MMG e UU.OO. di Cardiologia, Medicina Generale, Neurologia, Geriatria e Centri trombotici ed emostasi di Hub e Spoke e U.O. Cardiologia del Policlinico Madonna della Consolazione - ASP RC - Per l'indicazione terapeutica: Trattamento e Prevenzione Trombosi venosa profonda (TVP) - Embolia polmonare (EP) sono già autorizzati alla prescrizione le UU.OO. Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria, Ematologia, Neurologia, Ortopedia, Medicina D'Urgenza di Hub e Spoke. Vengono aggiunti ai centri prescrittori già abilitati: Poliambulatorio di Medicina Interna di Delianuova – ASP RC;



Linee di Indirizzo “Trattamento e Profilassi dell’Emicrania”

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

DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	2
2. LA GESTIONE DELL'EMICRANIA	5
3. CONTESTO REGIONE CALABRIA.....	6
4. TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER L'EMICRANIA	8
➤ Farmaci aspecifici:	9
➤ Farmaci specifici:	9
➤ Trattamento in profilassi	10
5. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.....	12
6. CONCLUSIONI	13
7. Bibliografia.....	14

1. INTRODUZIONE

L'emicrania è un disturbo caratterizzato da attacchi di mal di testa intenso, spesso accompagnati da nausea, vomito e sensibilità alla luce e ai suoni. Le cause esatte dell'emicrania non sono ancora del tutto chiare e sembrano coinvolgere una combinazione di fattori genetici (38 polimorfismi associati) e ambientali. Oltre alla predisposizione genetica, diversi fattori possono scatenare un attacco, come lo stress, i cambiamenti nel ritmo del sonno, l'alimentazione, le alterazioni ormonali, alcuni farmaci e l'esposizione a luci intense o a schermi.

L'emicrania è una delle forme di mal di testa più comuni, colpendo circa il 15-25% della popolazione mondiale. Le donne sono più colpite degli uomini (rapporto 3:1). È importante distinguere l'emicrania dalle altre tipologie di cefalea, come la cefalea tensiva e a grappolo, che hanno caratteristiche diverse, associate ad altri sintomi oltre al dolore e considerate cefalee primarie non riconducibili ad alcun'altra patologia. Le cefalee secondarie correlate ad altre condizioni cliniche rappresentano circa il 20% delle forme di cefalea e tra queste rientra, ad esempio, la cefalea da uso eccessivo di farmaci.

Nonostante la sua diffusione, spesso non viene diagnosticata correttamente o viene sottovalutata dai pazienti.

Studi recenti indicano che un numero significativo di persone che soffrono di emicrania non ne parla al proprio medico. Questo può dipendere da diversi fattori, come la difficoltà nel descrivere i sintomi, la paura di essere sottoposti a ulteriori esami o la convinzione che si tratti di un disturbo banale.

Il Medico di Medicina Generale è il primo punto di riferimento per chi soffre di emicrania. Grazie alla sua conoscenza del paziente e della sua storia clinica, il medico può effettuare una diagnosi accurata e consigliare il trattamento più adatto. È importante rivolgersi al proprio medico non solo durante gli attacchi, ma anche per discutere delle possibili strategie preventive.

Anche il farmacista di comunità rappresenta una risorsa indispensabile per il sistema sanitario. La sua presenza sul territorio lo rende il primo punto di contatto per i pazienti, che spesso si rivolgono a lui per consigli e chiarimenti. Il suo ruolo non si limita alla dispensazione dei farmaci, ma si estende anche a dare un contributo ad indirizzare il paziente verso il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato.

L'emicrania è un disturbo complesso che può avere un impatto significativo sulla qualità della vita. Tuttavia, grazie alle nuove conoscenze e ai trattamenti disponibili, è possibile gestire efficacemente gli attacchi, trattando con successo il 90% dei pazienti che richiedono una visita medica per cefalea, e ridurre la frequenza delle crisi.

Le forme più frequenti di mal di testa sono illustrate nella **Tabella 1**:

CEFALEE PRIMARIE	CEFALEE SECONDARIE
Emicrania Generalmente episodica, colpisce il 15-25% della popolazione generale, con predominanza nel sesso femminile (3:1); Ne esiste anche una tipologia cronica, con predominanza di giorni con emicrania rispetto a quelli senza emicrania	Cefalea da uso eccessivo di farmaci Cefalea secondaria, ma che si manifesta solamente come complicazione di una cefalea preesistente (solitamente emicrania o cefalea di tipo tensivo); colpisce l'1-2% degli adulti, maggiormente donne, e circa lo 0,5% dei bambini e degli adolescenti
Cefalea di tipo tensivo Generalmente episodica, nel 10% delle persone ne soffre frequentemente, per il 3% è cronica	
Cefalea a grappolo Attacchi di emicrania estremamente intensi e frequenti ma di breve durata; colpisce 3 uomini su 1000 e 1 donna su 2000	

Tabella 1. Forme più frequenti di mal di testa.

Una corretta diagnosi è fondamentale per gestire efficacemente l'emicrania. Tuttavia, gli studi dimostrano che spesso i pazienti con cefalea non vengono inviati ad uno specialista neurologo. Questo significa che la maggior parte dei casi viene seguita dal Medico di Medicina Generale (MMG).

Il mancato riconoscimento della patologia rimane dunque un problema. Questo ritardo diagnostico può avere un impatto significativo sulla qualità di vita del paziente, sia a livello personale che lavorativo.

Per garantire una diagnosi corretta e tempestiva, è fondamentale che il MMG sia in grado di riconoscere i cosiddetti "segnali d'allarme". Questi sintomi indicano la possibile presenza di una cefalea causata da una patologia più grave e richiedono un approfondimento diagnostico specialistico. Alcuni esempi di segnali d'allarme sono rappresentati dall'insorgenza improvvisa e violenta del mal di testa, il peggioramento progressivo del dolore, l'associazione a sintomi neurologici (debolezza, intorpidimento, disturbi della vista) e la presenza di febbre, rigidità nucale, mialgie o altri sintomi sistemici;

La gestione dell'emicrania può essere suddivisa in diversi livelli di assistenza:

- **Primo livello:** Medico di medicina generale. Il MMG è il primo punto di riferimento per la maggior parte dei pazienti con cefalea; Farmacista di comunità. Al Farmacista di comunità affrisce solitamente il paziente episodico con bassa frequenza e complessità o il paziente cronico con abuso di analgesici.
- **Secondo livello:** Neurologo. In caso di diagnosi incerta o di presenza di segnali d'allarme, il paziente può essere inviato a uno specialista.

- **Terzo livello:** Centri cefalee o ambulatori specialistici. Questi centri offrono una diagnosi e un trattamento più approfonditi per i casi più complessi.

Lo scopo di questo documento è fornire a tutti gli operatori sanitari delle linee d'indirizzo pratiche per la gestione dei pazienti con emicrania. L'obiettivo è migliorare la qualità dell'assistenza fornita e ridurre l'impatto dell'emicrania sulla vita dei pazienti.

In **Tabella 2** sono riassunte le principali caratteristiche distintive dell'emicrania e delle cefalee più importanti. Secondo la classificazione dell'*International Headache Society* (IHS), l'emicrania si può distinguere in due tipi principali: l'emicrania con aura, in cui la cefalea è preceduta da sintomi neurologici transitori e reversibili, definiti aura emicranica, e l'emicrania senza aura, in cui questi disturbi sono assenti.

	EMICRANIA	CEFALEA DI TIPO TENSIVO (TTH)	CEFALEA A GRAPPOLO (CH)	CEFALEA DA USO ECCESSIVO DI FARMACI
Caratteristiche temporali	Emicrania episodica: episodi ricorrenti di cefalea della durata variabile da 4 ore a 3 giorni; frequenza variabile degli episodi da 2/settimana a 1-2/mese o 1/anno; assenza di sintomatologia tra un episodio e l'altro. Emicrania cronica: perdita dell'episodicità: cefalea ≥ 15 giorni/mese con sintomi caratteristici di emicrania per ≥ 8 giorni/mese	TTH frequente episodica: episodi ricorrenti di cefalea che durano da qualche ora a pochi giorni; da 1 a 14 giorni interessati al mese; assenza di sintomatologia tra un episodio e l'altro TTH cronica: ≥ 15 giorni interessati al mese (spesso ogni giorno e senza sosta)	CH episodica: episodi frequenti (di solito ≥ 1 al giorno) e di breve durata (15- 180 minuti): ricorrente, di solito una o due volte/anno, con una durata di 6-12 settimane; diminuisce o scompare per ≥ 3 mesi CH cronica: simile all'episodica ma senza remissioni tra gli episodi.	Cefalea: ≥ 15 giorni/mese, spesso giornaliera.
Caratteristiche tipiche	Spesso unilaterale; spesso pulsante.	Può essere unilaterale ma spesso generalizzata; può diffondersi al collo;	unilaterale (sebbene ci possano essere degli spostamenti), posizionata attorno agli occhi o sopra le tempie.	può essere unilaterale ma spesso generalizzata; frequente nelle donne; frequente al mattino;
Intensità	Tipicamente moderata-severa	Tipicamente moderata-severa	Estremamente severa	Variabile

Sintomi associati	aura (in casi minori); spesso nausea/vomito; spesso foto/fonofobia;	TTH frequente episodica: nessun sintomo tipico, a volte foto/fonofobia TTH cronica: a volte nausea ma non vomito	Nel lato coinvolto: occhi rossi o che lacrimano, naso congestionato, ptosi palpebrale.	Solitamente correlate a quelli tipici dell'emicrania o della cefalea di tipo tensivo.
Altri comportamenti	Accentuata da attività fisica (solitamente il paziente riposa a letto); preferenza per il buio e la quiete.	Nessun comportamento specifico.	Agitazione marcata (il paziente non-riesce a restare immobile durante gli episodi).	Solitamente correlati a quelli tipici Dell'emicrania o della cefalea di tipo tensivo

Tabella 2. Principali caratteristiche distintive dell'emicrania e delle cefalee più importanti

2. LA GESTIONE DELL'EMICRANIA

Quando si parla di emicrania, è fondamentale un approccio accurato e personalizzato.

Il primo passo è inquadrare la cefalea: capire se il mal di testa che il paziente avverte corrisponde effettivamente a un'emicrania. Per questo, il medico raccoglie informazioni dettagliate sui sintomi e sulla storia clinica del paziente. È importante escludere altre cause di mal di testa, alcune delle quali possono essere gravi e richiedere un intervento immediato.

Successivamente si deve: Informare e supportare il paziente. Una volta diagnosticata l'emicrania, è fondamentale che il paziente sia informato sulle caratteristiche della malattia e sulle possibili terapie. Il medico deve spiegare in modo chiaro le opzioni disponibili, i loro vantaggi e i loro limiti, senza creare false aspettative. È inoltre importante sottolineare l'importanza della collaborazione del paziente nel seguire il trattamento.

