


Completo

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A Apparato gastrointestinale e metabolismo			
A01 Stomatologici			
A01A Antimicrobici orali			
A01AB Antimicrobici orali			
A01AB03 Clorexidina digluconato			
CORSODYL*SOLUZ 150ML 200MG/100	C		
A01AB09 Miconazolo			
DAKTARIN*GEL ORALE 80G 2%	C		
A02 Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica			
A02A Antiacidi			
A02AD Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio			
A02AD01 Magnesio idrossido + Algeldrato			
MAALOX*40CPR MAST 400MG+400MG	C		
MAALOX*OS SOSP 200ML 6,9%	C		
A02B Antiulcera peptica			
A02BA Antagonisti dei recettori H2			
A02BA02 Ranitidina			
ZANTAC*20CPR RIV 150MG	A	Nota 48	
ZANTAC*20CPR RIV 300MG	A	Nota 48	
ZANTAC*EV 10F 50MG/5ML	A	Nota 48	
ZANTAC*SCIR 200ML 150MG/10ML	A	Nota 48	
A02BB Prostaglandine			
A02BB01 Misoprostolo			
CYTOTEC*50CPR 200MCG	A	Nota 1	
A02BC Inibitori della pompa acida			
Inibitori di pompa protonica. Poche conoscenze per un impiego molto diffuso			
			
Pacchetto Informativo sui Farmaci 1/2012			
A02BC02 Pantoprazolo			
PANTORC* 14CPR GASTR 40MG	A	Nota 1 - Nota 48	Molecola a brevetto scaduto
PANTORC*14CPR GASTR 20MG	A	Nota 1 - Nota 48	

PANTORC*IV IFL LIOF 40MG	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

- **MODULO PER LA PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN dei PPI**

[Modulo prescrizione PPI \(nov-15\)](#) [DOC - 205kB]

A02BC03 Lansoprazolo

LANSOX*14CPR ORODISP 15MG	A	Nota 1 - Nota 48	
---------------------------	---	--	--

LANSOX*14CPR ORODISP 30MG	A	Nota 1 - Nota 48	
---------------------------	---	--	--

LANSOX*14CPS GASTR 15MG	A	Nota 1 - Nota 48	
-------------------------	---	--	--

LANSOX*14CPS GASTR 30MG	A	Nota 1 - Nota 48	
-------------------------	---	--	--

- **MODULO PER LA PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN dei PPI**

[Modulo prescrizione PPI \(nov-15\)](#) [DOC - 205kB]

A02BC04 Rabeprazolo

A02BC05 Esomeprazolo

NEXIUM*OS GRATxSOSP28BUST 10MG	A	Nota 1 - Nota 48	
--------------------------------	---	--	--

A02BD Associazioni per l'eradicazione di H. Pylori

A02BD08 Bismuto subcittrato + Tetraciclina + Metronidazolo

PYLERA*120CPS 140+125+125MG	A		
-----------------------------	---	--	--

A02BX Altri antiulcera peptica

A02BX02 Sucralfato

SUCRALFATO ANG*30BUST 2G	A		
--------------------------	---	--	--

A03 Antispastici procinetici e anticolinergici

A03A Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale

A03AX Altri farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale

A03AX Floroglucinolo + Meglucinolo

SPASMEX*20CPR 80MG+80MG	C		
-------------------------	---	--	--

A03AX12 Floroglucinolo

SPASMEX*INIETT 10F 40MG/4ML	A		
-----------------------------	---	--	--

A03AX13 Dimeticone attivato

METEOSIM*50CPR MAST 40MG	C		
--------------------------	---	--	--

SIMETICONE IBI*OS GTT FL 30ML	C		
-------------------------------	---	--	--

Limitatamente all'uso in indagini radiografiche ed endoscopiche del tratto gastrointestinale.

A03B Belladonna e derivati, non associati

A03BA Alcaloidi della belladonna, amine terziarie

A03BA01 Atropina

ATROPINA SOLFATO*10F 0,5MG 1ML	C		
--------------------------------	---	--	--

ATROPINA SOLFATO*10F 1MG 1ML	C		
------------------------------	---	--	--

A03BB Alcaloidi della belladonna semisintetici, composti ammoniacali quaternari

A03BB01 Butilscolamina

BUSCOPAN*30CPR RIV 10MG	C		
-------------------------	---	--	--

BUSCOPAN*IM IV 6F 1ML 20MG	A		
----------------------------	---	--	--

A03F Procinetici

A03FA Procinetici

A03FA01 Metoclopramide

PLASIL*24CPR 10MG	C		
-------------------	---	--	--

PLASIL*INET 5F 2ML 10MG/2ML	A		
-----------------------------	---	--	--

PLASIL*SCIR 120ML 10MG/10ML	C		
-----------------------------	---	--	--

A03FA01 Metoclopramide

A03FA01 Metoclopramide

A03FA03 Domperidone

DOMPERIDONE MG*30CPR RIV 10MG	C		Monitoraggio addizionale
-------------------------------	---	--	--------------------------

MOTILIUM*OS SOSP 200ML 1MG/ML	C		Monitoraggio addizionale
-------------------------------	---	--	--------------------------

PERIDON*AD 6SUPP 60MG	C		
-----------------------	---	--	--

PERIDON*BB 6SUPP 30MG	C		
-----------------------	---	--	--

Documento del gruppo di esperti per i farmaci in età pediatrica "Il trattamento farmacologico del vomito in età pediatrica. Bilancio tra rischi e benefici." [AIFA B.I.F. n.5/2007](#) [PDF - 578kB]

[Reazioni avverse a PERIDON supposte nei bambini](#) [PDF - 86kB]

A04 Antiemetici e antinausea

A04A Antiemetici e antinausea

A04AA Antagonisti della serotonina (5HT3)

A04AA01 Ondansetron

ONDANSETRONE MY*10F EV 2ML 4MG	H		
--------------------------------	---	--	--

ONDANSETRONE MY*10F EV 4ML 8MG	H		
--------------------------------	---	--	--

ONDANSETRONE TEVA*6CPR RIV 4MG	A		
--------------------------------	---	--	--

ONDANSETRONE TEVA*6CPR RIV 8MG	A		
--------------------------------	---	--	--

La classe omogenea degli antagonisti della serotonina (5HT3) è stata valutata secondo il criterio della sovrapposibilità terapeutica per le indicazioni terapeutiche comuni. Tra i principi attivi ondansetron, granisetron, tropisetron, **ai fini della gara, sono stati selezionati ondansetron e granisetron per aree di sovrapposibilità clinica più estese.**

Il lotto di gara è stato aggiudicato al prodotto risultato economicamente più vantaggioso: Ondansetron Mylan Generics (a base di ondansetron).

Nel caso di pazienti che non rispondono in modo ottimale o che mostrano effetti collaterali importanti a seguito di assunzione di ondansetron è possibile richiedere un prodotto alternativo nell'ambito della valutazione effettuata.

A04AA05 Palonosetron

ALOXI*1FL 250MCG 5ML	H/OSP		
----------------------	-------	--	--

A04AD Altri antiemetici

A04AD12 Aprepitant

EMEND*1CPS 125MG+2CPS 80MG	H		
----------------------------	---	--	--

Limitatamente in: "pazienti trattati con chemioterapia altamente emetizzante (A+C too) con Cisplatino >70 mg/mq, nell'emesi acuta in associazione con ondansetron e desametasone e nell'emesi ritardata in associazione con solo desametasone".

A05 Terapia biliare ed epatica

A05A Terapia biliare

A05AA Preparati a base di acidi biliari

A05AA02 Acido ursodesossicolico

DEURSIL*20CPS 300MG	A	Nota 2	Molecola a brevetto scaduto
URSACOL*40CPR 50MG	C		

A05AA04 Acido obeticolico

OCALIVA*30CPR RIV 10MG FL	H		Monitoraggio aggiuntivo - PT AIFA
---------------------------	---	--	-----------------------------------

A06 Lassativi

A06A Lassativi

A06AA Emollienti

A06AA01 Paraffina liquida

OLIO VASELINA*EMULS 200G	C		
--------------------------	---	--	--

A06AB Lassativi di contatto

A06AB06 Senna foglie (glucosidi A e B)

PURSENNID*40CPR RIV 12MG	C		
--------------------------	---	--	--

XPREP*SCIR TAPPOSERB 75ML150MG	C		
--------------------------------	---	--	--

A06AB08 Picosolfato sodico

GUTTALAX*OS GTT 15ML 7,5MG/ML	C		
-------------------------------	---	--	--

A06AD Lassativi ad azione osmotica

A06AD11 Lattulosio

EPALFEN*OS 20BUST 6G	C		
----------------------	---	--	--

LATTULAC EPS*1SACC RETT SOL20%	H		
--------------------------------	---	--	--

Considerata la loro sovrapposibilità terapeutica lattulosio e lattitolo sono stati messi in gara in alternativa. Il lotto di gara è stato aggiudicato alla specialità medicinale risultata economicamente più conveniente.

A06AD12 Lattitolo

Considerata la loro sovrapposibilità terapeutica lattulosio e lattitolo sono stati messi in gara in alternativa. Il lotto di gara è stato aggiudicato alla specialità medicinale risultata economicamente più conveniente.

A06AD15 Macrogol 4000

LAXIPEG*OS POLV 20BUST 9,7G	C		
-----------------------------	---	--	--

A06AD17 Sodio fosfato acido + Disodio fosfato

PHOSPHOLAX*OS 10BUST 20ML	C		
---------------------------	---	--	--

A06AD65 Macrogol+Sali di Na e K

ISCOLAN*8BUST 34,8G S/CONTENI	C		
-------------------------------	---	--	--

A06AD65 Macrogol+Sali di Na e K + acido ascorbico + sodio ascorbato

MOVIPREP*OS POLV 112G+1BUST11G	C		
--------------------------------	---	--	--

Per la preparazione intestinale del colon ad indagini diagnostiche, in pazienti non complianti o che non tollerano formulazioni a base di Peg tradizionali.

A06AD65 Macrogol+Simeticone+Sali di Na e K

SELG ESSE*OS POLV 4BUST 70G 1L	C		
--------------------------------	---	--	--

A06AG Clismi

A06AG01 sodio fosfato monobasico diidrato + disodio fosfato dibasico dodecaidrato

FOSFATO SODICO AC*CLISMA 20FL	C		
-------------------------------	---	--	--

A06AG04 Glicerolo + Camomilla + Malva

GLICEROLO SELLA*6CONT 2,25G	C		
-----------------------------	---	--	--

GLICEROLO SELLA*6CONT 4,5G	C		
----------------------------	---	--	--

A06AX Altri lassativi

A06AX01 Glicerolo

GLICEROLO*AD 18SUPP 2500MG	C		
----------------------------	---	--	--

GLICEROLO*BB 18SUPP 1500MG	C		
----------------------------	---	--	--

A07 Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali

A07A Antimicrobici intestinali

A07AA Antibiotici

A07AA02 Nistatina

MYCOSTATIN*OS SOSP FL 100ML	A		
-----------------------------	---	--	--

A07AA06 Paromomicina

HUMATIN*SCIR 60ML 2,5%	A		
------------------------	---	--	--

KAMAM*16CPS 250MG	A		
-------------------	---	--	--

A07AA10 Colistina solfato

A07AA11 Rifaximina

RIFACOL*AD 12CPR RIV 200MG	A		
----------------------------	---	--	--

A07B Adsorbenti intestinali

A07BA Preparati a base di carbone

A07D Antipropulsivi

A07DA Antipropulsivi

A07DA03 Loperamide

LOPERAMIDE HEX*30CPS 2MG	C		
--------------------------	---	--	--

Controindicazione specifica all'uso di loperamide nei bambini con età al di sotto dei 12 anni. [DDL]

A07E Antiinfiammatori intestinali

A07EA Corticosteroidi per uso topico

A07EA02 Idrocortisone

A07EA06 Budesonide

CORTIMENT*30CPR 9MG RP	A		
------------------------	---	--	--

INTESTICORT*50CPS 3MG	A		
-----------------------	---	--	--

A07EA07 Beclometasone

CLIPPER*30CPR 5MG RP	A		
----------------------	---	--	--

TOPSTER*10SUPP 3MG	A		
--------------------	---	--	--

TOPSTER*RETT SOSP 10FL 3MG+CAN	A		
--------------------------------	---	--	--

A07EC Acido aminosalicilico ed analoghi

A07EC01 Sulfasalazina

SALAZOPYRIN EN*100CPR 500MG	A		
-----------------------------	---	--	--

A07EC02 Mesalazina (5-ASA)

ASACOL*7CLISMI SCHIUMA BOMB 2G	A		
--------------------------------	---	--	--

ASACOL*7CLISMI SCHIUMA BOMB 4G	A		
--------------------------------	---	--	--

ASAMAX*SOSP RETT 7FL 50ML 2G	A		
------------------------------	---	--	--

CLAVERSAL*50CPR RIV 500MG	a		
---------------------------	---	--	--

MESALAZINA SAND*50CPR RIV500MG	A		
--------------------------------	---	--	--

PENTACOL 400*60CPR 400MG RM	A		
-----------------------------	---	--	--

PENTACOL 800*60CPR 800MG RM	A		
-----------------------------	---	--	--

PENTACOL*20SUPP 500MG	A		
-----------------------	---	--	--

PENTACOL*GEL RETT 20DOSI 500MG	A		
--------------------------------	---	--	--

PENTACOL*SOSP RETT 7CLISMI 4G	A		
-------------------------------	---	--	--

PENTASA*50CPR 500MG RM	A		
------------------------	---	--	--

A07XA Altri antidiarroici

A07XA04 Racecadotril

TIORFIX*BB 16BUST GRAT 10MG	C		
-----------------------------	---	--	--

TIORFIX*BB 16BUST GRAT 30MG	C		
-----------------------------	---	--	--

Scheda di valutazione del farmaco Racecadotril

[Scheda di valutazione del farmaco Racecadotril](#) [PDF - 55kB]

A09 Digestivi, inclusi gli enzimi

A09A Digestivi, inclusi gli enzimi

A09AA Preparati a base di enzimi

A09AA02 Pancrelipasi

CREON 10000UI*100CPS 150MG RM	A		
-------------------------------	---	--	--

CREON 25000UI*100CPS 300MG RM	C		
-------------------------------	---	--	--

PANCREX*100CPS 340MG	A		
----------------------	---	--	--

A10 Farmaci usati nel diabete

A10A Insuline e analoghi

A10AB Insuline e analoghi, ad azione rapida

A10AB01 Insulina umana

HUMULIN R*1F 10ML 100U/ML	A		
---------------------------	---	--	--

INSUMAN*RAP SOL 5PEN 300UI/3ML	A		
--------------------------------	---	--	--

A10AB04 Insulina lispro

HUMALOG*KWIKPEN 5PEN 3ML BORDE	A		
HUMALOG*SC 1FL 10ML 100U/ML	A		
HUMALOG*SC 5CART 3ML 100U/ML	A		

A10AB05 Insulina aspart

FIASP*FLEXTOUCH 5PEN 100U/ML	A		
FIASP*PENFILL 5CAR 100U/ML	A		
NOVORAPID PENFILL*SC 5CART 3ML	A		
NOVORAPID*FLEX 5PEN 3ML 100U/M	A		

A10AB06 Insulina glulisina

APIDRA*SC 1FL 10ML 100U/ML	A		
APIDRA*SOLOST.SC 5PEN 100UI/ML	A		

A10AC Insuline e analoghi, ad azione intermedia**A10AC01 Insulina umana isofano**

HUMULIN I*IF 10ML 100U/ML	A		
---------------------------	---	--	--

A10AC04 Insulina lispro protamina

HUMALOG*BASAL 5KWIKPEN 3ML VER	A		
HUMALOG*SC BASAL 5CART 3ML 100U	A		

A10AD Insuline e analoghi, ad azione intermedia e ad azione rapida associate**A10AD01 Insulina umana + insulina umana isofano**

ACTRAPHANE 30*SC 10ML 100UI/ML	A		
--------------------------------	---	--	--

A10AD04 Insulina lispro da DNA ricombinante + Insulina lispro protamina

HUMALOG*MIX25 5KWIKPEN 3ML GIA	A		
HUMALOG*MIX50 5KWIKPEN 3ML ROS	A		
HUMALOG*SC MIX25 F 100U/ML10ML	A		

A10AD05 Insulina aspart solubile + Insulina aspart protamino cristallizzata

NOVOMIX 30*FLEX 5PEN 3ML 100U	A		
NOVOMIX 50*FLEX 5PEN 3ML 100U	A		
NOVOMIX 70*FLEX 5PEN 3ML 100U/	A		

A10AE Insuline e analoghi, ad azione lunga**A10AE04 Insulina glargine**

ABASAGLAR*SC 5 CART 100UI/ML 3 ML	A		Monitoraggio addizionale
ABASAGLAR*SC 5KWIKPEN 100UI/ML	A		Monitoraggio addizionale
LANTUS*SC 1FL 100UI/ML 10ML	A		PHT

LANTUS*SC 5CART 3ML 100UI/ML	A		PHT
LANTUS*SOLOST.SC 5PEN 100UI/ML	A		PHT
TOUJEO*3PEN 300UI/ML 1,5ML	A		PHT

Scheda di valutazione del farmaco "Insulina glargine biosimilare" (aprile 2016)

[Doc. PTR N.278](#) [PDF - 1.281kB]

A10AE05 Insulina detemir

LEVEMIR*FLEX 5PEN 3ML 100UI/ML	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