Un diario della cefalea è uno strumento molto utile per monitorare l'andamento della malattia e valutare l'efficacia delle terapie. Il paziente deve annotare la frequenza, l'intensità e la durata degli attacchi, nonché i fattori che sembrano scatenarli o alleviarli. Queste informazioni sono fondamentali per personalizzare il trattamento.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è spesso il primo punto di riferimento per i pazienti con emicrania. Ha un ruolo chiave nell'inquadramento iniziale della malattia, nella prescrizione delle prime terapie e nel monitorare l'andamento della malattia nel tempo. In alcuni casi però, può essere necessario rivolgersi a uno specialista neurologo, come ad esempio quando:

- La diagnosi non è chiara
- Il trattamento non è efficace

- Ci sono complicazioni o sintomi allarmanti

Il Farmacista di comunità è, nel panorama sanitario attuale, cruciale come primo punto di accesso per i cittadini. La sua competenza e la sua vicinanza al territorio lo rendono una figura di riferimento per la diagnosi e la gestione di diverse patologie, affiancando il medico di medicina generale e garantendo continuità assistenziale.

La gestione dell'emicrania richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato. La collaborazione tra paziente, medico e farmacista è fondamentale per ottenere i migliori risultati.

3. CONTESTO REGIONE CALABRIA

In Regione Calabria, al 1° gennaio 2024 (dati Istat), la popolazione adulta residente risulta pari a 1.550.871.

La stima dei pazienti cefalgici prevalente risulta pari all' 11,60%, per un totale di 179.901 pazienti (1), mentre quella incidente risulta pari all' 1,52%, per un totale di 23.573 pazienti (2). La popolazione diagnosticata risulta pari al 26,80%, per un totale di 54.531 pazienti (3).

Negli ultimi anni, la Regione Calabria ha introdotto diversi provvedimenti (DCA n. 9/2016, DCA n. 21/2022 e DCA n. 195/2022) per migliorare l'assistenza ai pazienti con emicrania. L'obiettivo è garantire un accesso rapido e adeguato alle cure, anche grazie ai nuovi farmaci disponibili (Anticorpi Monoclonali, Gepanti e Ditani), rispettando le linee guida cliniche e assicurando la terapia più adatta a ogni paziente.

Con il DCA n. 9/2016 è stata costituita la Rete Cefalea Calabria (**Tabella 3**), un sistema organizzato in tre livelli di assistenza:

- **Primo livello:** Medici di medicina generale e farmacisti di comunità, per i casi meno complessi: paziente episodico con bassa frequenza e complessità o paziente cronico con abuso di analgesici;

Il medico di medicina generale costituisce il primo punto di accesso per i pazienti con cefalea, svolgendo un ruolo cruciale nella diagnosi iniziale e nella gestione dei casi meno complessi. Grazie a un approfondito esame clinico e all'utilizzo di strumenti diagnostici adeguati, il medico di base è in grado di differenziare le cefalee primarie da quelle secondarie e di avviare un trattamento terapeutico appropriato. Un sistema di raccolta dati condiviso, integrato con le linee guida delle società scientifiche, supporta i medici di medicina generale nell'individuazione precoce dei fattori di rischio e nella scelta delle terapie più efficaci. Nei casi più complessi o resistenti alle terapie di primo livello, il paziente viene indirizzato ai livelli successivi della rete, garantendo così un percorso assistenziale continuo e personalizzato.

- **Secondo livello:** Neurologi ambulatoriali, per casi di media complessità a cui si rivolge il paziente episodico e cronico a complessità medio-bassa.

Il secondo livello della rete, composto da specialisti ospedalieri e territoriali, si occupa di circa il 30% dei pazienti con cefalea di media e alta frequenza e intensità. Questi professionisti, avvalendosi di database e linee guida comuni, valutano attentamente i pazienti inviati dai medici di medicina generale, verificando gli esami già effettuati, le terapie in corso e la compliance del paziente. Lo specialista ha il compito di completare la diagnosi, utilizzando strumenti standardizzati come il diario delle cefalee e questionari specifici (MIDAS), e di impostare un trattamento personalizzato sulla base delle linee guida internazionali. In questo modo, si garantisce una presa in carico ottimale del paziente e un percorso assistenziale omogeneo.

- **Terzo livello:** Centri Cefalee ospedalieri, per i casi più complessi e frequenti.

Il terzo livello della rete è rappresentato dai Centri Cefalee ospedalieri, specializzati nella gestione dei casi più complessi. Questi centri si occupano di diagnosi approfondite (fino al livello 4 della classificazione IHS), di terapie per le forme croniche e farmaco-resistenti, e di pazienti con comorbidità multiple o abuso di analgesici. In questi centri vengono adottati protocolli innovativi per trattamenti avanzati, come l'infiltrazione di tossina botulinica, la terapia con anticorpi monoclonali e le procedure interventistiche. Viene inoltre offerta assistenza specializzata per la disassuefazione da farmaci e per la gestione delle algie cranio-facciali croniche resistenti, attraverso un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse specialità mediche. Il Centro di riferimento regionale, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "R. Dulbecco" di Catanzaro (Legge Regionale n.11/2004), si occupa dei casi più complessi sia dal punto di vista clinico che terapeutico.

RETE REGIONALE DELLE CEFALIE			
Livelli di attività	Azienda Ospedaliera/Sanitaria	Struttura/U.O.	Area
TERZO LIVELLO	Azienda Ospedaliera Universitaria Catanzaro P.O. Pugliese	Centro Cefalee di Riferimento Regionale U.O. Neurologia	
SECONDO LIVELLO	Azienda Ospedaliera Cosenza P.O. Annunziata	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia	NORD
	Azienda Sanitaria Provinciale Crotone – P.O. Crotone	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia	CENTRO
	Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro – P.O. Lamezia Terme	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia	
	Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia – P.O. Vibo Valentia	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia	
	Azienda Ospedaliera Reggio Calabria P.O. Riuniti	Ambulatorio Cefalee U.O. Neurologia	SUD
	Azienda Sanitaria Provinciale Reggio Calabria	Centro multidisciplinare Polo Sanitario Reggio Calabria Sud	
	Azienda Provinciale Sanitaria Cosenza	Distretto Sanitario (Acri, Praia a Mare-Scalea, Cosenza-Rende, Rossano, Trebisacce) + AFT/UCCP	NORD

PRIMO LIVELLO	Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro	Distretto Sanitario (Catanzaro, Catanzaro Lido, Lamezia Terme) + AFT/UCCP	CENTRO
	Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia	Distretto Sanitario (Vibo Valentia) + AFT/UCCP	
	Azienda Sanitaria Provinciale Crotone	Distretto Sanitario (Crotone, Mesoraca, Cirò Marina) + AFT/UCCP	
	Azienda Sanitaria Provinciale Reggio Calabria	Distretto Sanitario (Reggio Calabria Nord, Palmi, Siderno) + AFT/UCCP	SUD

Tabella 3. Rete Cefalea Regione Calabria

4. TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER L'EMICRANIA

I trattamenti farmacologici disponibili possono essere suddivisi in trattamento acuto o sintomatico e trattamento in profilassi dell'emicrania episodica: entrambi hanno l'obiettivo di migliorare la qualità di vita e ridurre la disabilità legata alla patologia.

➤ Trattamento acuto o sintomatico

Quando si manifesta un attacco di emicrania, è fondamentale intervenire tempestivamente per cercare di alleviarne i sintomi e ridurre la durata del dolore. A tal fine, esistono due principali categorie di farmaci per il trattamento acuto dell'emicrania:

- **Farmaci aspecifici:** Sono farmaci che alleviano diversi tipi di dolore, come il mal di testa generico. Esempi comuni sono il paracetamolo e i FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) o combinazione di principi attivi, utili nelle emicranie di intensità lieve o moderata.
- **Farmaci specifici:** Sono farmaci (Triptani) che agiscono in modo più specifico sul meccanismo che causa il dolore tipico dell'emicrania, risultando particolarmente efficaci nelle crisi più intense, soprattutto nel dolore trigemino-vascolare.

In alcuni casi, per contrastare sintomi come nausea e vomito, possono essere associati farmaci anti-emetici.

La scelta del farmaco più adatto dipende da diversi fattori, come l'intensità dell'attacco e la risposta individuale ai trattamenti. Le linee guida della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) raccomandano di:

- Agire in fretta: Assumere il farmaco prima possibile dall'inizio dell'attacco, per ottenere i migliori risultati;
- Usare la dose giusta: È importante utilizzare la dose minima efficace, per ridurre al minimo gli effetti collaterali.
- Provare un farmaco alla volta: Inizialmente, è preferibile utilizzare un solo tipo di farmaco per valutarne l'efficacia.

Ogni paziente sperimenta l'emicrania in modo diverso. È quindi importante imparare a riconoscere i propri segnali e a capire quale tipo di trattamento è più efficace in ogni situazione. Il medico potrà prescrivere diverse opzioni terapeutiche, in modo da avere sempre a disposizione il farmaco più adatto alle proprie esigenze. In conclusione, il trattamento dell'emicrania è un percorso personalizzato. Collaborando con il proprio medico, è possibile trovare la strategia più efficace per gestire gli attacchi e migliorare la propria qualità di vita.

➤ **Farmaci aspecifici:**

Quando si manifesta un attacco di emicrania di intensità lieve o moderata, molti ricorrono all'automedicazione con analgesici come il paracetamolo o i FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei), spesso disponibili senza prescrizione medica. Prima di iniziare qualsiasi trattamento, è fondamentale che il medico raccolga un'anamnesi dettagliata sui farmaci già assunti dal paziente, anche in passato. Questo permette di valutare l'efficacia dei diversi principi attivi, di individuare eventuali effetti collaterali e di escludere un eventuale abuso di analgesici. Un uso eccessivo e prolungato di analgesici può trasformare un'emicrania episodica in una forma cronica, rendendo più difficile il controllo degli attacchi. Si parla di abuso quando questi farmaci vengono assunti per più di 15 giorni al mese, per un periodo superiore ai 3 mesi. Non esiste un farmaco miracoloso per l'emicrania. L'efficacia dei diversi principi attivi può variare da persona a persona e dipende anche da fattori come l'intensità dell'attacco e le caratteristiche individuali, dunque, è sempre consigliabile rivolgersi al proprio medico per la scelta del trattamento più adatto, tenendo conto della storia clinica del paziente e delle caratteristiche del singolo attacco.

➤ **Farmaci specifici:**

Quando l'emicrania si presenta in forma moderata o grave, i triptani sono considerati i farmaci di prima scelta. Per ottenere il massimo beneficio, è importante assumerli il più presto possibile, idealmente quando il dolore è ancora lieve. La scelta del triptano più adatto dipende da diversi fattori, come le caratteristiche dell'attacco e le preferenze personali. In caso di nausea e vomito, possono essere preferibili le formulazioni nasali o iniettabili. Purtroppo, a volte l'emicrania può tornare anche dopo aver assunto un triptano (fenomeno noto come "*relapse*"). In questi casi, è possibile ripetere la dose o provare un altro tipo di triptano. È importante non superare i 10 giorni di utilizzo al mese per evitare effetti collaterali.

Nella gestione dell'emicrania è importante ricordare:

- Tempestività: Assumere i farmaci prima possibile dall'inizio dell'attacco.
- Personalizzazione: Scegliere il farmaco più adatto in base alle proprie esigenze.
- Moderazione: Non eccedere nell'uso di analgesici e triptani.

- **Consulto medico:** Rivolgersi al medico per una diagnosi accurata e un piano terapeutico personalizzato.

L'emicrania rappresenta dunque una condizione complessa che richiede un approccio personalizzato. Grazie ai progressi della medicina, oggi disponiamo di farmaci efficaci per gestire gli attacchi e migliorare la qualità di vita.

➤ **Trattamento in profilassi**

L'emicrania che non risponde ai comuni farmaci per l'attacco acuto può essere gestita con una terapia di prevenzione. Questa terapia, chiamata profilassi, ha lo scopo di ridurre la frequenza e l'intensità delle crisi, migliorando così la qualità di vita del paziente. Le linee guida internazionali raccomandano di iniziare la profilassi quando si hanno almeno quattro giorni al mese di mal di testa invalidante o quando gli attacchi, anche se meno frequenti, non rispondono ai farmaci per l'attacco acuto. La scelta del farmaco e la durata del trattamento vengono personalizzate per ogni paziente, tenendo conto di altri problemi di salute e dei farmaci già in uso. È importante iniziare con dosi basse e aumentare gradualmente fino a trovare la dose efficace, mantenendo il trattamento per almeno 3-6 mesi.

Per la profilassi dell'emicrania si utilizzano diversi tipi di farmaci, come i beta-bloccanti, i calcio-antagonisti, gli antidepressivi e gli anticonvulsivanti, in diversi setting assistenziali (**Figura 1**). Negli ultimi anni sono stati introdotti anche farmaci biologici, come gli anticorpi monoclonali, che si sono dimostrati molto efficaci. Le linee guida della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) forniscono indicazioni precise sui farmaci da utilizzare in base alla gravità dell'emicrania e alle caratteristiche del paziente. Ad esempio, il propranololo e il topiramato sono spesso indicati come prima scelta, mentre l'amitriptilina e il valproato possono essere utilizzati in seconda linea. La profilassi non cura l'emicrania, ma la rende più gestibile. È fondamentale seguire le indicazioni del medico e non interrompere il trattamento prematuramente. In alcuni casi possono verificarsi effetti collaterali, che vanno segnalati al medico. La profilassi dell'emicrania è una strategia terapeutica efficace per ridurre l'impatto di questa malattia sulla vita dei pazienti.

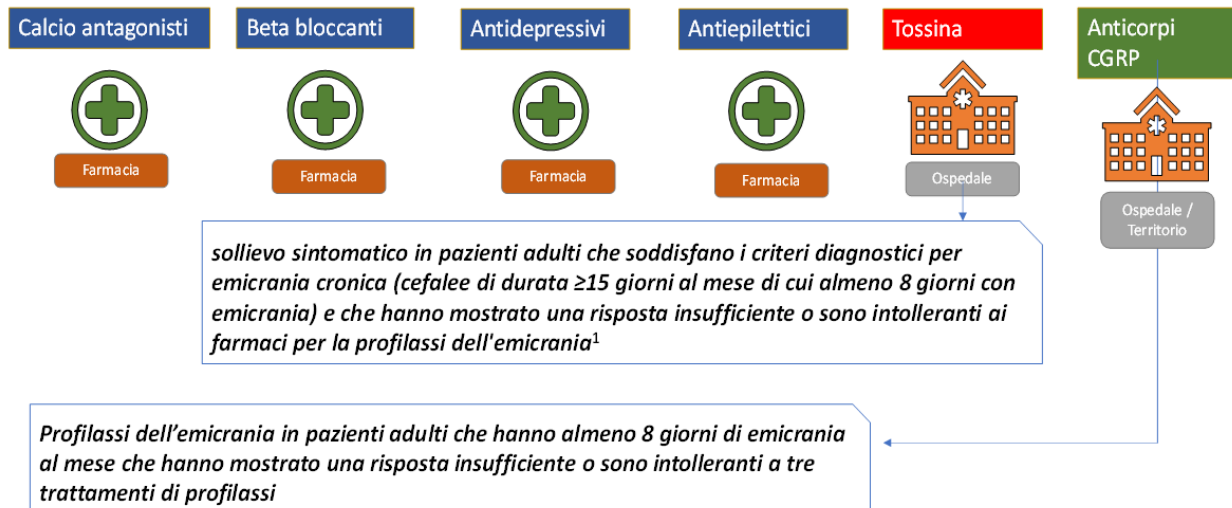


Figura 1. Terapie di profilassi e setting assistenziali.

Grazie ai progressi della ricerca, sono disponibili sempre più opzioni terapeutiche, personalizzabili in base alle esigenze individuali di ogni paziente.

In Regione Calabria, sono stati individuati specifici Centri prescrittori per gli anticorpi anti-CGRP (*Calcitonin Gene Related Peptide*) come di seguito specificato:

Codice ATC	Principio Attivo	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	PT/WEB-BASED	INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA	CENTRI PRESCRITTORI
N02CD01	Erenumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello
N02CD02	Galcanezumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello
N02CD03	Fremanezumab	sc	RRL	A-PHT	Registro web-based AIFA	Profilassi dell'emicrania in adulti che hanno almeno 4 giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello
N02CD05	Eptinezumab	ev	OSP	H	Registro web-based AIFA	Indicato per la profilassi dell'emicrania negli adulti, con almeno quattro giorni di emicrania al mese	Rete Regionale delle Cefalee DCA n. 21 del 07/03/2022 Centri di II - III livello

Con DCA n. 316 del 28/12/2023 è stato approvato il progetto regionale *“Chronic migraine care Regione Calabria. Gestione clinica efficace ed efficiente, con il supporto delle tecnologie informatiche, del paziente affetto da emicrania cronica ad alta frequenza, con o senza abuso di analgesici farmaco resistenti”* con l’obiettivo di definire e attuare dei percorsi diagnostici e terapeutici efficaci ed efficienti, che coinvolgono in modo integrato i differenti livelli di assistenza e cura previsti dalla Rete Cefalea Calabria, definiti con un approccio multidisciplinare di presa in carico del paziente per complessità di cura, e che prevedono la collaborazione e la condivisione dei dati necessari ad attuare una gestione integrata e ottimale del paziente ai vari livelli di assistenza.

5. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

L'appropriatezza prescrittiva dei farmaci è fondamentale per garantire un uso efficiente delle risorse sanitarie e migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, oltre a rappresentare una garanzia per un uso efficiente delle risorse sanitarie. Migliorare l'appropriatezza prescrittiva dunque è essenziale per garantire un sistema sanitario sostenibile e di qualità.

I trattamenti di profilassi per l’emicrania comprendono diversi farmaci, quali beta-bloccanti, antiepilettici, antidepressivi, antagonisti dei canali del calcio, antagonisti della serotonina, inibitori dell’angiotensina e neurotossina botulinica.

Con l’introduzione degli anticorpi monoclonali (mAbs) che bloccano il peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP) o il suo recettore (mAbs anti-CGRP), è nata l’esigenza di ricorrere ad opportuni strumenti per la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva al fine di garantire l’accesso a tali terapie nel rispetto delle indicazioni terapeutiche e dei criteri di rimborsabilità da Piano Terapeutico.

L’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) infatti, all’interno delle indicazioni di registrazione, ha individuato le indicazioni per la rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I farmaci anti-CGRP sono indicati per il trattamento di pazienti adulti che abbiano presentato almeno 8 episodi di emicrania al mese negli ultimi 3 mesi e che abbiano mostrato in precedenza una risposta insufficiente o presentino delle controindicazioni ad almeno 3 diverse terapie per la profilassi dell’emicrania (beta-bloccanti, antiepilettici, tossina botulinica, antidepressivi triciclici), ognuna della durata di almeno 6 settimane.

La prescrizione dei farmaci anti-CGRP deve essere effettuata mediante la piattaforma dei Registri di monitoraggio AIFA, riconosciuti dalla la Legge 7 agosto 2012, n.135 come parte integrante del Sistema Informativo del SSN.

I Registri di monitoraggio AIFA rappresentano un sistema informatico che rende possibile l'accesso alle cure con modalità omogenee su tutto il territorio nazionale, attraverso il controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

La compilazione del registro di monitoraggio AIFA è obbligatoria per tutti gli operatori sanitari e a tale adempimento non si applicano deroghe. Nello specifico, i Medici devono effettuare la prescrizione del medicinale sulla Piattaforma dei Registri di monitoraggio AIFA, qualora previsto, con obbligo di monitoraggio nell'ambito della Piattaforma AIFA, provvedono alla rivalutazione clinica del trattamento ed alla registrazione del fine trattamento, seguendo le condizioni e le modalità d'impiego specificamente previste dal registro.

6. CONCLUSIONI

Il medico di medicina generale (MMG) e il farmacista di comunità sono spesso i primi punti di riferimento per chi soffre di emicrania. Data la frequenza di questa problematica, è fondamentale che i medici di base siano adeguatamente preparati per riconoscere i diversi tipi di cefalea e individuare tempestivamente eventuali segnali d'allarme che potrebbero indicare una condizione più grave. Per garantire una gestione ottimale dei pazienti cefalalgici, è necessario investire in programmi di formazione e aggiornamento continui per i medici di base e i farmacisti per fornire gli strumenti necessari per identificare i sintomi tipici delle cefalee secondarie, ovvero quelle causate da altre patologie.

Il ruolo del MMG nella gestione dell'emicrania e delle altre cefalee primarie è di fondamentale importanza, per la valutazione dell'intensità dei sintomi, l'individuazione di eventuali fattori scatenanti e il monitoraggio dell'efficacia delle terapie in corso.

Nei casi in cui la diagnosi sia complessa o la terapia non sia efficace, il MMG può decidere di inviare il paziente allo specialista neurologo. È importante che l'invio avvenga tempestivamente e che sia motivato da un preciso quesito diagnostico. Lo specialista neurologo, dopo aver effettuato tutti gli esami del caso, potrà impostare la terapia più appropriata. Nei casi più complessi, il neurologo potrà a sua volta inviare il paziente a un centro cefalee di terzo livello, dove saranno disponibili tutte le competenze e le tecnologie necessarie per una diagnosi e una terapia altamente specializzate.

In conclusione, una corretta collaborazione tra medico di base, farmacista, neurologo e centri cefalee è di fondamentale importanza per garantire ai pazienti affetti da cefalea una presa in carico completa e personalizzata, migliorando così la loro qualità di vita.

7. Bibliografia

1. Roncolato M, et al. An Epidemiological Study to Assess Migraine Prevalence in a Sample of Italian Population Presenting to Their GPs. *Eur Neurol.* 2000;43(2):102–6.
2. Safiri S, et al. Global, regional, and national burden of migraine in 204 countries and territories, 1990 to 2019. *PAIN.* 2022;163(2):e293–309.
3. Cevoli S, et al. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia.* 2009;29(12):1285–93.