A10AE06 Insulina degludec

TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100UI/ML	A	PT Insulina Degludec - Insulina Degludec/Liraglutide	Monitoraggio aggiuntivo - PT RER
---------------------------------	---	--	----------------------------------

[Doc RER 254](#) Scheda di valutazione del medicinale Insulina degludec (aprile 2015)

A10AE56 Insulina degludec/liraglutide

XULTOPHY*5PEN 100U/ML+3,6MG/ML	A	PT Insulina Degludec - Insulina Degludec/Liraglutide	Monitoraggio aggiuntivo - PT RER
--------------------------------	---	--	----------------------------------

A10B Ipoglicemizzanti orali

A10BA Biguanidi

A10BA02 Metformina

ZUGLIMET*30CPR RIV 500MG	A		
ZUGLIMET*40CPR RIV 850MG	A		
ZUGLIMET*60CPR RIV 1000MG	A		

A10BB Sulfonamidi, derivati dell'urea

A10BB01 Glibenclamide

DAONIL*30CPR 5MG	A		
------------------	---	--	--

A10BB08 Gliquidone

GLURENOR*40CPR 30MG	A		
---------------------	---	--	--

A10BB09 Gliclazide

GLICLAZIDE MOLTENI*40CPR 80MG	A		
-------------------------------	---	--	--

A10BB12 Glimepiride

AMARYL*30CPR 2MG	A		
AMARYL*30CPR 3MG	A		
AMARYL*30CPR 4MG	A		

A10BD Associazioni di ipoglicemizzanti orali

A10BD02 Metformina + Glibenclamide

GLIBOMET*60CPR RIV 400MG+5MG	A		
GLICONORM*36CPR DIV 5MG+500MG	A		
SUGUAN M*40CPR RIV 400MG+2,5MG	A		

A10BD05 Metformina + Pioglitazone

COMPETACT*56CPR RIV 15MG+850MG	A		
--------------------------------	---	--	--

A10BD07 Sitagliptin+Metformina

EFFICIB*56CPR RIV 50MG+1000MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
EFFICIB*56CPR RIV 50MG+850MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BD08 Vildagliptin+Metformina

EUCREAS*60CPR 50MG+1000MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
EUCREAS*60CPR 50MG+850MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BD09 Alogliptin benzoato/pioglitazone cloridrato

INCRESYNC*28CPR RIV 12,5+30MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
INCRESYNC*28CPR RIV 25+30MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BD10 Metformina cloridrato/saxagliptin cloridrato

KOMBOGLYZE*56 CPR RIV 2,5+1000 MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
KOMBOGLYZE*56 CPR RIV 2,5+850 MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN:

- La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale
- È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

A10BD11 Metformina cloridrato/linagliptin

JENTADUETO*56 CPR RIV 2,5+1000 MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
JENTADUETO*56CPR RIV 2,5+850 MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN:

- La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale
- È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

A10BD13 Alogliptin benzoato/metformina cloridrato

VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+1000MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+850MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BD15 Metformina cloridrato/dapagliflozin propanediolo monoidrato

XIGDUO*56 CPR RIV 5MG+1000MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	PT dedicato 6 mesi, monitoraggio addizionale
XIGDUO*56CPR RIV 5MG+850MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	PT dedicato 6 mesi, monitoraggio addizionale

A10BD16 Metformina cloridrato/canagliflozin emidrato

VOKANAMET*60 CPR RIV 50+1000MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	PT dedicato 6 mesi, monitoraggio addizionale
VOKANAMET*60CPR RIV 150+1000MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	PT dedicato 6 mesi, Monitoraggio addizionale
VOKANAMET*60CPR RIV 150+850MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	PT dedicato 6 mesi, monitoraggio addizionale
VOKANAMET*60CPR RIV 50+850MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	PT dedicato 6 mesi, monitoraggio addizionale

A10BD20 Empagliflozin e metformina cloridrato

SYNJARDY*56CPR RIV 12,5+850MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	
-------------------------------	---	--	--

A10BG Tiazolidinedioni

A10BG03 pioglitazone

PIOGLITAZONE MY*28CPR 15MG	A		Continuità terapeutica H - T
PIOGLITAZONE MY*28CPR 30MG	A		

[DDL]

A10BH Inibitori della dipeptil peptidasi 4 (DPP-4)

- Tutti i farmaci della classe Inibitori della dipeptil peptidasi 4 (DPP-4) sono erogati esclusivamente in Distribuzione Diretta.

Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (**aggiornamento maggio 2016**)

[173\) Linee guida terapeutiche n. 5 Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici \(DPP-4 e GLP-1 a.\) e glif...](#) [PDF - 1.740kB]

A10BH01 Sitagliptin

JANUVIA*28CPR RIV 100MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
JANUVIA*28CPR RIV 50MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (**aggiornamento maggio 2016**)

L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN:

- La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale
- È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

A10BH02 Vildagliptin

GALVUS*56CPR 50MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
-------------------	---	--	----------

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (**aggiornamento maggio 2016**)

L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN:

- La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale
- È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

A10BH03 Saxagliptin

ONGLYZA*28CPR RIV 5MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
-----------------------	---	--	----------

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (**aggiornamento maggio 2016**)

[Doc PTR 112](#) Scheda di valutazione del farmaco Saxagliptin (**settembre 2010**)

L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN:

- La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale
- È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

A10BH04 Alogliptin

VIPIDIA*28 CPR RIV 12,5MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
		Piano Terapeutico RER inibitori	

VIPIDIA*28CPR RIV 25MG	A	DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT
VIPIDIA*28CPR RIV 6,5MG	A	Piano Terapeutico RER inibitori DPP-4 (settembre 2018)	PHT - PT

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BH05 **Linagliptin**

TRAJENTA* 28CPR RIV 5MG	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN:

- La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale
- È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

A10BJ Analoghi del recettore GLP-1

A10BJ01 **Exenatide**

BYDUREON*SC 4KIT FL+SIR 2MG RP	A		PHT - PT AIFA
BYETTA*SC 1PEN 1,2ML 5MCG	A		PHT - PT AIFA
BYETTA*SC 1PEN 2,4ML 10MCG	A		PHT - PT AIFA

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 226](#) Documento reattivo a: "Exenatide (a rilascio prolungato)" - (luglio 2014)

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BJ02 **Liraglutide**

VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML	A		PHT - PT AIFA
----------------------------	---	--	---------------

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 111](#) Scheda di valutazione del farmaco Liraglutide (**settembre 2010**)

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BJ03 **Lixisenatide**

LYXUMIA*1 PEN 10MCG+1 PEN 20MCG	A		PHT - PT AIFA
LYXUMIA*2PEN 3ML 20MCG	A		PHT - PT AIFA

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 227](#) Documento relativo a Lixisenatide (**luglio 2014**)

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BJ05 **Dulaglutide**

TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML	A		PHT - PT AIFA
-----------------------------	---	--	---------------

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 279](#) Scheda di valutazione del farmaco Dulaglutide (aggiornamento **febbraio 2018**)

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BK Inibitori del cotrasportatore SGLT-2

173) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i.)" - (aggiornamento maggio 2016)

[173\) Linee guida terapeutiche n. 5 Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici \(DPP-4 e GLP-1 a.\) e glif...](#) [PDF - 1.740kB]

A10BK01 **Dapagliflozin**

FORXIGA*28CPR RIV 10MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	
------------------------	---	--	--

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BK02 **Canagliflozin**

INVOKANA*30CPR RIV 100MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	
--------------------------	---	--	--

INVOKANA*30CPR RIV 300MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	
--------------------------	---	--	--

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BK03 **Empagliflozin**

JARDIANCE*28CPR RIV 10MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	
--------------------------	---	--	--

JARDIANCE*28CPR RIV 25MG	A	PT AIFA inibitori SGLT-2	
--------------------------	---	--	--

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**)

A10BX **Altri ipoglicemizzanti**

A10BX02 **Repaglinide**

ENYGLID*90CPR 0,5MG	A		
---------------------	---	--	--

ENYGLID*90CPR 1MG	A		
-------------------	---	--	--

ENYGLID*90CPR 2MG	A		
-------------------	---	--	--

A11 **Vitamine**

A11B **Polivitaminici non associati**

A11BA **Polivitaminici non associati**

A11BA **Complesso vitaminico**

CERNEVIT*INIET 10FL POLV	C		
--------------------------	---	--	--

A11C Vitamine A e D, incluse le loro associazioni

A11CA Vitamina A, non associata

A11CA01 Retinolo palmitato

AROVIT*GTT 7,5ML 150000UI/ML	C		
------------------------------	---	--	--

A11CC Vitamina D e analoghi

A11CC04 Calcitriolo

CALCITRIOLO HOS*EV 25F 1MCG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

CALCITRIOLO M.G.*30CPS 0,25MCG	A		
--------------------------------	---	--	--

CALCITRIOLO M.G.*30CPS 0,5MCG	A		
-------------------------------	---	--	--

Linee guida terapeutiche n. 9: "I farmaci per la prevenzione e il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo associate alla Malattia Renale Cronica (MRC) nell'adulto" (settembre 2015) contenente la sintesi delle raccomandazioni delle Lg/9 terapeutiche (doc PTR n.263)

A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci di uso nefrologico

[Doc. PTR 270 sett-2015](#) [PDF - 1.133kB]

A11CC05 Colecalciferolo

DIBASE*OS GTT 10ML 10000UI/ML	A		
-------------------------------	---	--	--

Linee guida terapeutiche n. 9: "I farmaci per la prevenzione e il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo associate alla Malattia Renale Cronica (MRC) nell'adulto" (settembre 2015) contenente la sintesi delle raccomandazioni delle Lg/9 terapeutiche (doc PTR n.263)

A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci di uso nefrologico

[Doc. PTR 270 sett-2015](#) [PDF - 1.133kB]

A11D Vitamina B1, sola o in associazione con vitamina B6 e B12

A11DA Tiamina (vitamina B1), non associata

A11DA01 Tiamina

BENERVA*20CPR 300MG	C		
---------------------	---	--	--

VIT.B1 SALF*IM 3F 100MG 2ML	C		
-----------------------------	---	--	--

A11G Acido ascorbico (vit. C), comprese le associazioni

A11GA Acido ascorbico (vit. C), non associato

A11GA01 Acido ascorbico

VIT C HOSP*IM EV 10F 1G 5ML	C		
-----------------------------	---	--	--

VIT C HOSP*IM EV 10F 500MG 5ML	C		
--------------------------------	---	--	--

A11H Altre preparazioni di vitamine, non associate

A11HA Altri preparati di vitamine, non associate

A11HA02 Piridossina

BENADON*10CPR GASTRORES 300MG	C		
-------------------------------	---	--	--

BENADON*IM IV 6F 2ML 300MG	C		
----------------------------	---	--	--

A11HA03 Tocoferolo

EVION*20CPR RIV 100MG	C		
-----------------------	---	--	--

SURSUM*30CPS MOLLI 400UI	C		
--------------------------	---	--	--

A12 Integratori minerali

A12A Calcio

A12AA Calcio

A12AA03 Calcio gluconato

CALCIO GLUCONATO*10F 1G/10ML	C		
------------------------------	---	--	--

A12AA04 Calcio carbonato

CALCIODIE*30CPR EFF 1000MG	A		
----------------------------	---	--	--

Linee guida terapeutiche n. 9: "I farmaci per la prevenzione e il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo associate alla Malattia Renale Cronica (MRC) nell'adulto" (settembre 2015) contenente la sintesi delle raccomandazioni delle Lg/9 terapeutiche (doc PTR n.263)

A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci di uso nefrologico

[Doc. PTR 270 sett-2015](#) [PDF - 1.133kB]

A12B Potassio

A12BA Potassio

A12BA01 Potassio cloruro

KCL RETARD*40CPR 600MG R.P.	A		
-----------------------------	---	--	--

A16 Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo

A16A Altri farmaci apparato gastrointestinale e del metabolismo

A16AA Aminoacidi e derivati

A16AA01 Levocarnitina

CARNITENE*INIET 5F 5ML 2G/5ML	C		
-------------------------------	---	--	--

A16AB Enzimi

A16AB02 Imiglucerasi

CEREZYME*IV 1FL 200U/5ML	H		
--------------------------	---	--	--

CEREZYME*IV 1FL 400U/10ML	H		
---------------------------	---	--	--

A16AB03 Agalsidasi alfa

REPLAGAL*IV INF FL 1MG/ML3,5ML	H		
--------------------------------	---	--	--

Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA: Farmaci orfani-Registro ISS:<http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it/>

A16AB04 Agalsidasi beta

FABRAZYME*IV 1FL 35MG	H		
-----------------------	---	--	--

A16AB07 Alglucosidasi alfa

MYOZYME*1F 50MG/F 20ML	H/OSP		
------------------------	-------	--	--

[DocCRF] n. 40/2007

Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA: Farmaci orfani-Registro ISS:<http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it/>

A16AX Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo

A16AX03 Sodio fenilbutirrato

AMMONAPS*FL 250CPR 500MG	A		
--------------------------	---	--	--

Esclusiva erogazione in distribuzione diretta

A16AX07 Sapropterina

KUVAN*120CPR SOLUB 100MG	A		
--------------------------	---	--	--

B Sangue e organi emopoietici

B01 Antitrombotici

B01A Antitrombotici

B01AA Antagonisti della vitamina K

[Doc PTR 228](#) Documento regionale di indirizzo: "Indicazioni sulla gestione delle emergenze emorragiche in corso di trattamento con farmaci anticoagulanti orali" (aggiornamento **settembre 2016**)

B01AA03 Warfarin sodico

COUMADIN*30CPR 5MG	A		
--------------------	---	--	--

B01AA07 Acenocumarolo

SINTROM*20CPR 4MG	A		
-------------------	---	--	--

B01AB Eparinici

B01AB01 Eparina Calcica

CALCIPARINA*10SIR 12500UI0,5ML	A		
--------------------------------	---	--	--

CALCIPARINA*10SIR 5000UI 0,2ML	A		
--------------------------------	---	--	--

B01AB01 Eparina Sodica

EPSOCLAR*INF 10FL 25000UI/5ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

EPSODILAVE*10F 250UI/5ML 5ML	H		
------------------------------	---	--	--

VERACER*10F 25000UI 5ML	H		
-------------------------	---	--	--

B01AB02 Antitrombina III umana

ANBINEX*FL 1000UI+SIR 20ML+SET	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

B01AB05 Enoxaparina sodica

CLEXANE T*2FSIR 6000UI 0,6ML	A		PHT
------------------------------	---	--	-----

CLEXANE T*2FSIR 8000UI 0,8ML	A		PHT
------------------------------	---	--	-----

CLEXANE*6SIR 2000UI 0,2ML	A		PHT
---------------------------	---	--	-----

CLEXANE*6SIR 4000UI 0,4ML	A		PHT
---------------------------	---	--	-----

ENOXAPARINA INHIXA*10SIR10000U	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

ENOXAPARINA INHIXA*10SIR2000UI	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

ENOXAPARINA INHIXA*10SIR4000UI	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

ENOXAPARINA INHIXA*10SIR6000UI	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

ENOXAPARINA INHIXA*10SIR8000UI	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

ENOXAPARINA INHIXA*2SIR 4000UI	A		PHT
--------------------------------	---	--	-----

La **CF AVEC** al fine di favorire appropriatezza e sicurezza d'uso delle **Eparine a basso peso molecolare (LMWH)** e di **Fondaparinux**, ha prodotto un **opuscolo informativo rivolto ai clinici**. Il documento, redatto a cura dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, in una forma estremamente fruibile e tascabile, fornisce le informazioni essenziali per il loro corretto utilizzo (indicazioni, posologia, particolari condizioni d'uso, confezionamento e costi).

[LMWH e Fondaparinux CF AVEC ott 2018](#) [PDF - 149kB]

[Det 6822/2018](#) Valutazione e inserimento in PTR di Enoxaparina sodica biosimilare (Inhixa)

B01AB07 Parnaparina

FLUXUM*SC 6SIR 0,3ML 3200UIaxa	A		PHT
FLUXUM*SC 6SIR 0,4ML 4250UIaxa	A		PHT
FLUXUM*SC 6SIR 0,6ML 6400UIaxa	A		PHT
FLUXUM*SC 6SIR 0,8ML 8500UIaXa	A		PHT

La **CF AVEC** al fine di favorire appropriatezza e sicurezza d'uso delle **Eparine a basso peso molecolare (LMWH)** e di **Fondaparinux**, ha prodotto un **opuscolo informativo rivolto ai clinici**. Il documento, redatto a cura dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, in una forma estremamente fruibile e tascabile, fornisce le informazioni essenziali per il loro corretto utilizzo (indicazioni, posologia, particolari condizioni d'uso, confezionamento e costi).