PRINCIPIO ATTIVO	Area <u>Reumatologia</u>					Area <u>Dermatologia</u>			Area <u>Gastroenterologia</u>	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
INIBITORI DEL TNF-alfa										
Adalimumab L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapia) Adulti e bambini	X	X Adulti e Bambini	X	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Etanercept L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Golimumab L04AB06 SC	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X
Infliximab L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA										
Anakinra L04AC03 SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Bimekizumab L04AC21 SC	NO	X	NO	NO	NO	X	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

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
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
Deucravacitinib L04AF07 OS							X			
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

Upadacitini b L04AF03 OS	X (con MTX o in monoterap ia)	X (con MTX o in monoterap ia)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterap ia)	NO	NO	X	X
PRINCIPIO ATTIVO	<u>Area</u> <u>Reumatologia</u>					<u>Area</u> <u>Dermatologia</u>			<u>Area</u> <u>Gastroenterologia</u>	
	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
Vedolizuma b L04AC10 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	X
<u>ANTICORPI MONOCLONALI</u>										
Mirikizumab L04AC24 SC										X
Rituximab L01XC02 Infusione EV	X (con MTX)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

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

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

- Erosioni: ☐ si ☐ no
- Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: ☐ si ☐ no ☐ non valutata
- Manifestazioni extra-articolari ☐ si ☐ no
- Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□ Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

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

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

☐ Intolleranza ☐ Altro (specificare): _____Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per *almeno 6 mesi*? ☐ sì ☐ no

Se no motivare: _____

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

Se no motivare*: _____

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

☐ Leflunomide: per mesi ☐☐ Altri DMARDs: ☐ Sulfasalazina ☐ Ciclosporina ☐ Idrossiclorochina ☐ Altro _____Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) ☐☐☐**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**

- **Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasiaca o S. anchilosante) periferica**

DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

oppure

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

Se NO giustificare* _____

- **Spondiloartriti**

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

Se NO giustificare* _____

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

Il farmaco biologico sarà associato a MTX? ☐ sì ☐ no**PRIMA PRESCRIZIONE:**

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

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

☐	Apremilast 10/20/30*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Bimekizumab _____	_____ mg sc 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 _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg sc ogni _____ settimane	

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

*** IMPORTANTE!!

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

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

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

Specificare i farmaci assunti _____

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

Specificare i farmaci assunti: _____

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

Segnalazione Reazione Avversa : NO ☐ SI ☐ Codice RNF _____

- ☐ altro _____

- I farmaci **Baricitinib**, **Filgotinib**, **Tofacitinib**[§] e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti e i farmaci **Tofacitinib**[§] e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite psoriasica e Spondilite Anchilosante:

- ☐ se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione
- ☐ se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

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

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

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

☐ è stata diagnosticata artrite reumatoide in fase attiva	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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 Appartenenza

ALLEGATO A-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: _____ Nome: _____

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

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

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

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

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

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

Altre sedi interessate: ☐ Tibiotarsiche ☐ Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee ☐ Temporo-mandibolari ☐

Entesi ☐ Interfalangee distali delle mani ☐ Altro (specificare): _____

- Erosioni: ☐ si ☐ no
- Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: ☐ si ☐ no ☐ non valutata
- Manifestazioni extra-articolari ☐ si ☐ no
- Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□ Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

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

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

☐ Intolleranza ☐ Altro (specificare): _____

☐ In terapia con Leflunomide da mesi: ☐☐

☐ Altri DMARDs: ☐ Sulfasalazina ☐ Ciclosporina ☐ Idrossiclorochina ☐ Altro _____

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

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

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
☐	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Bimekizumab _____	_____ mg sc 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	
☐	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ev/sc ogni _____ gg	
☐	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Upadacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Ustekinumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ 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 (GU n.58/2023) erano già in trattamento con JAKi si dispone quanto segue:

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

Per ARTRITE REUMATOIDE

☐ 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 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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)
- ☐ 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	
☐	Bimekizumab _____	_____ mg sc 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* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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

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 cartacea di AIFA GU 117/2022.

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**Il/la paziente deve presentare:**1. ☐ PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

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

2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:

Farmaco (specificare) _____

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

Se NO Giustificare: _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	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* *Biosimilare in Commercio	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ settimane	

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

***** IMPORTANTE!!**

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

• **PASI-BSA**

- ☐ PASI > 10 e BSA > 10 Oppure
- ☐ PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: ☐ al viso ☐ palmo/plantare ☐ ungueale ☐ genitale
- ☐ Non ha risposto Oppure ☐ Ha una controindicazione* Oppure ☐ E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO ☐ SI ☐ **Codice RNF** _____

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

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

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

Segnalazione Reazione Avversa : NO ☐ SI ☐ **Codice RNF** _____

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

Timbro e Firma

del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Psoriasi a Placche

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)

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

Cognome: _____ Nome: _____

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

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

☐ Psoriasi a Placche ☐ Paziente Adulto ☐ Paziente Pediatrico

Anno Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente □□

Indice PASI: _____

Indice BSA: _____

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
☐	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	
☐	Deucravacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	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* _____ *Biosimilare in Commercio	_____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	
☐	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
☐	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
☐	Deucravacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	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* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

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

*** IMPORTANTE!!

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

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- **PASI-BSA**

☐ PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

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

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

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

Segnalazione Reazione Avversa : NO ☐ SI ☐ Codice RNF _____

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

Anti TNF-α: _____
Inibitore IL: _____

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

Segnalazione Reazione Avversa : NO ☐ SI ☐ Codice RNF _____

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

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-1

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

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

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M ☐ F ☐ ☐ Estero

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

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

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

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

PRECEDENTI TERAPIE:

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

Terapia interrotta o non effettuata per:

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

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

○ **Morbo di Crohn: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

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

☐ **No** Giustificare: _____

○ **Colite Ulcerosa: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

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

☐ **No** Giustificare: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° _____ Truelove-Witts Criteria n° _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

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

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
TNFi			
☐	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* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ 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 COLITE ULCEROSA**

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

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

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

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	
☐	Mirikizumab	_____ mg ev infusione/ sc mantenimento ogni _____ settimane	
☐	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	

☐	Upadacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Ustekinumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ 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 steroidi per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

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

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

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

PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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.

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

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

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

☐ è già in trattamento con tofacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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	
☐	Mirikizumab	_____ mg ev infusione/ sc mantenimento ogni _____ settimane	
☐	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	

☐	Upadacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
☐	Ustekinumab* *Biosimilare in Commercio	_____ 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 steroidi per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

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

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

PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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.

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

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

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

☐ è già in trattamento con tofacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON ≥ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
☐ 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



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 13

DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024

SOMMARIO

LEGENDA

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

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

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

Note/altro	
DPC	Distribuzione per conto
L. 648/96	Farmaci a carico del SSN per patologie prive di valida alternativa terapeutica. https://www.aifa.gov.it/legge-648-96
PT web-based AIFA	Farmaci prescritti con Piano Terapeutico web-based AIFA https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1
Registro web-based AIFA	Farmaci sottoposti a Registri di monitoraggio AIFA https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1
Ricetta DEMA	Ricetta Dematerializzata
PHT	Prontuario della continuità ospedale territorio
Monitoraggio addizionale	Farmaci sottoposti a monitoraggio addizionale https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medicines-under-additional-monitoring/list-medicines-under-additional-monitoring
Farmaci esteri	Farmaci esteri utilizzati in Italia nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=23
Sistema TS	Sistema Tessera Sanitaria
Scheda cartacea AIFA	Scheda AIFA di prescrizione cartacea
Scheda Regionale DCA	Nota 1-48 : DCA 36/2023
	Nota 13 : DCA 36/2023
	Nota 15 : DCA 36/2023
	EBPM : DCA 36/2023
	Nota 74 : DCA 133/2023
	Nota 95 : DCA 36/2023
	PT Generico : DCA 36/2023
Malattie rare	Farmaci utilizzati per le malattie rare
Orphandrug	Farmaci orfani https://www.aifa.gov.it/farmaci-orfani

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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 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										
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										
A03AB02	Glicopirronio	os,ev	RRL	A			PHT				
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Granisetron Cloridrato	os,im,ev,td	RR	A							
A04AA05	Palonosetron	ev	RRL	H							
A04AA55	Palonosetron/netupitant	os	RRL	H							
A04AD	Altri Antiemetici										
A04AD12	Aprepitant	os	RRL	H							
A04AD12	Fosaprepitant	ev	OSP	H							
A05	Terapia Biliare ed Epatica										
A05A	Terapia Biliare										
A05AA	Preparati a base di Acidi Biliari										
A05AA02	Acido Ursodesossilico	os	RR	A	2						
A05AA03	Acido colico	os	RNRL	H							Orphandrug
A05AA04	Acido obetico	os	RRL	H		Piano Terapeutico cartaceo AIFA					Orphandrug
A05AA49	Acido Tauroursodesossilico 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					SI		
A05BA49	Tiopronina	os,im	RR	C					SI		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 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										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A07DA	Antipropulsivi										
A07DA03	Loperamide	os	OTC	C							
A07E	Antinfiammatori Intestinali										
A07EA	Corticosteroidi per uso topico										
A07EA06	Budesonide	os	RRL	A			PHT				
A07EA07	Beclometasone	os,ret	RR	A							
A07EC	Acido Aminosalicilico ed Analoghi										
A07EC01	Sulfasalazina	os	RR	A							
A07EC02	Mesalazina	os,ret	RR	A							
A07F	Microorganismi Antidiarroici										
A07XA04	Racecadotril	os	RR	C							
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	SI		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
A10AB05	Insulina Aspart	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB06	Insulina Glulisina	sc	RR	A							
A10AC	Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione intermedia										
A10AC01	Insulina Umana Isofano da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AC04	Insulina Lispro da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AD	Insuline ed analoghi iniettabili, azione intermedia e rapida in associazione										
A10AE	Insuline ed Analoghi, ad azione lenta										
A10AE04	Insulina Glargine	sc	RR	A			PHT			DPC	
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										
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					
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BD09	Alogliptin + pioglitazone	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A10BD13	Alogliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BD15	Dapagliflozin + 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	Empagliflozin + 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	
A10BD23	Ertugliflozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	Monitoraggio aggiuntionale
A10BD24	Ertugliflozin + sitagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	Monitoraggio aggiuntionale
A10BF Inibitori dell'alfa-Glucosidasi											
A10BF01	Acarbosio	os	RR	C							
A10BG Tiazolidioni											
A10BG03	Pioglitazone	os	RR	A			PHT				
A10BH Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)											
A10BH01	Sitagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BH02	Vildagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BH03	Saxagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BH04	Alogliptin	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
A10BH05	Linagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS					
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 aggiuntionale
A10BK Inibitori del co trasportatore SGLT2											
A10BK01	Dapagliflozin	os	RR*/RRL	A	*100	PT web-based AIFA/*Scheda di prescrizione cartacea/*PT Sistema TS	PHT	Innovatività condizionata		DPC	
A10BK02	Canagliflozin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK03	Empagliflozin	os	*RR/RRL	A	*100	PT web-based AIFA/*Scheda di prescrizione cartacea/*PT Sistema TS	PHT	Innovatività condizionata		DPC	
A10BK04	Ertugliflozin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	Monitoraggio aggiuntionale
A11 Vitamine											
A11A	Polivitaminici associati										
A11AA	Polivitaminici associati a minerali										
A11B	Polivitaminici, non associati										
A11C	Vitamine A e D, comprese le loro associazioni										
A11CA	Vitamina A, non associata										
A11CA01	Retinolo Palmitato	os		NC							
A11CC Vitamina D ed Analoghi											
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	RR	A							
A11CC03	Alfacalcidolo	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Cocarbosilasi/Piridossina/Cianocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Idrossicobalamina	os,im	SOP	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11	Complesso Vitaminico										
A11G	Vitamina C , comprese le associazioni										
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		NC							
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					SI		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	Levocarnitina	ev	RR	A	8		PHT		SI		
A16AA01	Levopropionilcarnitina	os	RR	C							
A16AA02	Ademetionina Butandisolfonato	os,im,ev	RR	C							
A16AA04	Mercaptamina bitartrato	os	RNRL	A/*H			PHT				*Farmaci malattie rare
A16AA05	Acido carginumico	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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AB17	Cerliponase alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H							Orphandrug
A16AB20	Pegunigalsidasi alfa	ev	RR	H							
A16AB21	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
A16AB22	Avalglucosidasi alfa	ev	RR	H							Farmaci malattie rare
A16AB25	Olipudasi	ev	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AX	Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo										
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX04	Nitisinone	os	RR	A			PHT				Farmaci malattie rare
A16AX05	Zinco acetato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX06	Miglustat	os	RRL	A			PHT				
A16AX07	Sapropterin	os	RRL	A			PHT				
A16AX08	Teduglutide	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale
A16AX10	Eliglustat	os	RRL	A			PHT				Orphandrug
A16AX12	Trientina diidrocilidrato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX12	Trientina tetraidrocilidrato	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										
B01AB02	Antitrombina III	ev	OSP	H							
B01AB05	Enoxaparina sodica/ enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
B01AB06	Nadroparina Calica	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			DPC	
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		NC							
B01AC16	Eptifibatide	ev	OSP	H							
B01AC17	Tirofiban	ev	OSP	H							
B01AC21	Treprostiniil	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	Urochinas	ev	OSP	H							
B01AD11	Tenecteplase	ev	OSP	H							
B01AD12	Proteina C	ev	OSP	H							
B01AE	Inibitori diretti della trombina										
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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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
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											
B02BA01	Fitomenadione	os,im	RR	A							
B02BC Emostatici Locali											
B02BC30	Associazioni	epiles	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno umano/trombina umana Spugna medicata	spugna medicata	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	Efmorotocog	ev	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Morotocog 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	Turotocog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Turotocog alfa pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD02	Simotocog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Lonotocog	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	Damotocog 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 Coagulazione Da Dna Ricombinante)	ev	RNRL	H							Farmaci malattie rare
B02BD09	Nonacog alfa (Fattore IX di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
B01BD11	Catridecacog	ev	OSP	H							
B02BD14	Susotocog alfa	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
B02BD15	Valoctocogene roxaparovvec	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare
B02BX Altri Emostatici Per Uso Sistemico											
B02BX04	Rompiplostim	sc	RR	H							
B02BX05	Eltrombopag	ev,os	RR	H							
B02BX06	Emicizumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT		SI		Farmaci malattie rare
B02BX07	Lusutrombopag	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
B02BX08	Avatrombopag	os	RR	H							Farmaci malattie rare

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
B03AC	Derisomaltsio 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		SI	DPC	
B03XA01	Eritropoietina beta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
B03XA01	Eritropoietina zeta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	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			DPC	
B03XA06	Luspatercept	sc	RNRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio aggiuntivo
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							
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							
B05BA10	Associazioni	ev	RNRL	H/C							
B05BB Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico											
B05BC Soluzioni che favoriscono la Diuresi Osmotica											
B05BC01	Mannitolo	ev	RR	C							
B05BC49	Glicerolo	ev	RR	C							
B05C Soluzioni per irrigazioni											
B05CB	Soluzioni saline	ev		C							
B05CX Altre soluzioni per irrigazione											
B05D Soluzioni per dialisi peritoneale											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B05X	Soluzioni Endovena Additive										
B05XA	Soluzioni Elettrolitiche										
B05XA30	Associazioni di elettroliti	ev		C							
B05XB	Aminoacidi										
B05XC	Vitamine										
B05XC	Retinolo Palmitato/Ergocalciferolo/Tocoferolo Alfa/Fitomenad	ev	OSP	H							
B05Z	Emodialitici ed emofiltrati										
B05ZA	Emodialitici, concentrati	ev	RR	C							
B05ZA	Soluzioni per emodialisi	ev	RR	C							
B05ZB	Emofiltrati	ev	OSP	C							
B06	Altri Agenti Ematologici										
B06A	Altri Agenti Ematologici										
B06AA	Enzimi										
B06AA03	Ialuronidasi	iniezione loc, ev		NC							
B06AA49	Promelasi	os	RR	C							
B06AB01	Emina	ev	OSP	H							
B06AC	Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario										
B06AC01	Inibitore umano della C1-esterasi	ev, sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Farmaci malattie rare
B06AC02	Icatibant acetato	sc	RR	H							
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		NC							
C01B	Antiarritmici, Classe I E III										
C01BA	Antiarritmici, Classe I A										
C01BA01	Chinidina	os		NC							
C01BA49	Diidrochinidina Cloridrato	os	RR	A							
C01BB	Antiarritmici, Classe I B										
C01BB02	Mexiletina Cloridrato	os,ev		NC					SI		
C01BC	Antiarritmici, Classe I C										
C01BC03	Propafenone	os,ev	RR	A							
C01BC04	Flecainide Acetato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD	Antiarritmici, Classe III										
C01BD01	Amiodarone Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD05	Ibutilide Fumarato	ev	OSP	C							
C01BD07	Dronedarone	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
C01C	Stimolanti Cardiaci, esclusi i Glucosidi Cardiaci										
C01CA	Adrenergici e Dopaminergici										
C01CA01	Etilefrina Cloridrato	os,ev,im	RR	C							
C01CA02	Isoprenalina cloridrato	ev	RR	C							
C01CA03	Noradrenalina	im	OSP	H							
C01CA04	Dopamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA07	Dobutamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA17	Midodrina Cloridrato	os,im	RR	C							
C01CA19	Fenoldopam Mesilato	ev	OSP	H							
C01CA24	Epinefrina	im,ev	RR	A/H		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	Levosimendan	ev	OSP	C							
C01D	Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache										
C01DA	Nitrati Organici										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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										
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				
C01EB21	Regadenoson	ev	OSP	C							
C02	Antipertensivi										
C02A	Sostanze Antiadrenergiche ad azione centrale										
C02AB01	Metildopa	os	RR	A							
C02AC	Agonisti dei Recettori dell' Imidazolina										
C02AC01	Clonidina	os,td,im	RR/OSP	A/H							
C02AC05	Moxonidina	os	RR	A							
C02C	Sostanze Antiadrenergiche ad azione periferica										
C02CA	Bloccanti dei Recettori Alfa-Adrenergici										
C02CA04	Doxazosinamesilato	os	RR	A							
C02CA06	Urapidil Cloridrato	ev	OSP	H							
C02DD	Derivati Nitroferriicianurici										
C02DD01	Sodio Nitroprussiato Anidro	ev		NC							
C02K	Altri antipertensivi										
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A			PHT		SI		Farmaci malattie rare
C02KX02	Ambrisentan	os	RRL	A			PHT				
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							
C03CA04	Torsemide	ev,os	RR/OSP	H/A							
C03CC	Derivati dell'acido arilossacetico										
C03CC01	Acido etacrinico	ev	RR	C							
C03D	Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03DA	Antagonisti dell'aldosterone										
C03DA01	Spironolattone	os	RR	A					SI		
C03DA02	Canrenoato Di Potassio	os,ev	RR/OSP	A/H							
C03DA03	Canrenone	os	RR	A							
C03DA05	Finerenone	os	RRL	A			SI				
C03E	Diuretici e Farmaci risparmiatori di Potassio in associazione										
C03EA	Diuretici ad azione diuretica minore e Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03EA01	Spironolattone /Idroclorotiazide	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C03EA01	Amiloride Cloridrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C03EA14	Butizide E Farmaci Risparmiatori Di Potassio	os	RR	A							
C03EB	Diuretici ad azione diuretica maggiore associata a Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03EB01	Furosemide/Triamterene	os	RR	A							
C03EB01	Furosemide/Spiroinolattone	os	RR	A							
C03XA	Antagonista della vasopressina										
C03XA01	Tolvaptan	os	RNRL	*A/H		*Scheda multifarmaco semplificata	*PHT				*Monitoraggio aggiuntionale
C04	Vasodilatatori Periferici										
C04A	Vasodilatatori Periferici										
C04AD	Derivati Purinici										
C05	Vasoprotettori										
C05A	Antiemorroidali per uso topico										
C05AA	Prodotti a base di Corticosteroidi										
C05AA01	Iidrocortisone/Esculoside/Amilocaiaa/Benzocaiaa/Benzalconio C	ret,loc	SOP	C							
C05AA01	Lidocaiaa Cloridrato/Iidrocortisone Acetato	loc	SOP	C							
C05B	Terapia antiaricosa										
C05BA	Eparine o Eparinoidi per uso topico										
C05BA03	Esciaa/fosfatidil coliaa	loc	RR	C							
C05BB	Sostanze Sclerosanti per iniezioni locali										
C05BB02	Polidocanoloo	ev	RR	C							
C05C	Sostanze Capillaroprotettrici										
C05CX	Altre Sostanze Capillaroprotettrici										
C07	Betabloccanti										
C07A	Betabloccanti, Non Associati										
C07AA	Betabloccanti, Non Selettivi, Non Associati										
C07AA05	Propranololo Cloridrato	os	RR/RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
C07AA06	Timololo	os	RR	A							
C07AA07	Sotalolo	os	RR	A							
C07AB	Betabloccanti, Selettivi, Non Associati										
C07AB02	Metoprololo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AB03	Atenololo	os,ev	RR	A							
C07AB04	Acebutololo Cloridrato	os	RR	A							
C07AB07	Bisoprololo fumarato	os	RR	A							
C07AB08	Celiprololo	os	RR	A							
C07AB09	Esmololo	ev	OSP	H							
C07AB12	Nebivololo	os	RR	A							
C07AB14	Landiololo Cloridrato	ev	OSP	C							
C07AG	Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici										
C07AG01	Labetalolo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AG02	Carvedilolo	os	RR	A							
C07CB	Betabloccanti Selettivi ed altri Diuretici										
C07CB03	Atenololo/Indapamide	os	RR	A							
C07CB53	Atenololo/Clortalidone	os	RR	A							
C07CG	Alfa e Betabloccanti ed altri Diuretici										
C07CG01	Labetalolo/Clortalidone	os	RR	C							
C08	Calcioantagonisti										
C08C	Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare										
C08CA	Derivati 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							
C08CA09	Lacidipina	os	RR	A							
C08CA12	Barnidipina	os	RR	A							
C08CA13	Lercanidipina Cloridrato	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C08CA16	Clevidipina	ev	OSP	H							
C08D	Calcioantagonisti Selettivi con effetto cardiaco diretto										
C08DA	Derivati Fenilalchilaminici										
C08DA01	Verapamil	os,ev	RR	A							
C08DB	Derivati Benzotiazepinici										
C08DB01	Diltiazem	os,im,ev	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C09	Sostanze ad azione sul Sistema Renina-Angiotensina										
C09A	Ace-Inibitori, Non Associati										
C09AA	Ace Inibitori, Non Associati										
C09AA01	Captopril	os	RR	A							
C09AA02	Enalapril	os	RR	A							
C09AA03	Lisinopril Diidrato	os	RR	A							
C09AA04	Perindoprilert-butilamina	os	RR	A							
C09AA05	Ramipril	os	RR	A							
C09AA06	Quinapril	os	RR	A							
C09AA15	Zofenopril calcio	os	RR	A							
C09B	Ace Inibitori, Associazioni										
C09BA	Ace Inibitori e Diuretici										
C09BA01	Captopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA02	Enalapril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA04	Perindopril/Indapamide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Piretanide	os	RR	A							
C09BA08	Cilazapril Monidrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA15	Zofenopril/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C09BB	Ace Inibitori e Calcio Antagonisti										
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										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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/ezetimibe	os	RR	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT			DPC	
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		SI		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			DPC	
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 riduttasi 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										
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							
D03AX13	Estratto di corteccia di betulla	cut	RRL	H		Registro web-based AIFA					
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		NC							
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										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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		NC							
D06BB	Antivirali										
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										
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										
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				
D11AH07	Tralokinumab	sc	RNRL	H							Scheda cartacea AIFA
D11AH08	Abrocitinib	os	RNRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					
D11AH09	Ruxolitinib	loc	RNRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
D11AX	Altri Dermatologici										
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G01AX	Altri Antimicrobici ed Antisettici										
G01AX12	Ciclopirox	vag	RR	C							
G01BA	Antibiotici e corticosteroidi										
G01BA	Idrocortisone + neomicina	vag	RR	C							
G02	Altri Ginecologici										
G02A	Ossitociti										
G02AB	Alcaloidi della Segale Cornuta										
G02AB01	Metilergometrina Maleato	os,im,ev	RR	A							
G02AD	Prostaglandine										
G02AD02	Dinoprostone	ev,vag	OSP	H							
G02AD05	Sulprostone	ev	OSP	H							
G02AD06	Misoprostolo	vag/os	OSP	C							
G02C	Altri preparati ginecologici										
G02CA	Simpatomimetici, Tocolitici										
G02CA01	Ritodrina	os,ev	RNR	A							
G02CB	Inibitori della Prolattina										
G02CB03	Cabergolina	os	RNR	A							
G02CC	Preparati Antinfiammatori per somministrazione vaginale										
G02CC01	Ibuprofene Isobutanolammonio	vag	SOP	C							
G02CC03	Benzidamina Cloridrato	vag	SOP	C							
G02CX	Altri Ginecologici										
G02CX01	Atosiban Acetato	ev	OSP	H							
G03	Ormoni Sessuali e Modulatori del Sistema Genitale										
G03A	Contraccettivi Ormonali Sistemici										
G03AA	Associazioni fisse estro-progestiniche										
G03AA07	Levonorgestrel + Etililestradiolo	os	RR	A							
G03AA10	Etililestradiolo/Gestodene	os	RR	A							
G03AC	Progestinici										
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										
G03C	Estrogeni										
G03CA	Estrogeni naturali e semisintetici, non associati										
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							
G03DA04	Progesterone	vag,td,im,os	RNR	A							
G03DB	Derivati del Pregnadiene										
G03DB01	Didrogesterone	os	RR	A							
G03DC	Derivati dell'estrene										
G03DC02	Noretisterone	os	RNR	A							
G03F	Progestinici + Estrogeni In Associazione										
G03FB	Preparati Sequenziali Estro-Progestinici										
G03FB	Preparati Sequenziali Estro-Progestinici	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G03G	Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione										
G03GA	Gonadotropine										
G03GA01	Gonadotropina Corionica	im	RR	A							Monitoraggio addizionale
G03GA02	Menotropina	im	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA04	Urofollitropina	im	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA05	Follitropina alfa da DNA ricombinante	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA06	Follitropina beta	im	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA07	Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA08	Corifollitropina alfa	sc	RNRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA09	Coriogonadotropin alfa	sc	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA10	Follitropina delta	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
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							Monitoraggio addizionale
G03X	Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale										
G03XA	Antigonadotropine e sostanze similari										
G03XA01	Danazolo	os	RNR	A							
G03XB	Modulatori del recettore del progesterone										
G03XB01	Mifepristone	os	RRL/OSP	H					Si e in associazione a Misoprostolo		
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				SI		
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	Altri Urologici										
G04BX49	Lidocaina	loc	SOP	C							
G04BX49	Doxazosin Mesilato	os	RR	A							
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna										
G04CA01	Alfuzosina cloridrato	os	RR	A							
G04CA02	Tamsulosin Cloridrato	os	RR	A							
G04CA03	Terazosina	os	RR	A							
G04CB	Inibitori della Testosterone 5-Alfa Reduttasi										
G04CB01	Finasteride	os	RR	A							
G04CB02	Dutasteride	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G04CX	Altri Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna										
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H01AC	Somatropina ed Analoghi										
H01AC01	Somatropina	im,sc	RRL	A	39	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
H01AC03	Mecasermina	sc	RNRL	H							
H01AC08	Somatrogon	sc	RRL	A	39		PHT			DPC	
H01AX	Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi										
H01AX01	Pegvisomant	sc	RNRL	H			PHT				
H01BA	Vasopressina ed analoghi										
H01BA01	Argipressina	ev	OSP	C		Scheda Regionale DCA PT generico					
H01BA02	Desmopressina Acetato	os,ev,im	RR	A			PHT			DPC	
H01BA04	Terlipressina Acetato Pentaidrato	ev	OSP	H							
H01BB	Oxitocina e Analoghi										
H01BB02	Oxitocina	im,ev	OSP	H					SI		
H01BB03	Carbetocina	ev	OSP	C							
H01C	Ormoni Ipotalamici										
H01CA	Ormoni liberatori delle Gonadotropine										
H01CA01	Gonadorelina	ev,sc	RR	C		Scheda Regionale DCA PT generico					
H01CA01	Gonadorelina	nas	RR	A			PHT			DPC	
H01CB	Ormone Anticrescita										
H01CB01	Somatostatina Acetato	ev	OSP	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
H01CB02	Octreotide Acetato	sc,im	RR	A			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										
H01CC54	Relugolix, estradiolo e noretisterone	os	RRL	A			PHT				
H02	Corticosteroidi Sistemici										
H02A	Corticosteroidi Sistemici, non associati										
H02AA	Mineralcorticoidi										
H02AB	Glicocorticoidi										
H02AB01	Betametasona fosfato disodico	os,ev,im	RR	A							
H02AB02	Desametasone	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone	os,ev,im	RR	A							
H02AB07	Prednisone	os	RR	A							