[LMWH e Fondaparinux CF AVEC ott 2018](#) [PDF - 149kB]

B01AC Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina

B01AC04 Clopidogrel

PLAVIX*4CPR RIV 300MG	H/OSP		PHT
ZYLLT*28CPR RIV 75MG	A		PHT, Molecola a brevetto scaduto

[Doc. RER 169](#) Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**aprile 2018**)

B01AC05 Ticlopidina

TIKLID*30CPR RIV 250MG	A		
------------------------	---	--	--

B01AC06 Acetilsalicilato di lisina

CARDIRENE*OS POLV 30BUST 75MG	A		
-------------------------------	---	--	--

B01AC06 Acido acetilsalicilico

ACIDO ACETILS SAN*30CPR 100MG	A		
-------------------------------	---	--	--

B01AC06 Acido acetilsalicilico + Magn. Idrossido + algedrato

ASCRIPITIN*20CPR DIV 300MG	A		
----------------------------	---	--	--

B01AC07 Dipiridamolo

PERSANTIN*IV 10F 10MG/2ML	C/OSP		
---------------------------	-------	--	--

B01AC09 Epoprostenolo

EPOPROSTENOLO PH&T*FL 0,5MG+1FL	H	PT farmaci per IAP	
---------------------------------	---	------------------------------------	--

EPOPROSTENOLO PH&T*FL 1,5MG+2FL	H	PT farmaci per IAP	
---------------------------------	---	------------------------------------	--

[DocCRF] n. 77 Luglio 2012: "[Trattamento dell'Ipertensione Arteriosa Polmonare: percorso organizzativo e documento specialistico e scheda di prescrizione](#)"

B01AC11 Iloprost

ENDOPROST*INFUS 1F 0,05MG/0,5M	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

VENTAVIS*NEB 30F 2ML 10MCG/ML	A	PT farmaci per IAP	PHT - PT - RER
-------------------------------	---	------------------------------------	----------------

Limitatamente alla specialità medicinale Ventavis fare riferimento al [\[DocCRF\]](#) n.77 Luglio 2012
Esclusiva erogazione in Distribuzione Diretta.

B01AC13 **Abciximab**

REOPRO*EV 1F 5ML 10MG/5ML	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

B01AC16 **Eptifibatide**

INTEGRILIN*IV 100ML 0,75MG/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

INTEGRILIN*IV FL 10ML 2MG/ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

B01AC17 **Tirofiban**

AGGRASTAT*IV FL 50ML 0,25MG/ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

B01AC21 **Treprostinil (sale di sodio)**

REMODULIN*SC 20ML 1MG/ML	H	PT farmaci per IAP	
--------------------------	---	------------------------------------	--

REMODULIN*SC 20ML 5MG/ML	H	PT farmaci per IAP	
--------------------------	---	------------------------------------	--

[\[DocCRF\]](#)n.77 Luglio 2012: "Trattamento dell'Ipertensione Arteriosa Polmonare: percorso organizzativo e documento specialistico e scheda di prescrizione."

Uso riservato ai soli pazienti resistenti alle altre terapie disponibili.

B01AC22 **Prasugrel**

EFIENT*28CPR RIV 10MG	A	PT Prasugrel Ticagrelor 90	PHT - PT - RER
-----------------------	---	--	----------------

EFIENT*28CPR RIV 5MG	A	PT Prasugrel Ticagrelor 90	PHT - PT - RER
----------------------	---	--	----------------

[Doc. RER 169](#) Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**aprile 2018**)

B01AC24 **Ticagrelor**

BRILIQUE*56CPR RIV 90MG	A	PT Prasugrel Ticagrelor 90	PHT - PT - RER
-------------------------	---	--	----------------

[Doc RER 169](#) Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**aprile 2018**)

B01AD **Enzimi**

B01AD02 **Alteplasi**

ACTILYSE*IV FL 20MG+FL 20ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

ACTILYSE*IV FL 50MG+FL 50ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

- Trattamento trombolitico dell'embolia polmonare massiva acuta.
- Trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto nei Centri autorizzati RER.

B01AD04 **Urokinasi**

UROKINASI MAYNE*FL100000UI+F2M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

B01AD11 **Tenecteplase**

METALYSE*IV 1FL 10000U/10ML+SI	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

B01AD12 **Proteina C umana**

CEPROTIN*IV 1000UI	H/OSP		
--------------------	-------	--	--

CEPROTIN*IV 500UI	H/OSP		
-------------------	-------	--	--

B01AE Inibitori diretti della trombina

B01AE03 Argatroban

NOVASTAN*INF FL2,5ML 100MG/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

[\[DocCRF\]](#) n. 91

B01AE06 Bivaluridina

ANGIOX*EV 10F 250MG	H/OSP		
---------------------	-------	--	--

- [Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute \(Sca\)" \(dicembre 2012\)](#)
- [\[DDL\]](#) 07.01.2013

Utilizzo riservato a Cardiologia e Unità Coronarica.

B01AE07 Dabigatran etexilato

PRADAXA*30X1CPS 110 MG	A	PT NAO per FA	
------------------------	---	-------------------------------	--

PRADAXA*60X1CPS 110 MG	A	PT NAO per FA	
------------------------	---	-------------------------------	--

PRADAXA*60X1CPS 150 MG	A	PT NAO per FA	
------------------------	---	-------------------------------	--

[Doc PTR 182](#) Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare (aggiornamento **giugno 2018**)

[Doc PTR 303](#) I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive (**giugno 2018**)

[Doc PTR 228](#) Documento regionale di indirizzo: "Indicazioni sulla gestione delle emergenze emorragiche in corso di trattamento con farmaci anticoagulanti orali" (aggiornamento **settembre 2016**)

[Doc PTR 176](#) Nuovi anticoagulanti orali (dabigatran, rivaroxaban e apixaban) nella profilassi del Tev in pazienti sottoposti ad artroprotesi di anca o ginocchio in elezione (**aprile 2013**). In questo documento la CRF raccomanda alle Commissioni di AV di rendere disponibile per l'uso in chirurgia ortopedica uno solo dei tre NAO al fine di evitare il rischio di errori terapeutici; **la CF AVEC rende disponibile il RIVAROXABAN per l'uso in chirurgia ortopedica.**

B01AF Inibitori diretti del fattore Xa

B01AF01 Rivaroxaban

XARELTO*10CPR RIV 10MG PP/ALU	A		
-------------------------------	---	--	--

XARELTO*28 CPR RIV 20MG	A	- PT NAO per FA	
-------------------------	---	---------------------------------	--

XARELTO*30CPR RIV 10MG PP/ALU	A		
-------------------------------	---	--	--

XARELTO*42 CPR RIV 15MG	A	- PT NAO per FA	
-------------------------	---	---------------------------------	--

[Doc PTR 182](#) Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare (aggiornamento **giugno 2018**)

[Doc PTR 303](#) I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive (**giugno 2018**)

[Doc PTR 228](#) Documento regionale di indirizzo: "Indicazioni sulla gestione delle emergenze emorragiche in corso di trattamento con farmaci anticoagulanti orali" (aggiornamento **settembre 2016**)

[Doc PTR 176](#) Nuovi anticoagulanti orali (dabigatran, rivaroxaban e apixaban) nella profilassi del Tev in pazienti sottoposti ad artroprotesi di anca o ginocchio in elezione (**aprile 2013**). In questo documento la CRF raccomanda alle Commissioni di AV di rendere disponibile per l'uso in chirurgia ortopedica uno solo dei tre NAO al fine di evitare il rischio di errori terapeutici; **la CF**

AVEC rende disponibile il RIVAROXABAN per l'uso in chirurgia ortopedica.

B01AF02 Apixaban

ELIQUIS*60CPR RIV 2,5MG	A	PT NAO per FA	
ELIQUIS*60CPR RIV 5 MG	A	PT NAO per FA	

[Doc PTR 182](#) Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare (aggiornamento **giugno 2018**)

[Doc PTR 303](#) I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive (**giugno 2018**)

[Doc PTR 228](#) Documento regionale di indirizzo: "Indicazioni sulla gestione delle emergenze emorragiche in corso di trattamento con farmaci anticoagulanti orali" (aggiornamento **settembre 2016**)

[Doc PTR 176](#) Nuovi anticoagulanti orali (dabigatran, rivaroxaban e apixaban) nella profilassi del Tev in pazienti sottoposti ad artroprotesi di anca o ginocchio in elezione (**aprile 2013**). In questo documento la CRF raccomanda alle Commissioni di AV di rendere disponibile per l'uso in chirurgia ortopedica uno solo dei tre NAO al fine di evitare il rischio di errori terapeutici; **la CF AVEC rende disponibile il RIVAROXABAN per l'uso in chirurgia ortopedica.**

B01AF03 Edoxaban

LIXIANA*10CPR RIV 15MG	A		
LIXIANA*10CPR RIV 30MG	A		
LIXIANA*10CPR RIV 60MG	A		
LIXIANA*28CPR RIV 30MG	A		
LIXIANA*28CPR RIV 60MG	A		
LIXIANA*50CPR RIV 30MG	A		
LIXIANA*50CPR RIV 60MG	A		

[Doc PTR 182](#) Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare (aggiornamento **giugno 2018**)

[Doc PTR 303](#) I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive (**giugno 2018**)

[Doc PTR 228](#) Documento regionale di indirizzo: "Indicazioni sulla gestione delle emergenze emorragiche in corso di trattamento con farmaci anticoagulanti orali" (aggiornamento **settembre 2016**)

B01AX Altri antitrombotici

B01AX05 Fondaparinux sodico

ARIXTRA*SC 10SIR 2,5MG 0,5ML	A		PHT
ARIXTRA*SC 10SIR 5MG 0,4ML	A		PHT
ARIXTRA*SC 10SIR 7,5MG 0,6ML	A		PHT
ARIXTRA*SC 7SIR 1,5MG 0,3ML	A		PHT

La CF AVEC al fine di favorire appropriatezza e sicurezza d'uso delle **Eparine a basso peso molecolare (LMWH)** e di **Fondaparinux**, ha prodotto un **opuscolo informativo rivolto ai clinici**. Il documento, redatto a cura dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, in una forma estremamente fruibile e tascabile, fornisce le informazioni essenziali per il loro corretto utilizzo (indicazioni, posologia, particolari condizioni d'uso, confezionamento e costi).

B02 Antiemorragici

B02A Antifibrinolitici

B02AA Aminoacidi

B02AA02 Acido tranexamico

TRANEX*30CPS 500MG	A		Molecola a brevetto scaduto
--------------------	---	--	-----------------------------

UGUROL*IM IV OS 5F 5ML 500MG	A		Molecola a brevetto scaduto
------------------------------	---	--	-----------------------------

B02AB Inibitori delle proteasi

B02AB02 Alfa 1-antitripsina

PROLASTIN*EV 1F 1G/40ML+F40ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

L'alfa 1-antitripsina è indicata per la terapia cronica sostitutiva in soggetti con carenza congenita di inibitore dell'alfa-1-proteinasi (fenotipi PiZZ, PiZ(null), Pi(null)(null) e PiSZ) in relazione ad una compromissione del flusso respiratorio di grado moderato (FEV1 35-60%) ed alla valutazione del quadro clinico (condizioni di disabilità).

B02B Vitamina K ed altri emostatici

B02BA Vitamina K

B02BA01 Fitomenadione

KONAKION*INIET OS 3F 10MG 1ML	A		
-------------------------------	---	--	--

B02BC Emostatici locali

B02BC30 Colla di Fibrina

TISSEEL*ADESIVO TISS.1SIR 2ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

TISSEEL*ADESIVO TISS.1SIR 4ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

- [\[DDL 15.01.2013\]](#) Nuove ed importanti informazioni sul rischio di embolia gassosa con l'uso non corretto (pressione eccessivamente elevata, distanza eccessivamente breve) di dispositivi di nebulizzazione per la somministrazione di colle di fibrina.

B02BD Fattori della coagulazione del sangue

B02BD Complesso protrombinico

PROTROMPLEX TIM3*F 600UI+20ML	A		
-------------------------------	---	--	--

B02BD01 Fattori della coagulazione II,VII,IX,X in combinazione

CONFIDEX*500 1FL+1FL SOLV 20ML	H/OSP		RMP
--------------------------------	-------	--	-----

[\[DocCRE\]n. 170](#) "...in pazienti che sviluppano emorragia grave o che presentano necessità di intervento chirurgico in emergenza/urgenza nei quali l'INR risulta 4 e in quelle condizioni di emergenza in cui non è giustificata l'attesa per determinare INR"

B02BD02 Fattore VIII

FANHDI*INF FL 250UI+SIR SOLV+S	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

FANHDI*INF FL 500UI+SIR SOLV+S	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

FANHDI*INF FL1000UI+SIR SOLV+S	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

B02BD02 Moroctocog alfa

REFACTO AF*IV 1FL 1000UI+FL4ML	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

REFACTO AF*IV 1FL 2000UI+SIR4M	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

REFACTO AF*IV 1FL 250UI+FL 4ML	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

REFACTO AF*IV 1FL 500UI+FL 4ML	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

B02BD02 Octocog alfa

ADVATE*FL 1000UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
------------------------------	---	--	----------

ADVATE*FL 1500UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
------------------------------	---	--	----------

ADVATE*FL 2000UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
------------------------------	---	--	----------

ADVATE*FL 250UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
-----------------------------	---	--	----------

ADVATE*FL 3000UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
------------------------------	---	--	----------

ADVATE*FL 500UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
-----------------------------	---	--	----------

KOGENATE BAYER*EV2000UI+SIR+DI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

KOGENATE BAYER*EV3000UI+SIR+DI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

KOGENATE BAYER*FL1000UI+SIR+1K	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

KOGENATE BAYER*FL250UI+SIR+1KI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

KOGENATE BAYER*FL500UI+SIR+1KI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

B02BD02 Efmoroctocog alfa

ELOCTA*IV 1FL 1000UI+SIR PRERI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

ELOCTA*IV 1FL 1500UI+SIR PRERI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

ELOCTA*IV 1FL 2000UI+SIR PRERI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

ELOCTA*IV 1FL 250UI+SIR PRERI	A		PHT - PT
-------------------------------	---	--	----------

ELOCTA*IV 1FL 3000UI+SIR PRERI	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

ELOCTA*IV 1FL 500UI+SIR PRERI	A		PHT - PT
-------------------------------	---	--	----------

B02BD03 Complesso protrombinico antiemofilico umano attivato

FEIBA*FL 1000UF + BAXJECT II HF	A		PHT - PT
---------------------------------	---	--	----------

B02BD04 Fattore IX

FIXNOVE*FL 1200UI+FL 10ML	A		PHT - PT
---------------------------	---	--	----------

B02BD04 Albutrepenonacog alfa

IDELVION*EV FL 1000UI+FL 2,5ML	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

IDELVION*EV FL 2000UI+FL 2,5ML	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

IDELVION*EV FL 250UI+FL 2,5ML	A		PHT - PT
-------------------------------	---	--	----------

IDELVION*EV FL 500UI+FL 2,5ML	A		PHT - PT
-------------------------------	---	--	----------

[Det.5830/2017](#)

B02BD04 Eftrenonacog alfa

ALPROLIX*1FL 1000UI+1SIR 5ML	A		PHT - PT
ALPROLIX*1FL 2000UI+1SIR 5ML	A		PHT - PT
ALPROLIX*1FL 250UI+1SIR 5ML	A		PHT - PT
ALPROLIX*1FL 3000UI+1SIR 5ML	A		PHT - PT
ALPROLIX*1FL 500UI+1SIR 5ML	A		PHT - PT

[Det 6822/2018](#)

B02BD05 Fattore VII

PROVERTIN UM TIM3*IV FL 600UI	A		PHT - PT
-------------------------------	---	--	----------

B02BD06 Fattore di von Willebrand e fattore VIII della coagulazione in associazione

HAEMATE P*FL 1000UI+FL15ML+SET	A		PHT - PT - RMP
HAEMATE P*FL 500UI+FL10ML+SET	A		PHT - PT - RMP

B02BD08 Eptacog alfa (attivato)

NOVOSEVEN*IV 1,2MG(60KUI)+2,2M	H		
NOVOSEVEN*IV 1MG(50KUI)+1,1ML	H		
NOVOSEVEN*IV 2MG(100KUI)+2,1ML	H		
NOVOSEVEN*IV 5MG(250KUI)+5,2ML	H		

B02BD09 Nonacog alfa

BENEFIX*IV 1FL 1000UI+SIR5ML+S	A		PHT - PT
BENEFIX*IV 1FL 2000UI+SIR5ML+S	A		PHT - PT
BENEFIX*IV 1FL 250UI+SIR5ML+SE	A		PHT - PT
BENEFIX*IV 1FL 500UI+SIR5ML+SE	A		PHT - PT

B02BX Altri emostatici per uso sistemico

B02BX04 Romiplostim

NPLATE*4FL 250MCG POLV	H		
NPLATE*FL 500MCG POLV+SOLV	H		

- [\[DocCRF\]](#) n. 124 e 142
- [Scheda registro AIFA](#)

B02BX05 Eltrombopag

REVOLADE*28CPR RIV 25MG	H		
REVOLADE*28CPR RIV 50MG	H		

- [\[DocCRF\]](#) n.142 Raccomandazioni evidence-based: "Romiplostim, Eltrombopag nella porpora trombocitopenica immunitaria (PTI) idiopatica"- (ottobre2011)

- [Scheda registro AIFA](#)

B03 Farmaci antianemici

B03A Preparati a base di ferro

B03AA Ferro bivalente, preparati orali

B03AA07 Ferroso solfato

TARDYFER*30 CPR 80MG RP	A		
-------------------------	---	--	--

B03AB Ferro trivalente, preparati orali

B03AB Ferrigluconato sodico

FERLIXIT*OS IV 5F 62,5MG 5ML	H		
------------------------------	---	--	--

B03AB Ferromaltoso

INTRAFER*OS GTT 30ML 50MG/ML	A		
------------------------------	---	--	--

B03AC Ferro, preparati parenterali

B03AC01 Carbossimaltoso ferrico

FERINJECT*INF 1FL 10ML 50MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

Scheda di valutazione di "Complessi del ferro(III) per uso ev (saccarato e carbossimaltoso)" - febbraio 2015

[Doc. PTR 249 febb-2015](#) [PDF - 1.177kB]

B03B Vitamina B12 ed acido folico

B03BA Vitamina B12 (cianocobalamina e derivati)

B03BA01 Cianocobalamina

DOBETIN*INIET 5F 1000MCG 1ML	A		
------------------------------	---	--	--

DOBETIN*INIET 5F 5000MCG/2ML	C		
------------------------------	---	--	--

B03BB Acido folico e derivati

B03BB01 Acido folico

FOLIFILL*20CPS 5MG	A		
--------------------	---	--	--

FOLINA*IM 5F 2ML 15MG	A		
-----------------------	---	--	--

B03X Altri preparati antianemici

B03XA Altri preparati antianemici

[\[DocCRF\]](#) n.119 "Medicinali biosimilari dell'eritropoietina" (aggiornamento novembre 2012)

B03XA01 Epoetina alfa

EPREX*1SIR 1000UI 0,5ML	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

EPREX*1SIR 2000UI 0,5ML	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

EPREX*1SIR 3000UI 0,3ML	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

EPREX*1SIR 4000UI/ML 1ML	A		PHT - PT
--------------------------	---	--	----------

EPREX*1SIR 5000UI/0,5ML	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

EPREX*1SIR 6000UI/0,6ML	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

EPREX*1SIR 8000UI/0,8ML	A	PT eritropoietine	PHT - PT
-------------------------	---	-----------------------------------	----------

Prescrizione da riservare a garanzia della CONTINUITA' TERAPEUTICA in pazienti adulti e pediatrici già in trattamento con

Eporex, per tutte le indicazioni terapeutiche registrate.