H02AB08	Triamcinoloneacetotide	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 antisurrenali										
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		NC							
H03B	Preparati Antitiroidei										
H03BB	Derivati Imidazolici contenenti Zolfo										
H03BB02	Tiamazolo	os	RR	A							
H03BX	Altri Preparati Antitiroidei										
H03C	Terapia iodica										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H04	Ormoni Pancreatici										
H04A	Ormoni 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 Ntiparatiroidi										
H05BA	Preparati a Base di Calcitonina										
H05BA01	Calcitonina (Sintetica, di Salmone)	im,ev	RR	A	41						
H05BX	Altre soatanzeantiparatiroidi										
H05BX01	Cinacalcet	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI		
H05BX02	Paracalcitolo	ev,os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H05BX04	Etelcalcetide	ev	RRL	A			PHT				
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO										
J01	Antibatterici per uso sistemico										
J01A	Tetraciline										
J01AA	Tetraciline										
J01AA02	Doxiciclina	os	RR	A							
J01AA08	Minociclina Dicloridrato	os	RR	A							
J01AA12	Tigeciclina	ev	OSP	H							
J01B	Amfenicoli										
J01BA	Amfenicoli										
J01BA02	Tiamfenicolo Glicinato Cloridrato	im,ev	RR	C							
J01C	Antibatterici Beta Lattamici, Penicilline										
J01CA	Penicilline ad ampio spettro										
J01CA01	Ampicillina	os,ev,im	RR	C/A							
J01CA04	Amoxicillina Triidrato	os,ev,im	RR/OSP	A/H							
J01CA06	Bacampicillina cloridrato	os	RR	A							
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	AmoxicillinaTriidrato e sodica/Potassio Clavulanato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01CR05	Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico	ev,im	RR/OSP	A/H	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01D	Altri Antibatterici Beta-Lattamici										
J01DB	Cefalosporine di I generazione										
J01DB01	Cefalexina	os	RR	A							
J01DB04	Cefazolina Sodica	ev,im	RR	A							
J01DC	Cefalosporine di II generazione										
J01DC02	Cefuroxima	im,ev,intracam	RR/OSP	A/H/C							
J01DC04	Cefacloro	os	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							
J01DD08	Cefixima	os	RR	A							
J01DD09	Cefodizima	Im,ev	OSP	H							
J01DD13	Cefpodoxima proxetil	os	RR	A							
J01DD16	Cefditoren pivoxil	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H							
J01DE	Cefalosporine di IV generazione										
J01DE01	Cefepime Dicloridrato Monidrato	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							Scheda cartacea AIFA
J01DI	Altre cefalosporine e penemi										
J01DI01	Ceftobiprololo	ev	OSP	H							
J01DI02	Ceftaroline fosamil	ev	OSP	H							
J01DI04	Cefiderocol	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H							
J01E	Sulfonamidi e Trimetoprim										
J01EE	Associazioni di Sulfonamidi con Trimetoprim, inclusi i derivati										
J01EE01	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							
J01FA06	Roxitromicina	os	RR	A							
J01FA09	Claritromicina	os,ev	RR	A							
J01FA10	Azitromicina	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01FF	Lincosamidi										
J01FF01	Clindamicina	os,im,ev	RR	A							
J01FF02	Lincomicina Cloridrato	os,im,ev	RR	A							
J01FG	Streptogramine										
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							
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				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01MB	Altri Chinolonici										
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										
J02AA01	Amfotericina B	ev	OSP	C							
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		NC							
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		NC							
J04AK02	Etambutolo Cloridrato	os,ev,im	RR	A/C							
J04AK05	Bedaquillina	os	RNRL	H							Orphandrug
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H							Orphandrug
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H					In associazione a bedaquillina, linezolid e moxifloxacin		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										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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										
J05AE03	Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AE05	Amprenavir	os		NC							
J05AE07	Fosamprenavir	os	RNRL	H							
J05AE08	Atazanavir	os	RNRL	H							
J05AE09	Tipranavir	os	RNRL	H							
J05AE10	Darunavir	os	RNRL	H							
J05AE30	Nirmatrelvir/ritonavir	os	RNR	A			PHT			DPC	
J05AF	Nucleosidi e nucleotidi inibitori della Transcrittasi Inversa										
J05AF01	Zidovudina	os,ev	RNRL	A/H							
J05AF02	Didanosina	os		NC							
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							
J05AF09	Emtricitabina	os	RNRL	H							
J05AF10	Entecavir	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'integrase										
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		
J05AP54	Elbasvir/Grazoprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP55	Sosfosbuvir/Velpatasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP56	Sosfosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP57	Glecaprevir/Pibrentasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AR10	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AR13	Abacavir/Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR14	Cobicistat/Darunavir	os	RNRL	H							
J05AR15	Atazanavir/Cobicistat	os	RNRL	H							
J05AR17	Emtricitabina/tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR18	Cobicistat/emtricitabina/Elvitegravir/tenofovir alafenamide	ev	RNRL	H							
J05AR19	Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR20	Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR21	Dolutegravir/Rilpivirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR22	Cobicistat/Darunavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR25	Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AX	Altri Antivirali										
J05AX07	Enfuvirtide	sc	RNRL	H							
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H							
J05AX10	Maribavir	os	RRL	A			PHT	Innovatività condizionata			
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					SI		Monitoraggio addizionale
J05AX31	Lenacapavir	os/sc	RNRL	H							
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		NC							
J06BA	Immunoglobuline, Umane Normali										
J06BA01	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Extravascolare	ev/sc	OSP/RNRL	H					SI		Monitoraggio addizionale
J06BA02	Immunoglobulina Umana Disaggregata	ev	OSP	H					SI		
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 Antivarcella	ev		NC							
J06BB04	Immunoglobulina Umana Antiepatite B	ev, im	OSP/RR	H/A							
J06BB09	Immunoglobulina Umana Citomegalovirus	ev	OSP	H							
J06BC	Anticorpi monoclonali antibatterici										
J06BC03	Bezlotoxumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J06BD	Anticorpi monoclonali antivirali										
J06BD01	Palivizumab	im	RRL	A					SI		
J07	Vaccini										
J07A	Vaccini Batterici										
J07AE	Vaccini Colerici										
J07AG	Vaccini Dell'hemophilusInfluenzae Tipo B										
J07AH	Vaccini Meningococchi										
J07AJ	Vaccini Pertossici										
J07AL	Vaccini Pneumococchi										
J07AM	Vaccini Tetanici										
J07AN	Vaccini della Tubercolosi										
J07AP	Vaccini Tifoidei										
J07AX	Altri Vaccini Batterici										
J07B	Vaccini Virali										
J07BA	Vaccini dell'Encefalite										
J07BB	Vaccini Influenzali										
J07BC	Vaccini Epatitici										
J07BD	Vaccini Morbillosi										
J07BF	Vaccini Poliomeilitici										
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										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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				
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		SI		Farmaci malattie rare
L01BB03	Tioguanina	os	RNR	A							Monitoraggio addizionale
L01BB04	Cladribina	ev	OSP	C					SI		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					In associazione a cisplatino, capecitabina e nab-paclitaxel		
L01BC06	Capecitabina	os	RNRL	A			PHT		In associazione a cisplatino, nab-paclitaxel e gemcitabina		
L01BC07	Azacitidina	ev,im,os	OSP/RNRL	H		os Registro web-based AIFA		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				
L01BC58	Decitabina/Cedazuridina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01CB	Derivati della Podofilottossina										
L01CB01	Etoposide	os,ev	OSP/RNR	H/A							
L01CD	Taxani										
L01CD01	Paclitaxel	ev	OSP	H					Si e in associazione a Carboplatino; In associazione a cisplatino, capecitabina e gemcitabina		
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
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H							
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H							
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H							
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H					SI		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 e in associazione a Rituximab		
L01EC02	Dabrafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA			In associazione a Trametinib		
L01EC03	Encorafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					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					Si e in associazione a Dabrafenib		
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					
L01EH	INIBITORI TIROSINA CHINASI RECETTORE 2 FATTORE CRESCITA EPIDERMICO (HER2)										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 FOSFATIDILINOSITOL-3-CHINASI (PI3K)										
L01EM03	Alpelisib	os	RNL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EN	INIBITORI TIROSINA CHINASI FATTORE DI CRESCITA FIBROBLASTI										
L01EN02	Pemigatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX	ALTRI INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI										
L01EX05	Regorafenib	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT		SI		Farmaci malattie rare
L01EX07	Cabozantinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata	SI		
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata	SI		Farmaci malattie rare
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX12	Larotrectinib solfato	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01EX13	Gilteritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01EX17	Capmatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX18	Avapritinib	os	RNRL	H							
L01EX19	Ripretinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività Piena			
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	ev,sc	OSP	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI e in associazione a Vemurafenib		
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)										
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01FF04	Avelumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01FF06	Cemiplimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FF07	Dostarlimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		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			SI		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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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					
L01FX22	Loncastuximab tesirine	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX24	Teclistamab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX25	Mosunetuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX27	Epcoritamab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX28	Glofitamab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FY01	Pertuzumab e trastuzumab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FY02	Nivolumab e relatlimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XA	Composti del Platino										
L01XA01	Cisplatino	ev	OSP	H					In associazione a nab- paclitaxel, capecitabina e gemcitabina		
L01XA02	Carboplatino	ev	OSP	H					In associazione a Paclitaxel		
L01XA03	Oxaliplatino	ev	OSP	H					SI		
L01XB	Metilidrazine										
L01XB01	Procarbazina Cloridrato	os	RNR	A			PHT			DPC	
L01XC	Anticorpi Monoclonali										
L01XC03	Trastuzumab	ev,sc	OSP/RNRL	H					SI		
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					
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 Ozoganicin	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					
L01XE38	Cobimetinib	os	RNRL	H							
L01XE39	Midostaurina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 condizionata			
L01XK02	Niraparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XK04	Rucaparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XL	Terapia cellulare e genica antineoplastica										
L01XL03	Axicabtagene ciloleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XL06	Brexucabtagene autoleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			Monitoraggio addizionale
L01XL07	Idecabtagene vicleucl	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					SI		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		SI		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
L01XX66	Selinexor	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XX67	Tagraxofusp	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX71	Tisagenlecleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XX73	Sotorasib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XX88	Lisocabtagene maraleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XY	Associazioni antineoplastiche										
L01XY01	Citarabina e Daunorubicina	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L02	Terapia endocrina										
L02A	Ormoni e Sostanze Correlate										
L02AB	Progestinici										
L02AB01	Megestrol Acetato	os	RNR	A	28						
L02AB02	Medrossiprogesterone (Acetato)	os,im	RNR	A	28						
L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle Gonadotropine										
L02AE01	Buserelina (acetato)	sc	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L02AE02	Leuprolina (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							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L02BA03	Fulvestrant	im	RNRL	H							
L02BB Antiandrogeni											
L02BB01	Flutamide	os	RR	A			PHT				
L02BB03	Bicalutamide	os	RR	A			PHT		SI		
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H							
L02BB05	Apalutamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L02BB06	Darolutamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L02BG Inibitori Enzimatici											
L02BG03	Anastrozolo	os	RR	A							
L02BG04	Letrozolo	os	RR	A							
L02BG06	Exemestane	os	RR	A							
L02BX Altri antagonisti ormonali e sostanze correlare											
L02BX02	Degarelix	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L02BX03	Abiraterone acetato	os	RNRL	H							
L02BX04	Relugolix	os	RR	A			PHT				
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	
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	Lipefilgrastim	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AB Interferoni											
L03AB01	Interferone Alfa Naturale	im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
L03AB03	Interferone Gamma 1b	sc	OSP	H							
L03AB04	Interferone Alfa 2a	im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico			SI		Farmaci malattie rare
L03AB05	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico			SI		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		SI	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 Guérin	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					SI		
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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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					
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		SI		Farmaci malattie rare
L04AA41	Imlifidase	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
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

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L04AA58	Efgartigimod alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
L04AB Inibitori del fattore necrosi tumorale alfa (TFN-alfa)											
L04AB01	Etanercept	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio aggiuntivo
L04AB02	Infliximab	ev, sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		Farmaci malattie rare
L04AB05	Certolizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AB06	Golimumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AB04	Adalimumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio aggiuntivo
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			
L04AC08	Canakinumab	sc	RRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare)
L04AC10	Secukinumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Scheda cartacea AIFA (per i medicinali per la psoriasi a placche)
L04AC11	Siltuximab	ev	OSP	H							Orphan drug
L04AC12	Brodalumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC13	Ixekizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC14	Sarilumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		
L04AC16	Guselkumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC17	Tildrakizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio aggiuntivo
L04AC18	Risankizumab	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio aggiuntivo
L04AC19	Satralizumab	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio aggiuntivo
L04AC21	Bimekizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC24	Mirikizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AD Inibitori della calcineurina											
L04AD01	Ciclosporina	os, ev	RNR	A					SI		
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 aggiuntivo
L04AF04	Filgotinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio aggiuntivo
L04AF07	Deucravacitinib	os	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio aggiuntivo
L04AF08	Ritlecitinib	os	RNRL	H		Scheda di prescrizione Cartacea AIFA					Monitoraggio aggiuntivo
L04AJ Inibitori del complemento											
L04AJ05	Avacopan	os	RRL	H		Registro web-based AIFA					
L04AX Altre sostanze ad azione immunosoppressiva											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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			SI		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		
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						
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		NC					SI		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										
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										
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		NC							
M03AC03	Vecuronio Bromuro	ev		NC							
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 aggiuntivo
M03AX01	Tossina botulinica B	im		NC							
M03B	Miorilassanti ad azione centrale										
M03BX	Altri Miorilassanti ad azione centrale										
M03BX01	Baclofene	os,intratec	OSP	H							
M03BX02	Tizanidina	os	RR	C							
M03C	Miorilassanti ad azione diretta										
M03CA	Dantrolene e derivati										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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										
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			DPC	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 Apeparovvec	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		NC							
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							
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 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 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		NC							
N02AA05	Oxicodone cloridrato	os,im,ev	RNR/RMR	A							
N02AA55	Oxicodone/Naloxone	os	RNR	A							
N02AB	Derivati della Fenilpiperidina										
N02AB02	Petidina	ev,im	RMR	C							
N02AB03	Fentanil	os,td,inal	RNR	A							
N02AD	Derivati del Benzomorfanone										
N02AE	Derivati dell'oripavina										
N02AE01	Buprenorfina (Cloridrato)	os,im,ev,td	RMR	A/H							Monitoraggio aggiuntionale
N02AG	Oppioidi in Associazione con Antispastici										
N02AJ	Oppioidi in associazione con analgesici non oppioidi										
N02AJ06	Paracetamolo/Codeina Fosfato	os,ret	RNR/RR	C/A							
N02AJ17	Oxicodone cloridrato/Paracetamolo	os	RNR	A							
N02AX	Altri Oppioidi										
N02AX02	Tramadol Cloridrato	os,im,ev	RNR	C/A							
N02AX06	Tapentadol	os	RNR	A							
N02AX52	Tramadol/Paracetamolo	os	RNR	C							
N02B	Altri Analgesici ed Antipiretici										
N02BA	Acido Acetilsalicilico e derivati										
N02BA01	Acido Acetilsalicilico	os,im,ev	OTC/RR	C/A							
N02BA51	Acido Acetilsalicilico/Magnesio Idrossido/Algedrato	os	OTC	H							
N02BE	Anilidi										
N02BE01	Paracetamolo	os,ev	RR/SOP/OSP	C							
N02BF	Gabapentinoidi										
N02BF01	Gabapentin	os	RR	A	4						
N02BF02	Pregabalin	os	RR	A	4						
N02BG	Altri Analgesici ed Antipiretici										
N02BG08	Ziconotide	ev,intratec	OSP	H							
N02BG10	Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo	inal	RNRL	H							
N02C	Antiemetici										
N02CA	Alcaloidi della Segale Cornuta										
N02CA01	Diidroergotamina Mesilato	ret,os	RR	A							
N02CC	Agonisti Selettivi dei Recettori-5ht1										
N02CC01	Sumatriptan	os	RR	A							
N02CC03	Zolmitriptan	os	RR	A							
N02CC04	Rizatriptan	os	RR	A							
N02CC05	Almotriptan	os	RR	A							
N02CC07	Frovatriptan	os	RR	A							
N02CC49	Eletriptan	os	RR	A							
N02CD	ANTAGONISTI DEL PEPTIDE CORRELATO AL GENE DELLA CALCITONINA										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N02CD01	Erenumab	sc	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD02	Galcanezumab	sc	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD03	Fremanezumab	sc	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD05	Eptinezumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N03A	Antiepilettici										
N03AA	Barbiturici e derivati										
N03AA02	Fenobarbital	os,ev	RNR	A							
N03AA03	Primidone	os	RR	A							
N03AA04	Barbexaclone	os		NC							
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	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N03AG	Derivati degli Acidi Grassi										
N03AG01	Sodio Valproato	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
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							
N03AX14	Levetiracetam	os,ev	RR/OSP	A/C							
N03AX15	Zonisamide	os	RR	A							
N03AX18	Lacosamide	ev,os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
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			DPC	Monitoraggio addizionale
N03AX26	Fenfluramina	os	RNRL	A			PHT				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							
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	Bromocriptina Mesilato	os	RR	A							
N04BC04	Ropinirolo	os	RR	A							
N04BC05	Pramipexolo	os	RR	A							
N04BC06	Cabergolina	os	RNL/RNR	A/C		Scheda Regionale DCA PT generico					
N04BC07	Apomorfina Cloridrato	sc	RNRL	H							
N04BC09	Rotigotina	td	RR	A							
N04BD	Inibitori della Monoaminoossidasi di Tipo B										
N04BD01	Selegilina	os,im	RR	C							
N04BD02	Rasagilina mesilato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
N04BX	Altre Sostanze Dopaminergiche										
N04BX01	Tolcapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N04BX02	Entacapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N04BX04	Opicapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05	Psicolettici										
N05A	Antipsicotici										
N05AA	Fenotiazine con catena laterale alifatica										
N05AA01	Clorpromazina Cloridrato	os,ev	RR/RNR	A							
N05AA02	Levomepromazina Maleato	os	RR	A							
N05AA03	Promazina	os,im,ev	RR/RNR	C							
N05AB	Fenotiazine con Struttura Piperazinica										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05AB02	Flufenazina Decanoato	im		NC							
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 Difenibutylpiperidina											
N05AG02	Pimozide	os	RR	A							
N05AH Diazepine, Ossazepine e Tiazepine											
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							
N05AL03	Tiapride Cloridrato	os,im	RR	A/C							
N05AL07	Levosulpiride	os,ev,im	RR	A/C							
N05AL05	Amisulpride	os	RR	A							
N05AN Litio											
N05AN01	Litio Carbonato	os	RR	A							
N05AX Altri Antipsicotici											
N05AX08	Risperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX12	Aripiprazolo	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT				
N05AX13	Paliperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX15	Cariprazina Cloridrato	os	RR	A			PHT			DPC	
N05AX16	Brexipiprazolo	Os	RR	A			PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
N05B Ansiolitici											
N05BA Derivati Benzodiazepinici											
N05BA	Delorazepam (ad az. lunga)	os,ev	RR	C							
N05BA01	Diazepam (ad az. lunga)	os,ev,im	RR/RNR	C							
N05BA02	Clordiazepossido Cloridrato (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA06	Lorazepam (ad azinterm)	os,im	RR/OSP	C/H							
N05BA08	Bromazepam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA09	Clobazam (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA10	Ketazolam (ad az lunga)	os	RR	C							
N05BA11	Prazepam (ad az lunga)	os	RR	C							
N05BA12	Alprazolam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA19	Etizolam	os	RR	C							