B03XA01 Epoetina alfa

BINOCRIT*1SIR 10000UI 1ML	A	PT eritropoietine	PHT - PT
BINOCRIT*1SIR 40000UI/1ML	A		PHT - PT

I principi attivi epoetina alfa ed epoetina beta sono stati posti **in gara in alternativa per una quota del fabbisogno**.

Binocrit può essere prescritto per:

- **USO SOTTOCUTE** nel trattamento dell'anemia in pazienti adulti in chemioterapia per tumori solidi e/o per tumori ematologici ad esclusione delle leucemie mieloidi; Predonazione in pazienti candidati a chirurgia ortopedica;
- **USO ENDOVENA** nel trattamento dell'anemia associata a IRC in pazienti adulti e pediatrici **NAIVE** in trattamento dialitico.

B03XA01 Epoetina zeta

RETACRIT*1SIR 1000UI 0,3ML	A	PT eritropoietine	PHT - PT
RETACRIT*1SIR 2000UI 0,6ML	A		PHT - PT
RETACRIT*1SIR 3000UI 0,9ML	A		PHT - PT
RETACRIT*1SIR 4000UI 0,4ML	A		PHT - PT
RETACRIT*1SIR 5000UI 0,5ML	A		PHT - PT
RETACRIT*1SIR 6000UI 0,6ML	A		PHT - PT
RETACRIT*1SIR 8000UI 0,8ML	A		PHT - PT

I principi attivi epoetina alfa ed epoetina beta sono stati posti **in gara in alternativa per una quota del fabbisogno**.

Retacrit può essere prescritto per:

- **USO SOTTOCUTE** nella terapia dell'anemia associata a IRC in pazienti adulti e pediatrici **NAIVE** in trattamento dialitico, predialitico e dialisi peritoneale

B03XA02 Darbepoetina alfa

ARANESP*SC EV 1SIR 100MCG 0,5M	A		PHT - PT
ARANESP*SC EV 1SIR 150MCG 0,3M	A		PHT - PT
ARANESP*SC EV 1SIR 40MCG 0,4ML	A		PHT - PT
ARANESP*SC EV 1SIR 80MCG 0,4ML	A		PHT - PT

Prescrizione da riservare a pazienti con IRC, in trattamento predialitico, non complianti a più somministrazioni settimanali.

B05 Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali

B05A Sangue e prodotti correlati

B05AA Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche

B05AA01 Albumina umana

ALBITAL*1FL 50ML SOLUZ 20%+SET	A	Nota 15	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

B05AA05 Destrano

PLANDER*INF 20FL 500ML 30G/500	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

[Doc. PTR n 231](#) "Plasma expander: scheda di valutazione" a cura del gruppo di lavoro multidisciplinare sui farmaci Anestesiologici AVEN

B05AA06 Poligelina

EMAGEL*EV FL 500ML 35G/L	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

[Doc. PTR n 231](#) "Plasma expander: scheda di valutazione" a cura del gruppo di lavoro multidisciplinare sui farmaci Anestesiologici AVEN

B05AA07 Etamido + Sodio cloruro

VOLUVEN*INFUS 15SA 500ML 6%	C/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

B05AA07 Pentamido + Sodio cloruro

HYPERHAES*20SACCHE 250ML	C/OSP		
--------------------------	-------	--	--

B05B Soluzioni endovena

B05BA Soluzioni nutrizionali parenterali

B05BA01 Aminoacidi

SIFRAMIN*FL 500ML 4%	C		
----------------------	---	--	--

SINTAMIN HEPA*EV 500ML 8%	C		
---------------------------	---	--	--

SINTAMIN*EV FL 500ML 10%	C		
--------------------------	---	--	--

B05BA02 Olio di soia + Lecitina + trigliceridi saturi a media catena

LIPOFUNDIN MCT*10FL 100ML 10%+	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

LIPOFUNDIN MCT*10FL 250ML 10%+	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

B05BA02 Olio di soia + Lecitina d'uovo

INTRALIPID*EV 500ML 10% SACCA	C		
-------------------------------	---	--	--

INTRALIPID*EV 500ML 20% SACCA	A		
-------------------------------	---	--	--

B05BA03 Carboidrati

GLUCOSIO*10% 20F 10ML	C/OSP		
-----------------------	-------	--	--

GLUCOSIO*33% 20F 10ML	C/OSP		
-----------------------	-------	--	--

B05BA10 Soluz. nutrizionali associazioni

FREAMINE III*IV FL 500ML 8,5%	C		
-------------------------------	---	--	--

NUTRIPERI LIPID*EV 5SA 1875ML	C		
-------------------------------	---	--	--

NUTRIPLUS LIPID*EV 5SA 1875ML	C		
-------------------------------	---	--	--

NUTRISPECIAL LIPID*5SA 1875ML	C		
-------------------------------	---	--	--

NUTRISPECIAL LIPID*5SA 2500ML	C		
-------------------------------	---	--	--

OLICLINOMEL*N-4-550E 1500ML4SA	C		
--------------------------------	---	--	--

OLICLINOMEL*N-4-550E 2000ML4SA	C		
--------------------------------	---	--	--

OLICLINOMEL*N-6-900E 2000ML4SA	C		
--------------------------------	---	--	--

OLICLINOMEL*N-7-1000E2000ML4SA	C		
B05BB Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico			
B05BB01 Elettrolitica equilibrata enterica			
B05BB01 Elettrolitica equilibrata gastrica			
B05BB01 Elettrolitica reidratante I			
B05BB01 Elettrolitica reidratante II			
B05BB01 Elettrolitica reidratante III			
B05BB01 Ringer			
B05BB01 Ringer acetato			
B05BB01 Ringer lattato			
B05BB01 Sodio bicarbonato			
B05BB01 Sodio cloruro			
B05BB01 Soluzione Darrow			
B05BB02 Elettrolitica equilibrata pediatrica			
B05BB02 Glucosio + Potassio cloruro I e II			
B05BB02 Glucosio + Sodio cloruro I, II e III			
B05BB02 Ringer acetato con glucosio			
B05BB02 Ringer con glucosio			
B05BB02 Ringer lattato con glucosio			
B05BB03 Trometamolo			
THAMESOL*FLEBO FL 250ML 3,6%	H		
B05BC Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica			
B05BC Glicerolo + Sodio cloruro			
B05BC01 Mannitolo			
B05C Soluzioni per irrigazioni			
B05C Soluzioni per irrigazioni			
B05C Soluzioni saline			
B05D Soluzioni per dialisi peritoneale			
B05X Soluzioni endovena additive			
B05XA Soluzioni elettrolitiche			
B05XA Potassio aspartato			
POTASSIO ASP. PH*10F 10ML 1MEQ/ML	C		
POTASSIO ASP. PH*10F 10ML 3MEQ/ML	C		
B05XA Sodio lattato			
SODIO LATTATO*5F 20MEQ 10ML	C		
B05XA01 Potassio cloruro			
POTASSIO CL.FKI*20F 10ML2MEQ/M	C/OSP		
B05XA02 Sodio bicarbonato			
B05XA03 Sodio cloruro			
SODIO CLORURO FKI*60x5F 2MEQ/M	C/OSP		
B05XA04 Ammonio cloruro			
B05XA05 Magnesio solfato			
MAGNESIO SOLFATO*5F 1G 10ML	C		
MAGNESIO SOLFATO*5F 2,5G 10ML	C		
B05XA06 Potassio fosfato			

POTASSIO FOSF.SALF*5F 20MEQ/20	C		
--------------------------------	---	--	--

B05XA07 Calcio cloruro

CALCIO CLORURO BIO*10F 1G 10ML	C		
--------------------------------	---	--	--

B05XA08 Sodio acetato

B05XA11 Magnesio cloruro

B05XA15 Potassio lattato

POTASSIO LATT.SALF*100F 20MEQ	C		
-------------------------------	---	--	--

B05XA16 Soluzione cardioplegica

B05XA30 Associazioni di elettroliti

ADDAMEL N*INFUS 20F 10ML	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

PEDITRACE*INFUS 10FL 10ML	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

B05XA30 Soluzione polisalinica concentrata con Potassio

POLISALINICA CONC C/K 1*10F10M	C		
--------------------------------	---	--	--

B05XB Aminoacidi

B05XB02 Alanilglutamina

DIPEPTIVEN*IV FL 100ML	C		
------------------------	---	--	--

B05XC Vitamine

B05XC Complesso vitaminico

SOLUVIT*AD IV 10FL 10ML	H/OSP		
-------------------------	-------	--	--

B05XC Retinolo + Ergocalciferolo + Tocoferolo alfa + Fitomenadione

VITALIPID*AD INFUS 10F 10ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

VITALIPID*BB INFUS 10F 10ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

B05Z Emodialitici ed emofiltrati

B05ZA Emodialitici, concentrati

B05ZA Soluzioni per emodialisi

B05ZB Emofiltrati

B05ZB Soluzioni per emofiltrazione

B06 Altri agenti ematologico

B06A Altri agenti ematologici

B06AC Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario

[141\) Documento relativo a Farmaci con indicazione nel trattamento eo profilassi degli attacchi acuti di angioedema ereditario \(aee\) inibitori della...](#) [PDF - 432kB]

B06AC01 C-1 inibitore, plasmaderivato

BERINERT*IV FL 500U+FL 10ML	A		PHT - PT
-----------------------------	---	--	----------

CINRYZE*EV 2FL 500U+2FL	A		PT AIFA
-------------------------	---	--	---------

B06AC02 Icatibant acetato

FIRAZYR*SC 1SIR30MG 3ML10MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

C Sistema cardiovascolare

C01 Terapia cardiaca

C01A Glicosidi cardiaci

C01AA Glicosidi digitalici

C01AA05 Digossina

LANOXIN*30CPR 0,0625MG	A		
------------------------	---	--	--

LANOXIN*30CPR 0,125MG	A		
LANOXIN*30CPR 0,250MG	A		
LANOXIN*INIET 6F 2ML 0,5MG/2ML	A		
LANOXIN*SCIR 60ML0,05MG/ML C/D	A		

C01AA08 **Metildigossina**

LANITOP*30CPR 0,1MG	A		
---------------------	---	--	--

C01B **Antiarritmici, classe I e III**

C01BA **Antiarritmici, classe IA**

C01BA **Diidrochinidina**

IDROCHINIDINA LIRCA*40CPR150MG	A		
IDROCHINIDINA RIT.*20CPS 250MG	A		

C01BC **Antiarritmici, classe IC**

C01BC03 **Propafenone**

RYTMONORM*28CPS 325MG R.P.PVC/	A		
RYTMONORM*28CPS 425MG R.P.PVC/	A		
RYTMONORM*30CPR RIV 150MG	A		Molecola a brevetto scaduto
RYTMONORM*30CPR RIV 300MG	A		Molecola a brevetto scaduto
RYTMONORM*EV 5F 70MG 20ML	A		

C01BC04 **Flecainide**

ALMARYTM*20CPR 100MG	A		
ALMARYTM*IV 5F 150MG/15ML	H/OSP		

C01BD **Antiarritmici, classe III**

C01BD01 **Amiodarone**

CORDARONE*20CPR 200MG	A		
-----------------------	---	--	--

C01BD07 **Dronedarone**

MULTAQ*60CPR RIV 400MG	A	PT dronedarone	PHT - PT - RER
------------------------	---	--------------------------------	----------------

Esclusiva erogazione in Distribuzione Diretta

- [\[Doc. PTR\]](#) n. 114
- [Comunicato EMA 22.09.2011](#) [PDF - 34kB]
- [\[DDL\]](#) AIFA del 04.10.2011

C01C **Stimolanti cardiaci, esclusi i glicosidi cardiaci**

C01CA **Adrenergici e dopaminergici**

C01CA01 **Etilefrina**

EFFORTIL*IM IV 6F 1ML 10MG	C		
EFFORTIL*OS GTT 15G 0,75%	C		

C01CA02 **Isoprenalina**

ISOPRENALINA CLORIDR*5F 0,2MG/	C		
--------------------------------	---	--	--

C01CA03 **Noradrenalina**

NORADRENALINA TARTR*5F 2MG 1ML	C		
--------------------------------	---	--	--

C01CA04 **Dopamina**

DOPAMINA MAYNE*10F 200MG/5ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

C01CA07 **Dobutamina**

MIOZAC*INFUS FL20ML 250MG/20ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

C01CA19 **Fenoldopam**

CORLOPAM*1F 2ML 20MG/2ML	H		
--------------------------	---	--	--

Uso riservato alla Cardiochirurgia

C01CA24 **Adrenalina**

ADRENALINA SALF*5F 1MG 1ML	A		
----------------------------	---	--	--

FASTJEKT*ADULTI 1SIR 0,33MG	H	Piano terapeutico per la prescrizione di adrenalina autoniettabile	
-----------------------------	---	--	--

FASTJEKT*BAMBINI 1SIR 0,165MG	H	Piano terapeutico per la prescrizione di adrenalina autoniettabile	
-------------------------------	---	--	--

Determina RER n. 4635 del 10/04/2012

[Certificazione](#) per la dispensazione gratuita di medicinali a base di adrenalina autoiniettabile monodose a pazienti a rischio accertato di shock anafilattico (marzo 2012)

C01CE **Inibitori della fosfodiesterasi**

C01CE03 **Enoximone**

PERFAN*EV 5F 100MG/20ML	H/OSP		
-------------------------	-------	--	--

C01CX **Altri stimolanti cardiaci**

C01CX08 **Levosimendan**

SIMDAX*EV 1FL 5ML 2,5MG/ML	C/OSP		
----------------------------	-------	--	--

[\[DocCRF\]](#) n. 8 febbraio 2004

C01D **Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache**

C01DA **Nitrati organici**

C01DA02 **Nitroglicerina**

NITRDERM TTS*15CER 5MG/DIE	A		
----------------------------	---	--	--

NITRODERM TTS*10CER 15MG/DIE	A		
------------------------------	---	--	--

NITRODERM TTS*15CER 10MG/DIE	A		
------------------------------	---	--	--

NITROGLICERINA HOS* 5FL 50ML	H		
------------------------------	---	--	--

C01DA08 **Isosorbide dinitrato**

CARVASIN*50CPR 5MG SUBLINGUALI	A		
--------------------------------	---	--	--

NITROSORBIDE*EV 10F 5MG/10ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

C01DA14 Isosorbide mononitrato

ISOSORBIDE M RAT*30CPR 60MG RP	A		
MONOCINQUE RETARD*30CPS 50MG	A		
MONOCINQUE*30CPR DIV 40MG	A		
MONOCINQUE*50CPR DIV 20MG	A		

C01E Altri preparati cardiaci

C01EA Prostaglandine

C01EA01 Alprostadil

ALPROSTAR*EV/EA 1F POLV 20MCG	H/OSP		
ALPROSTAR*EV/EA 1F POLV 60MCG	H/OSP		
PROSTIN VR*IV INF 1F 500MCG1ML	H/OSP		

C01EB Altri preparati cardiaci

C01EB07 Fruttosio difosfato

FDP FISIOPHARMA*EV 1F 10G+100M	C		
FDP FISIOPHARMA*EV 1F 5G+50ML	C		

C01EB10 Adenosina

KRENOSIN*EV 6F 2ML 6MG/2ML	C/OSP		
----------------------------	-------	--	--

C01EB17 Ivabradina

PROCORALAN*56CPR RIV 5MG ALL/P	A	Modulo richiesta ivabradina	PHT - PT - RER
PROCORALAN*56CPR RIV 7,5MG ALL	A	Modulo richiesta ivabradina	PHT - PT - RER

- [Doc. CRF n. 95](#) (aggiornamento dicembre 2013)
- [Modulo rich. ivabradina](#) [PDF - 52kB]
- [Modulo rich. ivabradina](#) [DOC - 49kB]

C01EB18 Ranolazina

RANEXA*60CPR 375MG R.P.	A	PT ranolazina	PHT - PT - RER
RANEXA*60CPR 500MG R.P.	A	PT ranolazina	PHT - PT - RER
RANEXA*60CPR 750MG R.P.	A	PT ranolazina	PHT - PT - RER

Doc. PTR n.123 Scheda di valutazione del farmaco Ranolazina e Piano terapeutico regionale(aggiornamento febbraio 2016)

[Doc. PTR 123 feb-2016](#) [PDF - 628kB]

C02 Antiipertensivi

C02A Sostanze antiadrenergiche ad azione centrale

C02AB Agonisti dei recettori dell'imidazolina

C02AB01 Metildopa

ALDOMET*30CPR RIV 500MG	A		
-------------------------	---	--	--

C02AC Agonisti dei recettori dell'imidazolina

C02AC01 Clonidina

CATAPRESAN TTS1*2CER 2,5M	A		
CATAPRESAN TTS2*2CER 5MG	A		
CATAPRESAN*30CPR 150MCG	C		
CATAPRESAN*30CPR 300MCG	A		
CATAPRESAN*5F 1ML 150MCG/ML	H/OSP		

C02C Sostanze antiadrenergiche ad azione periferica

C02CA Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici

C02CA04 Doxazosina

CARDURA*20CPR DIV 4MG	A		
CARDURA*30CPR DIV 2MG	A		

C02CA06 Urapidil

URASAP*EV 5F 10ML 50MG/10ML	H		
-----------------------------	---	--	--

C02D Sostanze ad azione sulla muscolatura liscia arteriolare

C02DD Derivati nitroferriicianurici

C02DD01 Nitroprussiato

SODIO NITROPR.MAL*EV 3F 100MG+	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

C02K Altri antiipertensivi

C02KX Altri antiipertensivi

C02KX01 Bosentan

TRACLEER*56CPR RIV 125MG	A	Scheda bosentan ulcere digitali - PT farmaci per IAP	PHT - PT - RER
TRACLEER*56CPR RIV 62,5MG	A	Scheda bosentan ulcere digitali - PT farmaci per IAP	PHT - PT - RER

[DocCRF] n.77 Luglio 2012: "[Trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare e scheda di prescrizione: percorso organizzativo e documento specialistico](#)"

Per l'indicazione terapeutica "riduzione del numero di nuove ulcere digitali in pazienti con sclerosi sistemica e ulcere digitali attive" la Commissione Farmaci di AVEC ha redatto una [Scheda terapeutica](#) [DOC - 82kB] che ha validità di 6 mesi. La prosecuzione della terapia oltre i 6 mesi verrà valutata caso per caso dalla CF AVEC.

C02KX02 Ambrisentan

VOLIBRIS*30CPR RIV 10MG	A	PT farmaci per IAP	PHT - PT - RER
VOLIBRIS*30CPR RIV 5MG	A	PT farmaci per IAP	PHT - PT - RER

[DocCRF] n.77 Luglio 2012: "[Trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare e scheda di prescrizione: percorso organizzativo e documento specialistico](#)"

C02KX04 Macitentan

OPSUMIT*30CPR RIV 10MG	A		Monitoraggio addizionale; Esclusiva erogazione diretta
------------------------	---	--	---

C02KX05 Riociguat

ADEMPAS*42CPR 1MG	A		Scheda monitoraggio AIFA; esclusiva erogazione diretta
-------------------	---	--	---

C03 Diuretici

C03A Diuretici ad azione diuretica minore, tiazidi**C03AA Tiazidi, non associate****C03AA03 Idroclorotiazide**

ESIDREX*20CPR 25MG	A		
--------------------	---	--	--

C03B Diuretici ad azione diuretica minore, escluse le tiazidi**C03BA Sulfonamidi, non associate****C03BA04 Clortalidone**

IGROTON*30CPR 25MG	A		
--------------------	---	--	--

C03BA08 Metolazone

ZAROXOLYN*50CPR 10MG	A		
----------------------	---	--	--

ZAROXOLYN*50CPR 5MG	A		
---------------------	---	--	--

C03C Diuretici ad azione diuretica maggiore**C03CA Sulfonamidi, non associate****C03CA01 Furosemide**

FUROSEMIDE TEVA*20CPR 500MG	A		
-----------------------------	---	--	--

LASIX*30CPR 25MG	A		
------------------	---	--	--

LASIX*INF 5F 250MG/25ML	A		
-------------------------	---	--	--

LASIX*INIET 5F 2ML 20MG/2ML	A		
-----------------------------	---	--	--

LASIX*OS FL 100ML 10MG/ML	A		
---------------------------	---	--	--

C03CA04 Torasemide

DIURESIX*14CPR DIV 10MG	A		
-------------------------	---	--	--

DIURESIX*IV 5F 10MG 2ML	A		
-------------------------	---	--	--

Da riservare a pazienti non responder in assenza di studi di superiorità vs il farmaco di riferimento furosemide.

C03CC Derivati dell'acido arilossiacetico**C03CC01 Acido etacrinico**

REOMAX*IV F 50MG+F 20ML SOLV	C		
------------------------------	---	--	--

C03D Farmaci risparmiatori di potassio**C03DA Antagonisti dell'aldosterone****C03DA01 Spironolattone**

ALDACTONE*10CPR 100MG	A		
-----------------------	---	--	--

ALDACTONE*16CPS 25MG	A		
----------------------	---	--	--

C03DA02 Canrenoato potassico

KANRENOL*INIET 6FL 200MG+6F2ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

POTASSIO CANR SAND*20CPR 100MG	A		
--------------------------------	---	--	--

C03DA03 Canrenone

LUVION*40CPR 50MG	A		
-------------------	---	--	--

C03E Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione

C03EA Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio

C03EA01 Amiloride + Idroclorotiazide

MODURETIC*20CPR 5MG+50MG	A		
--------------------------	---	--	--

C03XA Antagonisti della vasopressina

C03XA01 Tolvaptan

JINARC*28CPR 15MG+28CPR 45MG	A		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio AIFA
------------------------------	---	--	---

JINARC*28CPR 30MG+28CPR 60MG	A		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio AIFA
------------------------------	---	--	---

JINARC*28CPR 30MG+28CPR 90MG	A		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio AIFA
------------------------------	---	--	---

SAMSCA*10CPR 15MG	H		Scheda monitoraggio AIFA
-------------------	---	--	--------------------------

SAMSCA*10CPR 30MG	H		Scheda monitoraggio AIFA
-------------------	---	--	--------------------------

C05 Vasoprotettori

C05A Antiemorroidali per uso topico

C05AA Prodotti a base di corticosteroidi

C05AA08 Preparazioni antiemorroidarie + cortisonici

ULTRAPROCT*UNG RETT 30G	C		
-------------------------	---	--	--

C05B Terapia antivaricosa

C05BB Sostanze sclerosanti per iniezioni locali

C05BB02 Polidocanolo/Lauromacrogol 400

ATOSSISCLEROL 1% 30 ML FL			estero
---------------------------	--	--	--------

ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 0,5%	C		
------------------------------	---	--	--

ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1%	C		
----------------------------	---	--	--

ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 2%	C		
----------------------------	---	--	--

ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 3%	C		
----------------------------	---	--	--

C07 Betabloccanti

C07A Betabloccanti

C07AA Betabloccanti, non selettivi

C07AA05 Propranololo

HEMANGIOL*OS FL 120ML3,75MG/ML	A		
--------------------------------	---	--	--

INDERAL*28CPS 80MG R.P.	A		
-------------------------	---	--	--

INDERAL*30CPR 40MG	A		
--------------------	---	--	--

Procedura di allestimento galenico magistrale di Propranololo sciroppo per uso pediatrico (maggio 2017)

[Procedura di allestimento galenico magistrale di Propranololo sciroppo per uso pediatrico \(maggio 2017\)](#) [PDF - 345kB]

C07AA07 Sotalolo

RYTMOBETA*50CPR 80MG	A		
----------------------	---	--	--

C07AB Betabloccanti, selettivi

C07AB02 Metoprololo

LOPRESOR*28CPR 200MG R.P.	A		
LOPRESOR*30CPR RIV 100MG	A		
SELOKEN*IV 5F 5ML 5MG	H/OSP		

C07AB03 Atenololo

ATENOLOLO EG*50CPR 100MG	A		
--------------------------	---	--	--

C07AB07 Bisoprololo

CONGESCOR*28CPR RIV 1,25MG	A		
CONGESCOR*28CPR RIV 10MG	A		
CONGESCOR*28CPR RIV 2,5MG	A		
CONGESCOR*28CPR RIV 3,75MG	A		
CONGESCOR*28CPR RIV 5MG	A		

C07AB12 Nebivololo

LOBIVON*28CPR 5MG	A		
-------------------	---	--	--

C07AG Bloccanti dei recettori alfa- e beta-adrenergici**C07AG01 Labetalolo**

TRANDATE*IV 1F 20ML 5MG/ML	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

C07AG02 Carvedilolo

CARVEDILOLO RAT*28CPR 6,25MG	A		
CARVEDILOLO RAT*30CPR 25MG	A		

C08 Calcioantagonisti**C08C Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare****C08CA Derivati diidropiridinici****C08CA01 Amlodipina**

NORVASC*14CPR 10MG	A		
NORVASC*28CPR 5MG	A		

C08CA05 Nifedipina

ADALAT CRONO*14CPR 20MG RM	A		
ADALAT CRONO*14CPR 30MG RM	A		
ADALAT CRONO*14CPR 60MG RM	A		
NIFEDICOR RETARD*50CPR RIV 20M	A		
NIFEDICOR*50CPS 10MG	A		
NIFEDICOR*OS FL GTT 30ML20MG/M	A		

C08CA06 Nimodipina

NIMOTOP PER INF.*10MG/50ML+DEF

H/OSP

Da riservare alla terapia di deficit neurologici ischemici correlati a vasospasmo cerebrale post-ESA.

C08D Calcioantagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto

C08DA Derivati fenilalchilaminici

C08DA01 Verapamil

ISOPTIN FIALE*EV 5F 5MG 2ML

A

ISOPTIN*30CPR 120MG R.P.

A

ISOPTIN*30CPR 180MG R.P.

A

ISOPTIN*30CPR 240MG R.P.

A

ISOPTIN*30CPR RIV 40MG

A

ISOPTIN*30CPR RIV 80MG

A

C08DB Derivati benzotiazepinici

C08DB01 Diltiazem

ALTIAZEM*INIET 5FL 50MG+5F 5ML

A

TILDIEM*14CPS 300MG R.P.

A

TILDIEM*24CPR 120MG R.P.

A

TILDIEM*36CPS 200MG R.P.

A

TILDIEM*50CPR DIV 60MG R.M.

A

C09 Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina

Farmaci Inibitori del Sistema Renina/Angiotensina [Nota CF AVEC](#) [PDF - 83kB]

C09A Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non associati

C09AA Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non associati

C09AA02 Enalapril

ENAPREN*14CPR 20MG

A

ENAPREN*28CPR 5MG

A

C09AA03 Lisinopril

ZESTRIL*14CPR 20MG

A

ZESTRIL*14CPR 5MG

A

C09AA05 Ramipril

TRIA TEC*14CPR DIV 5MG

A

TRIA TEC*28CPR DIV 10MG

A

TRIA TEC*28CPR DIV 2,5MG

A

C09B Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina

C09BA Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e diuretici *

La Commissione Farmaci di AVEC raccomanda di riservare la prescrizione di ACE inibitori e diuretici in associazione preconstituita in fase di dimissione, in pazienti politrattati e/o seguiti in Casa Protetta/RSA

C09BA02 Enalapril + Idroclorotiazide

VASORETIC*14CPR 20MG+12,5MG	A		
-----------------------------	---	--	--

C09BA03 Lisinopril + Idroclorotiazide

ZESTORETIC*14CPR 20MG+12,5MG	A		
------------------------------	---	--	--

C09BA05 Ramipril + Idroclorotiazide

TRIA TEC HCT*14CPR 2,5+12,5MG	A		
-------------------------------	---	--	--

TRIA TEC HCT*14CPR 5MG+25MG	A		
-----------------------------	---	--	--

C09C Antagonisti dell'angiotensina II

C09CA Antagonisti dell'angiotensina II, non associati

C09CA01 Losartan

LORTAAN*28CPR RIV 100MG	A		
-------------------------	---	--	--

LORTAAN*28CPR RIV DIV 50MG	A		
----------------------------	---	--	--

Limitatamente ai casi in cui non è possibile utilizzare losartan o valsartan (es: mancata risposta a dosi piene nella nefropatia diabetica persistente), saranno rese disponibili altre molecole, in PTR, appartenenti a questa classe, su prescrizione specialistica per indicazioni terapeutiche specifiche esclusive dei singoli principi attivi.

C09CA03 Valsartan

VALSARTAN TEVA*14CPR RIV 40MG	A		
-------------------------------	---	--	--

VALSARTAN TEVA*28CPS 160MG	A		
----------------------------	---	--	--

VALSARTAN TEVA*28CPS 80MG	A		
---------------------------	---	--	--

Limitatamente ai casi in cui non è possibile utilizzare valsartan o losartan (es: mancata risposta a dosi piene nella nefropatia diabetica persistente), saranno rese disponibili altre molecole, in PTR, appartenenti a questa classe, su prescrizione specialistica per indicazioni terapeutiche specifiche esclusive dei singoli principi attivi.

C09D Antagonisti dell'angiotensina II, associazioni

C09DA Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici *

La Commissione Farmaci di AVEC raccomanda di riservare la prescrizione di Sartani e diuretici in associazione preconstituita in fase di dimissione, in pazienti politrattati e/o seguiti in Casa Protetta/RSA

C09DA01 Losartan + Idroclorotiazide

FORZAAR*28CPR RIV 100MG+25MG	A		
------------------------------	---	--	--

HIZAAR*28CPR RIV 50MG+12,5MG	A		
------------------------------	---	--	--

C09DA03 Valsartan + Idroclorotiazide

COTAREG*28CPR RIV 160MG/12,5MG	A		
--------------------------------	---	--	--

COTAREG*28CPR RIV 80MG/12,5MG	A		
-------------------------------	---	--	--

C09DX Antagonisti dell'angiotensina II, altre associazioni

ENTRESTO*28CPR RIV 24MG+26MG	A		PHT - PT AIFA
------------------------------	---	--	---------------

ENTRESTO*28CPR RIV 49MG+51MG	A		PHT - PT AIFA
------------------------------	---	--	---------------

ENTRESTO*56CPR RIV 49MG+51MG	A		PHT - PT AIFA
------------------------------	---	--	---------------

ENTRESTO*56CPR RIV 97MG+103MG	A		PHT - PT AIFA
-------------------------------	---	--	---------------

C10 Sostanze ipolipemizzanti

C10A Ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti

C10AA Inibitori della HMG CoA reduttasi

- *"L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale così come la modifica dello stile di vita. E' inoltre raccomandabile, nell'ambito di ciascuna classe di farmaci, la scelta dell'opzione terapeutica meno costosa."* (AIFA Nota 13 -aggiornamento 05/2013)
- [Criteri di interpretazione](#) della nuova nota AIFA n.13 emanata in aprile 2013 e [allegato](#) " Carte del rischio Europee (progetto SCORE) e italiane (progetto CUORE) - (maggio 2013)

C10AA01 Simvastatina

SINVACOR*28CPR RIV 20MG	A	Nota 13	
-------------------------	---	-------------------------	--

SINVACOR*28CPR RIV 40MG	A	Nota 13	
-------------------------	---	-------------------------	--

La Commissione Farmaci di AVEC raccomanda di considerare **la simvastatina come statina di riferimento sia in prevenzione primaria che secondaria**, data la dimostrata efficacia su end-point clinici forti valutati in un numero di studi superiore rispetto alle altre statine; evidenzia altresì che, in prevenzione primaria, con dosi fino a 40 mg, dal 65% fino all' 80% dei pazienti raggiunge i livelli auspicabili (target) di colesterolo LDL.

C10AA03 Pravastatina

PRAVASTATINA RATIO*10CPR DIV 20MG	A	Nota 13	
-----------------------------------	---	-------------------------	--

PRAVASTATINA RATIO*14CPR DIV 40MG	A	Nota 13	
-----------------------------------	---	-------------------------	--

Pravastatina ha dimostrato la sua efficacia in prevenzione primaria (studio WOSCOPS, N.E.J.M. 1995; 333:1301-07) e nella popolazione anziana (studio PROSPER, Lancet 2002; 360: 1623-30) prevalentemente in prevenzione secondaria; presenta una ridotta interazione con altri farmaci.

C10AA04 Fluvastatina

LESCOL*28CPR 80MG R.P.	A	Nota 13	
------------------------	---	-------------------------	--

Limitatamente a terapie rispetto alle quali è necessario garantire la continuità terapeutica ed in particolare in pazienti trapiantati, in pz. HIV e in pz. in terapia con ciclosporina su specifica prescrizione specialistica.

C10AA05 Atorvastatina

TORVAST*30CPR RIV 10MG	A	Nota 13	
------------------------	---	-------------------------	--

TORVAST*30CPR RIV 20MG	A	Nota 13	
------------------------	---	-------------------------	--

TORVAST*30CPR RIV 40MG	A	Nota 13	
------------------------	---	-------------------------	--

TORVAST*30CPR RIV 80MG PVC-AL	A	Nota 13	
-------------------------------	---	-------------------------	--

Nei pazienti non-responder alla simvastatina (per intolleranza o non raggiungimento del target colesterolo LDL), come possibile alternativa fino alla dose di 80 mg (l'atorvastatina 80 mg non ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto a simvastatina 20 mg sulla riduzione degli eventi coronarici mentre atorvastatina 80 mg ha dimostrato una riduzione degli eventi CV maggiori rispetto ad atorvastatina 10 mg o pravastatina 40 mg).

C10AA07 Rosuvastatina

CRESTOR*28 CPR RIV 5MG	A	Nota 13	
------------------------	---	-------------------------	--

CRESTOR*28CPR RIV 10MG	A	Nota 13	
------------------------	---	-------------------------	--

CRESTOR*28CPR RIV 20MG

A

[Nota 13](#)

"L'uso della Rosuvastatina e delle associazioni di statine con ezetimibe deve essere riservato esclusivamente ai pazienti ad alto rischio che non raggiungono i target terapeutici dopo almeno 6 mesi di terapia." (AIFA Nota 13 -aggiornamento 05/2013).
 Nei pazienti non-responder alla simvastatina (per intolleranza o non raggiungimento del target colesterolo LDL), come possibile alternativa per buona tollerabilità a 10 o 20 mg, (JUPPITER- N.E.J.M. 2008 ,359: 2195-207. GISSI HF- Lancet 2008; 372: 1231-9. CORONA -N.E.J.M. 2007;357:2248-61).
 In prevenzione secondaria si ricorda la presenza di studi esclusivamente su end point di riduzione delle LDL.

C10AB Fibrati**C10AB04 Gemfibrozil**

LOPID*30CPR RIV 600MG

A

[Nota 13](#)**C10AC Sequestranti degli acidi biliari****C10AC01 Colestiramina**

QUESTRAN*OS 12BUST 4G

A

[Nota 13](#)**C10AX Altri ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti****C10AX06 Omega-3-trigliceridi**

OLEVIA*20CPS MOLLI 1000MG

A

[Nota 13](#) - [Nota 94](#)**C10AX09 Ezetimibe**

EZETROL*30CPR 10MG

A

[Nota 13](#)**C10AX12 Lomitapide**

LOJUXTA*FL 28CPS RIGIDE 10MG

A

LOJUXTA*FL 28CPS RIGIDE 20MG

A

LOJUXTA*FL 28CPS RIGIDE 5MG

A

Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare (maggio 2017)

[Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare \(maggio 2017\)](#) [PDF - 2.781kB]

C10AX13 Evolocumab

REPATHA*SC 2PEN 140MG 1ML

A

Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare (maggio 2017)

[Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare \(maggio 2017\)](#) [PDF - 2.781kB]

C10AX14 Alirocumab

PRALUENT*SC 2PEN 150MG 1ML

A

Monitoraggio addizionale - Scheda di monitoraggio aifa

PRALUENT*SC 2PEN 75MG 1ML

A

Monitoraggio addizionale - Scheda di monitoraggio AIFA

Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare (maggio 2017)

[Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare \(maggio 2017\)](#) [PDF - 2.781kB]

C10B Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni

C10BA Inibitori delle HMG CoA reduttasi con altri modificatori dei lipidi

C10BA02 Ezetimibe + Simvastatina

INEGY*30CPR 10MG/10MG PVC/AL/	A	Nota 13
-------------------------------	---	-------------------------

INEGY*30CPR 10MG/20MG PTFE/PVC	A	Nota 13
--------------------------------	---	-------------------------

INEGY*30CPR 10MG/40MG PTFE/PVC	A	Nota 13
--------------------------------	---	-------------------------

"La nota 13 ha riconsiderato, su aggiornate basi farmaco-terapeutiche, il ruolo dell'associazione tra ezetimibe e statine; infatti l'ezetimibe è un farmaco che inibisce l'assorbimento del colesterolo e che, **utilizzato in monoterapia, riduce i livelli di LDL-C dal 15% al 22% dei valori di base**. Mentre il ruolo dell'ezetimibe in monoterapia nei pazienti con elevati livelli di LDL-C è, perciò, molto limitato, l'azione dell'ezetimibe è complementare a quella della statine; infatti le statine che riducono la biosintesi del colesterolo, tendono ad aumentare il suo assorbimento a livello intestinale; l'ezetimibe che inibisce l'assorbimento intestinale di colesterolo tende ad aumentare la sua biosintesi a livello epatico. Per questo motivo, l'ezetimibe in associazione ad una statina può determinare una ulteriore riduzione di LDL-C (indipendentemente dalla statina utilizzata e dalla sua posologia) del 15%-20%." (AIFA Nota 13 - Aggiornamento 11/2012),

La Commissione Farmaci di AVEC ne raccomanda la prescrizione LIMITATAMENTE ai pazienti che non raggiungono il target di colesterolo LDL con la sola statina e sottolinea l'incerta rilevanza clinica e trasferibilità dei risultati ottenuti nei trial clinici (esiti surrogati valutati su popolazioni particolari di pazienti) che non ne permettono una corretta valutazione del rapporto rischio/beneficio.

D Dermatologici

D01 Antimicotici per uso dermatologico

D01A Antimicotici per uso topico

D01AC Derivati imidazolici e triazolici

D01AC03 Econazolo

ECONAZOLO SAND*POLV CUT 30G 1%	C
--------------------------------	---

ECONAZOLO SANDOZ*CREMA 30G 1%	C
-------------------------------	---

PEVARYL*EMULS CUT 30ML 1%	C
---------------------------	---

D01B Antimicotici per uso sistemico

D01BA Antimicotici per uso sistemico

D01BA02 Terbinafina

TERBINAFINA TEVA*8CPR 250MG OP	A
--------------------------------	---

D03 Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni

D03A Cicatrizzanti

D03AX Altri cicatrizzanti

CONNETTIVINA PLUS*CREMA 25G	C
-----------------------------	---

D03B Enzimi

D03BA Enzimi proteolitici

D03BA02 Collagenasi

BIONECT START UNGUENTO 30G	Dispositivo per medicazioni speciali
----------------------------	--------------------------------------

D05 Antipsoriasici

D05A Antipsoriasici per uso topico

D05AX Altri antipsoriasici per uso topico

D05AX02 Calcipotriolo

DAIVONEX*CREMA 30G 0,005%	A
---------------------------	---

DAIVONEX*SOLUZ CUT 30ML 0,005%	A
--------------------------------	---

D05B Antipsoriasici per uso sistemico

D05BA Psoraleni per uso sistemico**D05BB Retinoidi per il trattamento della psoriasi****D05BB02 Acitretina**

ZORIAS*20CPS 25MG	A		
ZORIAS*30CPS 10MG	A		

D06 Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico**D06A Antibiotici per uso topico****D06AX altri antibiotici per uso topico****D06AX01 Acido fusidico**

FUCIDIN*CREMA 30G 20MG/G	C		
FUCIDIN*UNG 30G 20MG/G	C		

Il ricorso a terapia antibiotica topica deve essere il più possibile limitato in quanto favorisce l'insorgenza di resistenze e reazioni cutanee su base allergica.

D06AX09 Mupirocina

BACTROBAN*UNG 15G 2%	C		
----------------------	---	--	--

Da riservare alla decontaminazione nasale da MRSA in popolazioni selezionate di pazienti.

D06B Dermatologici**D06BA Sulfamidici****D06BA01 Sulfadiazina argentica**

SOFARGEN*CREMA 180G 1%	H/OSP		
------------------------	-------	--	--

D06BB Antivirali**D06BB03 Aciclovir**

ACICLOVIR ABC*CREMA 10G 5%	C		
----------------------------	---	--	--

D06BB10 Imiquimod

IMUNOCARE*CR 5% 12BUST 250MG	A	PT Imiquimod	PHT - PT
ZYCLARA*CR 3,75% 28BUST 250MG	A	Nota 95	Escusiva erogazione diretta

D06BX Altri chemioterapici**D06BX02 Ingenolo mebutato**

PICATO*2TUBI GEL 500MCG/G	A	Nota 95	escusiva erogazione diretta
PICATO*3 TUBI GEL 150MCG/G	A	Nota 95	Escusiva erogazione diretta

D07 Corticosteroidi, preparati dermatologici**D07A Corticosteroidi, non associati****D07AB Corticosteroidi, moderatamente attivi (gruppo II)****D07AB02 Idrocortisone butirato**

LOCOIDON*CR IDROF 30G 0,1%	A	Nota 88	
----------------------------	---	-------------------------	--

D07AC Corticosteroidi, attivi (gruppo III)**D07AC01 Betametasone**

ECOVAL*EMULS CUT 30G 0,1%	C		
---------------------------	---	--	--

ECOVAL*UNG 30G 0,1%	C		
---------------------	---	--	--

D07AC03 Desossimetasone

FLUBASON*EMULS 15BUST 2G 0,25%	A	Nota 88	
--------------------------------	---	-------------------------	--

D07AD Corticosteroidi, molto attivi (gruppo IV)

D07AD01 Clobetasolo

CLOBESOL*UNG DERM 30G 0,05%	A	Nota 88	
-----------------------------	---	-------------------------	--

D08 Antisettici e disinfettanti

D08A Antisettici e disinfettanti

D08AC Biguanidi ed amidine

D08AC02 Clorexidina gluconato

NEOXINAL*SOL CUT 400BUST 25ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

D08AG Derivati dello iodio

D08AG02 Povidone-iodio

BRAUNOL*10% UNG 20TUBI 20G	C/OSP		
----------------------------	-------	--	--

POVIDERM*10% 24FL 250ML	H/OSP		
-------------------------	-------	--	--

D08AX Altri antisettici e disinfettanti

AMUKINE MED*SOL CUT 250ML0,05%	C		
--------------------------------	---	--	--

D11 Altri preparati dermatologici

D11A Altri preparati dermatologici

D11AH Agenti per dermatiti, esclusi i corticosteroidi

D11AH01 Tacrolimus

PROTOPIC*UNG 0,03% 30G	A		PHT - PT
------------------------	---	--	----------

PROTOPIC*UNG 0,1% 30G	A		PHT - PT
-----------------------	---	--	----------

D11AH05 Dupilumab

DUPIXENT*2SIR 300MG 2ML	H		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa
-------------------------	---	--	---

D11AX Altri dermatologici

D11AX18 DICLOFENAC

SOLARAZE*GEL 60G 3%	A	Nota 95	Escusiva erogazione diretta
---------------------	---	-------------------------	-----------------------------

D11AX19 Alitretinoina

TOCTINO*30CPS MOLLI 30MG	H		
--------------------------	---	--	--

- [\[DocCRF\] n. 133 Luglio 2011](#)
- [Scheda Registro AIFA](#)

G Sistema genito-urinario e ormoni sessuali

G01 Antimicrobici e antisettici ginecologici

G01A Antimicrobici e antisettici, escluse le associazioni con corticosteroidi

G01AF Derivati imidazolici

G01AF01 Metronidazolo

FLAGYL*10 OVULI VAG 500MG	C		
---------------------------	---	--	--

G01AF04 Miconazolo

DAKTARIN*15 OV VAG 100MG	C		
--------------------------	---	--	--

G01AX Altri antimicrobici e antisettici**G01AX11 Iodopovidone**

BETADINE*SOLUZ VAG 5FL+5F+5CAN	C		
--------------------------------	---	--	--

G02 Altri ginecologici**G02A Ocitocici****G02AB Alcaloidi della segale cornuta****G02AB01 Metilergometrina**

METHERGIN*15CPR RIV 0,125MG	A		
-----------------------------	---	--	--

METHERGIN*IM IV 6F 1ML 0,2MG/M	A		
--------------------------------	---	--	--

G02AD Prostaglandine**G02AD02 Dinoprostone**

PREPIDIL*GEL 1SIR 0,5MG/3G	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

PREPIDIL*GEL VAG 1SIR 1MG/3G	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

PREPIDIL*GEL VAG 1SIR 2MG/3G	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

PROPESS*5DISP VAG 10MG	C/OSP		
------------------------	-------	--	--

PROSTIN E2*INF 1F 0,75MG/0,75M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

G02AD03 Gemeprost

CERVIDIL*1 OV VAG 1MG	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

G02AD05 Sulprostone

NALADOR*INIET 1F 0,5MG 2ML	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

G02B Contraccettivi per uso topico**G02BA Contraccettivi intrauterini****G02BA03 Levonorgestrel**

MIRENA*DISP.INTRAUT.20MCG/24H	C		
-------------------------------	---	--	--

Dispositivo intrauterino medicato. Limitatamente al trattamento della menorragia idiopatica in donne con segni clinici/di laboratorio di anemizzazione che presentano una indicazione a isterectomia/ablazione endometriale in quanto i trattamenti alternativi (ac. tranexamico, progestinici orali) si sono dimostrati inefficaci o non tollerati.

G02C Altri preparati ginecologici**G02CA Simpaticomimetici, tocolitici****G02CA01 Ritodrina**

MIOLENE*20CPR 10MG	A		
--------------------	---	--	--

MIOLENE*IV 3F 5ML 50MG	A		
------------------------	---	--	--

G02CB Inibitori della prolattina**G02CB01 Bromocriptina**

BROMOCRIPTINA DOROM*30CPR2,5MG	A		
--------------------------------	---	--	--

G02CB03 Cabergolina

DOSTINEX*FL 8CPR 0,5MG	A		
------------------------	---	--	--

- [\[DDL\]](#) Nota Informativa Importante su Cabergolina (21/07/2008)
- In data 27 marzo 2014 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale N. 72 la riclassificazione in fascia C di tutte le specialità medicinali a base di Cabergolina. Pertanto, dal giorno 11 aprile 2014, cabergolina non sarà più rimborsata dal Sistema Sanitario Nazionale.
- **RETTIFICA CABERGOLINA GU 24/04/2014: la riclassificazione in fascia C riguarda solo i dosaggi 1 e 2 mg.**
[Rettifica GU cabergolina](#) [PDF - 26kB]

G02CX Altri ginecologici

G02CX01 Atosiban acetato

TRACTOCILE*EV 1FL 37,5MG/5ML	H/OSP		
TRACTOCILE*EV 1FL 6,75MG/0,9ML	H/OSP		

G03 Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale

G03B Androgeni

G03BA Derivati del 3-ossandrostene (4)

G03BA03 Testosterone

ANDRIOL*60CPS 40MG	A	Nota 36	PHT - PT
NEBID*F IM 4ML 1000MG 4ML	C	PT testosterone rp e gel	Piano terapeutico rilasciato dalle endocrinologie, urologie e pediatrie
TESTIM*GEL 30TUBI 5G 1DOSE 50MG	C	PT testosterone rp e gel	Piano terapeutico rilasciato dalle endocrinologie, urologie e pediatrie
TESTOVIS*IM 2F 2ML 100MG	A	Nota 36	PHT - PT
TOSTREX*GEL MULTID 60G 2%+DOSA	A	Nota 36	PHT - PT

G03D Progestinici

G03DA Derivati del pregnene (4)

G03DA04 Progesterone

PROMETRIUM*OS VAG 30CPS 100MG	A		
PRONTOGEST*INIET 3F 1ML100MG/M	A		

G03G Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione

G03GA Gonadotropine

G03GA02 Menotropina

MEROPUR*INIET FL 600UI+SIR 1ML	A	Nota 74	PHT - PT
MEROPUR*SC IM 10F 75UI+10F 75U	A	Nota 74	PHT - PT

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA04 Urofollitropina

FOSTIMON 75*IM 10 FL + 10 F	A	Nota 74	PHT - PT
-----------------------------	---	-------------------------	----------

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA05 Follitropina alfa

--	--	--	--

GONAL F*(600UI) 1050UI/1,75ML	A	Nota 74	PHT - PT
GONAL F*SC 10FL 75UI+10SIR 1ML	A	Nota 74	PHT - PT
GONAL F*SC 1PEN 300UI/0,5ML+5A	A	Nota 74	PHT - PT
GONAL F*SC 1PEN 450UI/0,75ML+7	A	Nota 74	PHT - PT
GONAL F*SC 1PEN 900UI/1,5ML+14	A	Nota 74	PHT - PT
GONAL F*SC 5FL 75UI+5SIR 1ML	A	Nota 74	PHT - PT
GONAL F*SC FL 75UI+SIR 1ML	A	Nota 74	PHT - PT

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA06 Follitropina beta

PUREGON*IM SC 5FL 100UI/0,5ML	A	Nota 74	PHT - PT
PUREGON*IM SC 5FL 50UI/0,5ML	A	Nota 74	PHT - PT
PUREGON*SC 1CART 300UI/0,36ML	A	Nota 74	PHT - PT
PUREGON*SC 1CART 600UI/0,72ML	A	Nota 74	PHT - PT
PUREGON*SC 1CART 900UI/1,08ML	A	Nota 74	PHT - PT

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA07 Lutropina alfa

LUVERIS*SC 1FL 75UI+1FL SOLV	A	Nota 74	PHT - PT
------------------------------	---	-------------------------	----------

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA08 Coriagonadotropina alfa

OVITRELLE*SC 1PEN 250MCG/0,5ML	A	PT RER - Nota 74	Continuità terapeutica H - T PT
--------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA09 Corifollitropina alfa

ELONVA*SC 1 SIR 150MCG 0,5ML+ AG	A	PT RER - Nota 74	Continuità terapeutica H - T pt , monitoraggio intensivo
ELONVA*SC 1SIR 100MCG 0,5ML +AG	A	PT RER - Nota 74	Continuità terapeutica H - T pt , Monitoraggio intensivo

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03GA30 Follitropina alfa/lutropina alfa

PERGOVERIS*SC 10FL 150UI/75UI	A	PT RER - Nota 74	Continuità terapeutica H - T pt
-------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------

242) Documento relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74" (aggiornamento settembre 2017)

[242\) Documento relativo a Piano terapeutico regionale per la prescrizione dei farmaci soggetti a nota Aifa 74 \(aggiornamento settembre 2017\)](#) [PDF - 416kB]

G03H Antiandrogeni

G03HA Antiandrogeni, non associati

G03HA01 Ciproterone

ANDROCUR*25CPR 50MG	A		
---------------------	---	--	--

ANDROCUR*30CPR 100MG	A		
----------------------	---	--	--

ANDROCUR*IM 1F 3ML 300MG RP	A		
-----------------------------	---	--	--

G03X Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale

G03XB Antiprogestinici

G03XB01 Mifepristone

MIFEGYNE*BLIST 3CPR 200MG	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

G03XB02 Ulipristal acetato

ESMYA*28CPR 5MG	A	Nota 51 - PT Ulipristal	Esclusiva erogazione diretta; PT rinnovabile 1 sola volta
-----------------	---	---	---

[Scheda di valutazione del medicinale Ulipristal](#) [PDF - 618kB]

G04 Urologici

G04B Altri urologici, inclusi gli antispastici

G04BD Antispastici urinari

G04BD04 Ossibutinina

OSSIBUTININA CL M.G.*BL30CPR5M	A	Nota 87	
--------------------------------	---	-------------------------	--

G04BE Farmaci usati nella disfunzione dell'erezione

G04BE01 Alprostadil

CAVERJECT*5F 10MCG+5F 1ML SOLV	C		
--------------------------------	---	--	--

CAVERJECT*5F 20MCG+5F 1ML SOLV	C		
--------------------------------	---	--	--

"Piano terapeutico regionale per le specialità medicinali a base di inibitori della fosfodiesterasi 5 (classe A/nota Aifa 75) - (novembre 2014)

[Doc. PTR n. 245 PT IPD-5](#) [PDF - 129kB]

G04BE03 Sildenafil

REVATIO*90CPR RIV 20MG	A	PT farmaci per IAP	PHT - PT - RER
------------------------	---	------------------------------------	----------------

VIAGRA*8CPR 100MG	C		
-------------------	---	--	--

VIAGRA*8CPR 25MG	C		
------------------	---	--	--

VIAGRA*8CPR 50MG	C		
------------------	---	--	--

"Piano terapeutico regionale per le specialità medicinali a base di inibitori della fosfodiesterasi 5 (classe A/nota Aifa 75) - (novembre 2014)

[Doc. PTR n. 245 PT IPD-5](#) [PDF - 129kB]

G04BE08 Tadalafil

ADCIRCA*56CPR RIV 20MG	A	PT farmaci per IAP	Esclusiva distribuzione diretta - PT regionale
CIALIS*4CPR RIV 10MG	C		
CIALIS*4CPR RIV 20MG	C		

"Piano terapeutico regionale per le specialità medicinali a base di inibitori della fosfodiesterasi 5 (classe A/nota Aifa 75) - (novembre 2014)

[Doc. PTR n. 245 PT IPD-5](#) [PDF - 129kB]

G04BE09 Vardenafil

LEVITRA*4CPR RIV 10MG	C		
LEVITRA*4CPR RIV 20MG	C		
LEVITRA*4CPR RIV 5MG	C		

G04BE10 Avanafil

SPEDRA*12CPR 100MG	A	Nota 75	PHT - PT - RER
SPEDRA*12CPR 200MG	A	Nota 75	PHT - PT - RER

Piano terapeutico regionale per le specialità medicinali a base di inibitori della fosfodiesterasi 5 (classe A/nota Aifa 75) - (novembre 2014)

[Piano terapeutico regionale per le specialità medicinali a base di inibitori della fosfodiesterasi 5 \(classe A/nota Aifa 75\) - \(novembre 2014\)](#) [PDF - 129kB]

G04BX Altri urologici

G04BX Lidocaina cloridrato

LUAN*POM 15G 2,5%	C		
-------------------	---	--	--

G04C Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna

G04CA Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici

G04CA01 Alfuzosina

XATRAL*30CPR RIV 2,5MG	A		
------------------------	---	--	--

G04CA02 Tamsulosina

OMNIC*20CPS 0,4MG R.M.	A		
------------------------	---	--	--

I principi attivi tamsulosina e alfuzosina sono farmaci di pari efficacia nel trattamento dell'IPB, sono stati posti in gara in alternativa. **Il lotto di gara è stato aggiudicato a tamsulosina.**

G04CA03 Terazosina

TERAZOSINA TEVA*14CPR 5MG	A		
---------------------------	---	--	--

TERAZOSINA TEVA*30CPR 2MG	A		
---------------------------	---	--	--

I principi attivi terazosina e doxazosina sono farmaci di pari efficacia nel trattamento dell'IPB, sono stati posti in gara in alternativa. **Il lotto di gara è stato aggiudicato a terazosina.**

G04CB Inibitori della testosterone-5-alfa riduttasi

G04CB01 Finasteride

FINASTERIDE TEVA*15CPR RIV 5MG	A		
--------------------------------	---	--	--

H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali

H01 Ormoni ipofisari, ipotalamici e analoghi

H01A Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi

H01AA ACTH

H01AA02 Tetracosactide

SYNACTHEN*1F 0,25MG/1ML	C		
-------------------------	---	--	--

SYNACTHEN*IM 1F 1MG 1ML R.P.	C		
------------------------------	---	--	--

Limitatamente all'uso come diagnostico

H01AC Somatropina e agonisti della somatropina

H01AC01 Somatropina

HUMATROPE*1CART 12MG(36UI)+SIR	A	Nota 39	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

HUMATROPE*1CART 24MG(72UI)+SIR	A	Nota 39	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

HUMATROPE*1CART 6MG (18UI)+SIR	A	Nota 39	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

NUTROPINAQ*SC 1CART 2ML10MG/2M	A	Nota 39	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

OMNITROPE*SC CART 10MG/1,5ML	A	Nota 39	PHT - PT
------------------------------	---	-------------------------	----------

OMNITROPE*SC CART 5MG/1,5ML	A	Nota 39	PHT - PT
-----------------------------	---	-------------------------	----------

OMNITROPE*SUREPAL CART 15MG 1,5	A	Nota 39	PHT - PT , Monitoraggio intensivo
---------------------------------	---	-------------------------	-----------------------------------

Per l'acquisto del principio attivo somatropina è stata effettuata una **gara regionale**. I diversi prodotti a base di somatropina disponibili (specialità e biosimilari in confezione sia monodose che pluridose) sono stati valutati secondo il criterio della sovrapposibilità terapeutica per gli usi prevalenti (almeno il 70% del fabbisogno totale).

Le conclusioni contenute nel documento di valutazione redatto dal Gruppo di lavoro multidisciplinare regionale, appositamente costituito, sono state la base per l'impostazione di un capitolato di gara nel quale era prevista l'aggiudicazione ad almeno tre "specialità/biosimilari", in percentuali anche differenziate, al fine di garantire una corretta somministrazione del farmaco in tutte le situazioni cliniche ed in modo da favorire la compliance del paziente.

La gara è stata aggiudicata ai seguenti prodotti in formulazione pluridose in tutti i dosaggi disponibili:

OMNITROPE, NUTROPIN AQ e HUMATROPE con le seguenti percentuali di fornitura: rispettivamente 50%, 35% e 15%, come indicato sul sito [Intercent-ER](#).

H01AC01 Somatropina

GENOTROPIN MINI*4TBF 1,2MG(3,6)	A	Nota 39	PHT - PT
---------------------------------	---	-------------------------	----------

GENOTROPIN MINI*4TBF 1,4MG(4,2)	A	Nota 39	PHT - PT
---------------------------------	---	-------------------------	----------

GENOTROPIN MINI*4TBF 1,6MG(4,8)	A	Nota 39	PHT - PT
---------------------------------	---	-------------------------	----------

GENOTROPIN MINI*4TBF 1,8MG(5,4)	A	Nota 39	PHT - PT
---------------------------------	---	-------------------------	----------

GENOTROPIN MINI*4TBF 2MG(6UI)	A	Nota 39	PHT - PT
-------------------------------	---	-------------------------	----------

GENOTROPIN MINI*7TBF 0,2MG(0,6)	A	Nota 39	PHT - PT
---------------------------------	---	-------------------------	----------

GENOTROPIN MINI*7TBF 0,4MG(1,2	A	Nota 39	PHT - PT
GENOTROPIN MINI*7TBF 0,6MG(1,8	A	Nota 39	PHT - PT
GENOTROPIN MINI*7TBF 0,8MG(2,4	A	Nota 39	PHT - PT
GENOTROPIN MINI*7TBF 1MG(3UI)+	A	Nota 39	PHT - PT

Farmaci a completamento

Il documento regionale sopra citato riporta altresì la necessità, per il completamento delle esigenze cliniche, di una quota ridotta di prodotto in formulazione monodose.

L'unica specialità presente in commercio a base di somatropina in confezione monodose (Genotropin) non ha partecipato alla gara regionale; pertanto si è proceduto alla stipula di un contratto in esclusiva per una quota ridotta di fabbisogno (non superiore al 20%) di tale specialità, in tutti i dosaggi in commercio.

H01AX Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi

H01AX01 Pegvisomant

SOMAVERT*SC 1FL 20MG+1FL 8ML	H		
SOMAVERT*SC 30FL 10MG+30FL 8ML	H		
SOMAVERT*SC 30FL 15MG+30FL 8ML	H		
SOMAVERT*SC 30FL 20MG+30FL 8ML	H		

H01B Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi

H01BA Vasopressina e analoghi

H01BA02 Desmopressina

EMOSINT*IM EV SC 10F 20MCG 1ML	A		
MINIRIN/DDAVP*30CPR 0,1MG	A		
MINIRIN/DDAVP*INIET 10F 4MCG/M	A		
MINIRIN/DDAVP*RIN 2,5ML 250MCG	A		
MINIRIN/DDAVP*SPR NAS 0,125MG	A		

H01BA04 Terlipressina

VARIQUEL*5FL 1MG+1F 5ML SOLV	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

Limitatamente al trattamento dell'emorragia da varici esofagee

H01BB Oxitocina e suoi derivati

H01BB02 Ossitocina

SYNTOCINON*EV IM 6F 1ML 5UI	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

H01C Ormoni ipotalamici

H01CA Ormoni liberatori delle gonadotropine

H01CA01 Gonadorelina acetato

KRYPTOCUR*NAS 2FL 10G+2EROG	A		
LUTRELEF*FL 0,8MG/10ML+FL+SIR	C		

H01CB Ormone anticrescita

H01CB01 Somatostatina

SOMATOSTATINA*EV 3FL 3MG/2ML+3	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

Limitatamente al trattamento di gravi emorragie acute del tratto gastroenterico superiore.

H01CB02 Octreotide

OCTREOTIDE BIO.L.*FL 1MG 5ML	A	Nota 40	PHT - PT
OCTREOTIDE BIO.L.*INIET 10F 0,1MG/ML	A	Nota 40	PHT - PT
OCTREOTIDE BIO.L.*INIET 10F 0,5MG/ML	A	Nota 40	PHT - PT
SANDOSTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2	A	Nota 40	PHT - PT
SANDOSTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2	A	Nota 40	PHT - PT
SANDOSTATINA LAR*FL 30MG+SIR+2	A	Nota 40	PHT - PT
SANDOSTATINA*INIET 3F 0,5MG/ML	A	Nota 40	PHT - PT

H01CB03 Lanreotide

IPSTYL*IM FL30MG RP+F 2ML SOLV	A	Nota 40	PHT - PT
IPSTYL*SC 1SIR 60MG	A	Nota 40	PHT - PT
IPSTYL*SC SIR 120MG	A	Nota 40	

H01CB05 Pasireotide

SIGNIFOR*IM 1FL 20MG+SIR 2ML	A		PT
SIGNIFOR*IM 1FL 40MG+SIR 2ML	A		PT
SIGNIFOR*IM 1FL 60MG+SIR 2ML	A		PT
SIGNIFOR*SC 60F 0,6MG 1ML	A		Esclusiva erogazione diretta, scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio aggiuntiva

Scheda di valutazione del medicinale **Pasireotide**

[Doc. PTR 248 gen-2015](#) [PDF - 1.269kB]

H02 Corticosteroidi sistemici

H02A Corticosteroidi sistemici, non associati

H02AA Mineralcorticoidi

H02AA02 Fludrocortisone

FLORINEF 0,1 MG CPR			
---------------------	--	--	--

H02AB Glicocorticoidi

H02AB01 Betametasone [d. az. lunga]

BENTELAN*10CPR EFF 0,5MG	A		
BENTELAN*IM IV 3F 2ML 4MG/2ML	A		
BENTELAN*INIET 6F 1,5MG/2ML	A		

H02AB02 Desametasone [d. az. lunga]

DECADRON*OS GTT FL 10ML 2MG/ML	A		
DESAMETASONE FOSF*IM EV 1F 8MG	C		
DESAMETASONE FOSF*IM EV 3F 4MG	C		

H02AB04 Metilprednisolone [d. az. intermedia]

DEPOMEDROL*3FL 40MG 1ML	A		
MEDROL*20CPR DIV 16MG	A		
MEDROL*30CPR DIV 4MG	C		
SOLUMEDROL*IM IV FL 125MG 2ML	A		
SOLUMEDROL*IM IV FL 1G+F 16ML	A		
SOLUMEDROL*IM IV FL 2G+F 32ML	A		
SOLUMEDROL*IM IV FL 40MG 1ML	C		
SOLUMEDROL*IM IV FL 500MG+F8ML	A		
URBASON*IM EV 1F 250MG+1F 5ML	C		
URBASON*IM EV 3F 20MG+3F 1ML	C		

H02AB07 Prednisone [d. az. intermedia]

DELTACORTENE*10CPR 25MG	A		
DELTACORTENE*10CPR 5MG	A		

H02AB08 Triamcinolone [d. az. intermedia]

TRIACTOR*INIET 3FL 40MG 1ML	A		
-----------------------------	---	--	--

H02AB09 Idrocortisone [d. az.breve]

FLEBOCORTID RICHTER*1F100MG+1F	C		
FLEBOCORTID RICHTER*EV FL1G+F	A		
FLEBOCORTID RICHTER*EV FL500MG	C		
HYDROCORTISON 10 MG CPR			estero
SOLUCORTEF*1FL 250MG/2ML 2ML	C		

H02AB10 Cortisone [d. az.breve]

CORTONE ACETATO*20CPR 25MG	A		
----------------------------	---	--	--

H03 Terapia tiroidea

H03A Preparati tiroidei

H03AA Ormoni tiroidei

H03AA01 Levotiroxina

EUTIROX*50CPR 125MCG	A		
----------------------	---	--	--

EUTIROX*50CPR 150MCG	A		
EUTIROX*50CPR 200MCG	A		
EUTIROX*50CPR 25MCG	A		
EUTIROX*50CPR 75MCG	A		

H03B Preparati antitiroidei

H03BA Tiouracilici

H03BA02 Propiltiouracile

PROPYCIL 50MG 60CPR			estero
---------------------	--	--	--------

H03BB Derivati imidazolici contenenti zolfo

H03BB02 Tiamazolo

TAPAZOLE*100CPR 5MG	A		
---------------------	---	--	--

H03BC Perclorati

H03BC01 Potassio perclorato

PERTIROID*30CPS 200MG	A		
-----------------------	---	--	--

H04 Ormoni pancreatici

H04A Ormoni glicogenolitici

H04AA Ormoni glicogenolitici

H04AA01 Glucagone

GLUCAGEN HYPOKIT*FL 1MG+SIR1ML	A		
--------------------------------	---	--	--

GLUCAGEN*FL 1MG+FL 1ML SOLV	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

H05 Calcio-omeostatici

H05A Ormoni paratiroidi e analoghi

H05AA Ormoni paratiroidi e analoghi

H05AA02 Teriparatide

FORSTEO*1PEN 2,4ML 20MCG/80MCL	A	Nota 79 - PT teriparatide	PHT - PT
--------------------------------	---	---	----------

[PT teriparatide](#) [DOC - 56kB]

H05B Ormoni antiparatiroidi

H05BX Altre sostanze paratiroidi

H05BX01 Cinacalcet

MIMPARA*28CPR RIV 30MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
------------------------	---	-----------------------------------	----------

MIMPARA*28CPR RIV 60MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
------------------------	---	-----------------------------------	----------

MIMPARA*28CPR RIV 90MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
------------------------	---	-----------------------------------	----------

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 "I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo..."](#) [PDF - 1.408kB]

[270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI](#) [PDF - 1.185kB]

[264\) Documento relativo a "Piano terapeutico regionale per la prescrizione di SevelamerLantanoOssi-idrossido sucroferricoParacalcitoloCinacalcetE..."](#) [PDF - 826kB]

H05BX02 Paracalcitolo

ZEMPLAR*28CPS 2MCG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
--------------------	---	-----------------------------------	----------

ZEMPLAR*INIET 5F 1ML 5MCG/ML	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
------------------------------	---	-----------------------------------	----------

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 “I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osse...” \[PDF - 1.408kB\]](#)

[270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI \[PDF - 1.185kB\]](#)

[264\) Documento relativo a “Piano terapeutico regionale per la prescrizione di SevelamerLantanioOssi-idrossido sucroferricoParacalcitoloCinacalcetE...” \[PDF - 826kB\]](#)

H05BX04 Etelcalcetide cloridrato

PARSABIV*6FL INIETT 10MG 2ML	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
------------------------------	---	-----------------------------------	----------

PARSABIV*6FL INIETT 5MG 1ML	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
-----------------------------	---	-----------------------------------	----------

PARSABIV*6FL INIETT2,5MG 0,5ML	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
--------------------------------	---	-----------------------------------	----------

[264\) Documento relativo a “Piano terapeutico regionale per la prescrizione di SevelamerLantanioOssi-idrossido sucroferricoParacalcitoloCinacalcetE...” \[PDF - 826kB\]](#)

J Antimicrobici generali per uso sistemico

J01 Antibatterici per uso sistemico

J01A Tetraciline

J01AA Tetraciline

J01AA02 Doxiciclina

BASSADO*10CPR 100MG	A		
---------------------	---	--	--

J01AA08 Minociclina

MINOCIN*8CPS 100MG	A		
--------------------	---	--	--

J01AA12 Tigeciclina

TYGACIL*INFUS 10FL 5ML 50MG	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

- [\[DocCRF\] n. 48](#)
- [\[Nota Informativa Importante\]](#) AIFA del 24.03.2011

J01B Amfenicoli

J01BA Amfenicoli

J01BA01 Cloramfenicolo

CLORAMFENICOLO*1FL 1G	A		
-----------------------	---	--	--

J01C Antibatterici beta-lattamici, penicilline

J01CA Penicilline ad ampio spettro

J01CA01 Ampicillina

J01CA04 Amoxicillina

MOPEN*OS GRAT SOSP 100ML 5%	A		
-----------------------------	---	--	--

ZIMOX*12CPR 1G	A		
----------------	---	--	--

ZIMOX*12CPS 500MG	A		
-------------------	---	--	--

J01CA12 Piperacillina

PIPERTEX*INIET 10F 4G	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

PIPERTEX*INIET F 2G+F 4ML SOLV	A	Nota 55	
--------------------------------	---	-------------------------	--

J01CE Penicilline sensibili alla beta-lattamasi

J01CE01 Benzilpenicillina

PENICILLINA G SOD GRUN 1000000 UI			estero
-----------------------------------	--	--	--------

J01CE08 Benzilpenicillina benzatinica

--	--	--	--

BENZILPENICILLINA BENZ*120000UI/2,5ML BIOPHARMA	A	Nota 92	
--	---	-------------------------	--

166) Criteri di applicazione della nota Aifa n. 92 (aggiornamento settembre 2016)

[166\) Criteri di applicazione della nota Aifa n. 92 \(aggiornamento settembre 2016\)](#) [PDF - 603kB]

J01CF Penicilline resistenti alla beta-lattamasi

J01CF04 Oxacillina

PENSTAPHO*IM IV 1FL+F 1G	A		
--------------------------	---	--	--

J01CR Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi

J01CR01 Ampicillina + Sulbactam

UNASYN*EV 1FL 1G+2G	H/OSP		
---------------------	-------	--	--

UNASYN*EV 1FL 1G+500MG/3,2ML+F	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

Amoxicillina/ac.clavulanico e ampicillina/sulbactam nelle formulazioni iniettabili sono stati ritenuti sovrapponibili per il trattamento empirico delle infezioni gravi da germi divenuti resistenti alle penicilline (ampicillina e amoxicillina) attraverso la produzione di beta-lattamasi.

Il lotto di gara è stato aggiudicato all'associazione ampicillina/sulbactam per il 70% del fabbisogno.

J01CR02 Amoxicillina + Acido clavulanico

AMOXIC.AC.CLAV.IBI*EV 2G+200MG	H		
--------------------------------	---	--	--

AMOXIC.AC.CLAVUL.IBI*12BUST	A		
-----------------------------	---	--	--

AMOXICILLINA AC CLAV SAND*12CPR RIV 875MG+125M	A		
---	---	--	--

AUGMENTIN*BB SOSP FL 70ML C/C	A		
-------------------------------	---	--	--

NEODUPLAMOX*BB SOSP FL35ML C/S	A		
--------------------------------	---	--	--

J01CR05 Piperacillina + Tazobactam

PIPERACILLINA TA KA*IM 2G+250MG	A	Nota 55	
---------------------------------	---	-------------------------	--

PIPERACILLINA TA MG*EV 4G+500MG	H		
---------------------------------	---	--	--

J01D Altri antibatterici beta-lattamici

J01DB Cefalosporine di prima generazione

J01DB04 Cefazolina

CEFAMEZIN*IV 1FL 1G+F 10ML	C		
----------------------------	---	--	--

CEFAZIL*IM 1FL 1G+F 4ML	A		
-------------------------	---	--	--

J01DC Cefalosporine di seconda generazione

J01DC01 Cefoxitina

MEFOXIN*IM 1FL 1G+F 2ML	A		
-------------------------	---	--	--

MEFOXIN*IV 1FL 2G+F 20ML	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

J01DC04 Cefaclor

PANACEF*GRATxSOSP 250MG/5ML	A		
-----------------------------	---	--	--

La Commissione Farmaci AVEC raccomanda di riservare l'uso di cefalosporine per OS a pazienti già in terapia (continuità terapeutica) oppure in caso di switch da una terapia parenterale in corso di ricovero o in dimissione. Ritene quindi che una sola molecola ad uso orale tra le cefalosporine di II generazione (cefaclor), e una di III generazione (cefixima) possa soddisfare ogni necessità terapeutica.

J01DD Cefalosporine di terza generazione

J01DD01 Cefotaxima

CEFOTAXIME MG*IM IV 1F 1G+F4ML	A		
--------------------------------	---	--	--

Le cefalosporine metossiminiche, non attive su pseudomonas e a breve durata d'azione, **cefotaxima e ceftizoxima sono state considerate sovrapponibili nel trattamento di alcune patologie infettive di interesse ospedaliero.**

Sono state poste in gara in alternativa ed il lotto di gara è stato aggiudicato a cefotaxima.

J01DD02 Ceftazidima

GLAZIDIM VENA 1*1FL 1G+1F 10ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

GLAZIDIM VENA 2*EV 1FL 2G	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

TAZIDIF*IM 1FL 1G/3ML+1F	A	Nota 55	
--------------------------	---	-------------------------	--

I principi attivi **ceftazidima e cefepime sono stati valutati sovrapponibili nella terapia empirica della maggior parte delle infezioni gravi gestite in ospedale comprese quelle in cui si sospetta quale agente etiologico uno Pseudomonas spp. o un Acinetobacter** e posti in gara in alternativa.

Il lotto di gara è stato aggiudicato al principio attivo ceftazidima.

In caso di resistenza a ceftazidima, documentata con antibiogramma, è possibile richiedere cefepime con RMP.

J01DD04 Ceftriaxone

CEFTRIAXONE MG*INF POLV 2G	H		
----------------------------	---	--	--

CEFTRIAXONE MG*INIET 10FL 1G	H		
------------------------------	---	--	--

FIDATO*IM 1FL 1G+1F 3,5ML	A		
---------------------------	---	--	--

"...segnalazioni di gravi reazioni in bambini prematuri o neonati trattati con ceftriaxone per via endovenosa in concomitanza con gluconato di calcio..." (DDL AIFA, giugno 2007))

J01DD08 Cefixima

CEFIXORAL*5CPR RIV 400MG	A		
--------------------------	---	--	--

CEFIXORAL*OS 100ML 100MG/5ML	A		
------------------------------	---	--	--

I principi attivi **cefixima, ceftibuten sono stati valutati sovrapponibili nella terapia delle vie aeree inferiori ed urinarie non gravi sia di adulti che di bambini** e posti in gara in alternativa.

Il lotto di gara è stato aggiudicato al principio attivo cefixima.

La Commissione Farmaci AVEC ne raccomanda l'uso nella terapia sequenziale quando un iniziale trattamento con una cefalosporina metossiminica parenterale ha stabilizzato il paziente e si prevede una prossima dimissione.

J01DD52 Ceftazidima ed inibitore delle beta-lattamasi

ZAVICEFTA*INFUS 10FL 2G+500MG	H		Monitoraggio Addizionale
-------------------------------	---	--	--------------------------

[Doc RER 309](#) Scheda di valutazione del medicinale Ceftazidima / Avibactam (**febbraio 2018**)

[Doc RER 310](#) Scheda regionale per la prescrizione di Ceftazidima / Avibactam (**febbraio 2018**)

J01DF Monobattami

J01DF01 Aztreonam

Spettro antibatterico limitato a batteri aerobi gram negativi. Si raccomanda di NON utilizzare da solo come trattamento iniziale aspecifico.

J01DH Carbapenemi

J01DH02 Meropenem

MERREM*EV POLV 10FL 1000MG	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

I principi attivi meropenem e imipenem/cilastatina sono stati sovrapponibili per il trattamento empirico e mirato delle infezioni gravi dei principali organi e apparati, causati dai batteri sensibili ai carbapenemi, compresa la neutropenia febbrile. Sono stati posti in gara in alternativa per l' 80% del fabbisogno ed il lotto di gara è stato aggiudicato a meropenem.

J01DI Altre cefalosporine e penemi

J01DI01 Cefotibipolo

MABELIO*INFUS 10FL 500MG 20ML	H		Monitoraggio addizionale, richiesta motivata personalizzata (RMP)
-------------------------------	---	--	---

Scheda di valutazione del Cefotibipolo (maggio 2015). Prescrizione mediante RMP su consulenza dell'infettivologo.

[Doc. PTR 260 mag-2015](#) [PDF - 1.410kB]

J01DI02 Ceftarolina fosamil

ZINFORO*INFUS 10FL 600MG	H		Osp - uso ospedaliero
--------------------------	---	--	-----------------------

[Doc. PTR n. 202 \(gennaio 2014\)](#) - " Scheda di valutazione del medicinale ceftarolina"

J01DI54 Ceftolozano + Tazobactam

ZERBAXA*EV 10FL POLV 1G+0,5G	H	Scheda regionale per la prescrizione di Ceftolozano + Tazobactam	OSP - uso ospedaliero
------------------------------	---	--	-----------------------

[Scheda di valutazione Ceftolozano + Tazobactam](#) [PDF - 482kB]

J01E Sulfamidici e trimetoprim

J01EC Sulfamidici ad azione intermedia

J01EE Associazioni di sulfamidici con trimetoprim, inclusi i derivati

J01EE01 Sulfametoxazolo + Trimetoprim

BACTRIM PERFUSIONE*IV 1F 5ML	A		
------------------------------	---	--	--

BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	A		
---------------------------	---	--	--

BACTRIM*OS SOSP 80MG+400MG/5ML	A		
--------------------------------	---	--	--

J01F Macrolidi e lincosamidi

J01FA Macrolidi

I principi attivi **azitromicina e claritromicina** sono stati valutati sovrapponibili nella terapia delle infezioni delle basse vie respiratorie causate da batteri tipici e atipici, per le infezioni gravi della cute e dei tessuti molli sensibili ai macrolidi e per le infezioni da micobatteri in pazienti con HIV e posti in gara in alternativa.

Il lotto di gara è stato aggiudicato al principio attivo azitromicina per la formulazione iniettabile e alla claritromicina per la formulazione orale.

Eritromicina è l'unico macrolide ad avere l'indicazione registrata per l'uso ev in pediatria (dai lattanti fino ai bambini di 12 anni).

J01FA01 Eritromicina

ERITROCINA*12CPR RIV 600MG	A		
----------------------------	---	--	--

ERITROCINA*OS GRAT 6BUST 1000M	A		
--------------------------------	---	--	--

ERITROCINA*OS SOSP 100ML 10%	A		
------------------------------	---	--	--

J01FA02 Spiramicina

ROVAMICINA*12CPR RIV 3000000UI	A		
--------------------------------	---	--	--

J01FA09 Claritromicina

--	--	--	--

KLACID*12CPR RIV 250MG	A		
KLACID*14CPR RIV 500MG	A		
KLACID*BB OS GRAT 100ML 125MG/	A		
KLACID*BB OS GRAT 100ML 250MG/	A		
KLACID*OS GRATxSOSP 14BUST 250	A		
J01FA10 Azitromicina			
AZITROMICINA TEV*3 CPR RIV 500MG	A		
ZITROMAX*EV 1FL 500MG POLV	H/OSP		
J01FF Lincosamidi			
J01FF01 Clindamicina			
CLINDAMICINA HIK*5F 600MG/4ML	A		
DALACIN C*12CPS 150MG	A		
J01G Antibatterici aminoglicosidici			
J01GA Streptomicine			
J01GB Altri aminoglicosidi			
J01GB01 Tobramicina			
BRAMICIL*INIET 10F 100MG 2ML	C/OSP		
BRAMICIL*INIET 10F 150MG 2ML	C/OSP		
BRAMITOB*NEBUL 56F 300MG/4ML	A		
NEBICINA*IM IV 1F 2ML 20MG	A	Nota 55	
J01GB03 Gentamicina			
GENTALYN*INIET 1F 2ML 160MG/2M	C		
GENTAMICINA SOLFATO*10F 80MG/2	H/OSP		
J01GB06 Amikacina			
AMICASIL*IM EV 10F 500MG/2ML	H		
J01GB07 Netilmicina			
ZETAMICIN 100*IM IV F 100MG/ML	A	Nota 55	
ZETAMICIN 15*IM IV F 15MG/1,5M	C		
ZETAMICIN 150*IM IV F150MG/1,5	A	Nota 55	
ZETAMICIN 300*IM IV F 300MG/3M	A	Nota 55	
ZETAMICIN 50*IM IV F 1ML 50MG/	A	Nota 55	
J01M Antibatterici chinolonici			
J01MA Fluorochinoloni			
J01MA02 Ciprofloxacina			
CIPROFLOXACINA K.*10SACC 200MG	H/OSP		

CIPROFLOXACINA K.*10SACC 400MG	H/OSP		
CIPROFLOXACINA SANDOZ*12CPR 750MG	A		
CIPROXIN*10CPR RIV 250MG	A		
CIPROXIN*6CPR RIV 500MG	A		
CIPROXIN*OS SOSP 100ML 250MG/5	A		

J01MA06 **Norfloxacina**

NORFLOXACINA ABC*14CPS 400MG	A		
------------------------------	---	--	--

J01MA12 **Levofloxacina**

LEVOFLOXACINA KAB*INF 10FL 100ML	H		
LEVOFLOXACINA SAN*5CPR 500MG	A		

J01MA14 **Moxifloxacina**

AVALOX*5CPR RIV 400MG PP/AL	A		
-----------------------------	---	--	--

J01MB **Altri chinolonici**

J01MB04 **Acido pipemidico**

PIPEMID 400*20CPS 400MG	A		
-------------------------	---	--	--

J01X **Altri antibatterici**

J01XA **Antibatterici glicopeptidici**

J01XA01 **Vancomicina**

VANCOMICINA HIK*INF OS 10FL 500	H		
ZENGAC*IV OS 1FL 1000MG	H/OSP		

J01XA02 **Teicoplanina**

TARGOSID*IM IV 1F 200MG+F 3ML	A	Nota 56	
-------------------------------	---	-------------------------	--

J01XA04 **Dalbavancina**

XYDALBA*EV 1FL 500MG	H OSP	Scheda regionale per la prescrizione di Dalbavancina	
----------------------	-------	--	--

Scheda di valutazione del farmaco Dalbavancina (novembre 2016)

[Scheda di valutazione del farmaco Dalbavancina \(novembre 2016\)](#) [PDF - 1.093kB]

Scheda regionale per la prescrizione di Dalbavancina (novembre 2016)

[Scheda regionale per la prescrizione di Dalbavancina \(novembre 2016\)](#) [PDF - 676kB]

J01XB **Polimixine**

J01XB01 **Colistimetato sodico**

COLIMICINA*FL 1000000U 4ML+F	C		
------------------------------	---	--	--

J01XD **Derivati imidazolici**

J01XD01 **Metronidazolo**

METRONIDAZOLO KABI*EV 20FL 500M	H		
---------------------------------	---	--	--

J01XE **Derivati nitrofuranici**

J01XE01 **Nitrofurantoina**

NEOFURADANTIN*20CPS 50MG	C		
--------------------------	---	--	--

J01XX **Altri antibatterici**

J01XX01 **Fosfomicina**

INFECTOFOS*10FL 2G/50ML	H OSP		RMP
-------------------------	-------	--	-----

INFECTOFOS*10FL 4G/100ML	H OSP		RMP
--------------------------	-------	--	-----

MONURIL*AD OS GRAT 2BUST 3G	A		Molecola a brevetto scaduto
-----------------------------	---	--	-----------------------------

J01XX08 **Linezolid**

ZYVOXID*10CPR RIV 600MG BLIST	A		
-------------------------------	---	--	--

ZYVOXID*10SAC INF 2MG/ML 300ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

ZYVOXID*OS GRANxSOSP 100MG/5ML	A		
--------------------------------	---	--	--

"Linezolid deve essere utilizzato per il trattamento delle infezioni complicate della cute e tessuti molli solo quando i test microbiologici hanno accertato che l'infezione è causata da batteri gram positivi..." (DDL AIFA, marzo 2007).

[NII Linezolid](#) [PDF - 100kB]

J01XX09 **Daptomicina**

CUBICIN*EV 1FL 10ML POLV 350MG	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

Limitatamente a parere consultivo favorevole di un infettivologo aziendale, su antibiogramma.

- [\[DocCRF\] n. 53](#)
- [\[Nota Informativa Importante\]](#) AIFA del 21.01.2011

J02 **Antimicotici per uso sistemico**

J02A **Antimicotici per uso sistemico**