N05BB Derivati del Difenilmetano											
N05BB01	Idroxizima Dicloridrato	im	RR	C							
N05BE Ansiolitici derivati dall'azaspirodecandione											
N05BE01	Buspirone	os		NC							
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							
N05CD08	Midazolam	ev,im,os	OSP/RRL	C/A	93	Piano Terapeutico cartaceo AIFA			SI		
N05CD09	Brotizolam	os	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05CD14	Remimazolam	ev	OSP	C							
N05CF	Benzodiazepine Analoghi										
N05CF01	Zopiclone	os	RR	C							
N05CF02	Zolpidem Tartrato Acido	os	RR	C							
N05CM	Altri ipnotici e sedativi										
N05CM18	Dexmedetomidina	ev	OSP	C					SI		
N06	Psicoanalitici										
N06A	Antidepressivi										
N06AA	Inibitori non Selettivi della Monoamino-Ricaptazione										
N06AA02	Imipramina Cloridrato	os		NC							
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										
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 xantinnici										
N06BC01	Caffeina citrato	os,ev	OSP	C							
N06BX	Altri Psicostimolanti e Nootropi										
N06BX06	Citicolina	im	RR	C							
N06BX06	Citicolina Sodica	im,ev	RR	C							
N06BX12	Levoacetilcarnitina	os	RR	C							
N06BX13	Idebenone	os	RR/RRL	A/C		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
N06BX49	Glicerofosforiletanolamina	os	RR	C							
N06C	Psicolettici e Psicoanalitici In Associazione										
N06CA	Antidepressivi In Associazione con Psicolettici										
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	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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		NC							
N07BC05	Levometacone 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 oixabato	os	RNRL	C/H							
N07XX05	Amifampridina	os	RRL	C							Monitoraggio addizionale
N07XX06	Tetrabenazina	os	RRL	A					SI		Farmaci malattie rare
N07XX11	Pitolisant	os	RRL	A			PHT				Scheda cartacea AIFA
N07XX12	Patisiran Sodico	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					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 Afezioni Protozoarie										
P01B	Antimalarici										
P01BF05	Piperachinatetrafosfatodiidroartemisina	os	RR	C							
P01C	Sostanze contro la Leishmaniosi e la Tripanosomiasi										
P01CX01	Pentamidina Isetionato	ev	RRL	A			PHT				
P02	Antelmintici										
P03	Ectoparassitici, compresi gli antiscabbia,insetticidi e repellenti.										
R	SISTEMA RESPIRATORIO										
R01	Preparati Rinologici										
R01A	Decongestionanti ed altre preparazioni nasali per uso topico										
R01AA	Simpaticomimetici, Non Associati										
R01AA04	Fenilefrina Cloridrato	nas	OTC	C							
R01AD	Corticosteroidi										
R01AD01	Beclometasone	nas	RR	C							
R01AD04	Flunisolide	nas	RR	C							
R01AD09	Mometasone	nas	RR	C							
R03	Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03A	Adrenergici per Aereosol										
R03AC	Agonisti Selettivi dei Recettori Beta-2adrennergici										
R03AC02	Salbutamolo	inal	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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							
R03AK06	Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Propionato	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 acilidinio/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							
R03BB04	Tiotropio bromuro cloridrato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03BB05	Acilidinio 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										
R03D	Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie per Uso Sistemico										
R03DA	Derivati Xantinici										
R03DA04	Teofilina Anidra	os,im,ev	RR	A							
R03DA05	Aminofillina	ev	RR	C/A							
R03DA08	Bamifillina Cloridrato	os,ret	RR	C							
R03DA11	Doxofillina	os,ev	RR	C/A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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	Innovatività condizionata			
R03DX10	Benralizumab	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
R03DX11	Tezepelumab	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	Diidrocodeina + acido benzoico	os	RR	A	31						
R05DB Altri sedativi della Tosse											
R05DB27	Levodropropizina	os	RR	A	31						
R06 Antistaminici per Uso Sistemico											
R06A Antistaminici per Uso Sistemico											
R06AB Alchilamine Sostituite											
R06AB04	Clorfenamina Maleato	os,im	RR	C							
R06AD Derivati Fenotiazinici											
R06AD02	Prometazina Cloridrato	im,os	RR	A	89						
R06AE Derivati Piperazinici											
R06AE06	Oxatamide	os	RR	A	89						
R06AE07	Cetirizina Dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AE09	Levocetirizina dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AX Altri Antistaminici per Uso Sistemico											
R06AX13	Loratadina	os	RR	A	89						
R06AX17	Ketotifenefumarato acido	os	RR	A	89						
R06AX27	Desloratadina	os	RR	A							
R07AA Surfactanti polmonari											
R07AA02	Poractant alfa	os	OSP	H							
R07AX Altri prodotti per il sistema respiratorio											
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			Orphandrug
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
R07AX31	Tezacaftor/ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			Orphandrug
S ORGANI DI SENSO											
S01 Oftalmologici											
S01A Antimicrobici											
S01AA Antibiotici											
S01AA11	Gentamicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA12	Tobramicina	loc	RR	C							
S01AA23	Netilmicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA30	Cloramfenicolo + Colistimetato Di Sodio + Tetraciclina	loc	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01AB	Sulfonamidi										
S01AD	Antivirali										
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	Flucinolone 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.										
S01E	Preparati Antiglaucoma e Miotici										
S01EA	Simpaticomimetici per la terapia del Glaucoma										
S01EA03	Apraclonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA05	Brimonidina Tartrato	loc	RR	A							
S01EB	Parasimpaticomimetici										
S01EB01	Pilocarpina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EB09	Acetilcolina Cloruro	intraocul	OSP	C							
S01EC	Inibitori dell'anidasi Carbonica										
S01EC01	Acetazolamide	os	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							
S01ED51	Timololo, associazioni	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										
S01FB03	Ibopamina	loc	RR	C							
S01G	Decongestionanti ed Antiallergici										
S01GX	Altri Antiallergici										
S01GX03	Acido Spaglumico	loc	RR	C							
S01H	Anestetici Locali										
S01HA	Anestetici Locali										
S01HA02	Oxibuprocaina Cloridrato	loc	RR/RNL	C							
S01HA07	Lidocaina	loc	OSP	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01J	Diagnostici										
S01JA	Sostanze coloranti										
S01LA	Sostanze antineovascolarizzazione										
S01LA01	Verteporfina	ev	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		SI		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	Ocrlplasma	intravitr	OSP	H							
S01XA24	Cenegermin	loc	RNRL	H							
S01XA27	Voretigene 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		In associazione a Deferiprone		
V03AC02	Deferiprone	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		In associazione a Deferoxamina		
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	Ossidrossido sucroferrico	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE09	Patiromer	os	RRL	A			PHT			DPC	
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	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		NC							
V03AF07	Rasburicase	im	RR	C							
V03AF09	Glucarpidasi	ev	OSP	H							
V03AH	Farmaci per il Trattamento dell'ipoglicemia										
V03AH01	Diazossido	os	RRL	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
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 13 - DCA Aggiornamento PTR Agosto-Settembre 2024											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
V04	Diagnostici										
V04C	Altri diagnostici										
V04CD	Test di funzionalità ipofisaria										
V04CD01	Metirapone	os	RNRL	A			PHT				
V04CJ	Test per la funzionalità tiroidea										
V04CJ01	Tireotropina alfa	im	OSP	H					SI		
V07	Tutti gli altri prodotti non Terapeutici										
V07A	Tutti gli altri prodotti non Terapeutici										
V07AB	Solventi e Diluenti, comprese le Soluzioni Detergenti										
V07AB	Acqua Per Preparazioni Iniettabili FU	ev	OSP	A/C							
V07AC	Prodotti ausiliari per la trasfusione del sangue										
V07AY	Altri prodotti ausiliari non terapeutici										
V08	Mezzi di Contrasto										
V09	Radiofarmaci diagnostici										
V10	Radiofarmaci terapeutici										
V10B	Palliativi del dolore (agenti osteofili)										
V10BX	Radiofarmaci palliativi del dolore vari										
V10BX02	Samario 153SM Iexidronampentasodico	ev	OSP	H							
V10X	ALTRI RADIOFARMACI TERAPEUTICI										
V10XX	RADIOFARMACI TERAPEUTICI VARI										
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano	ev	OSP	H							
V10XX03	Radio-223 dicloruro	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
V10XX04	Lutezio-177LU-Oxodotreotide	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug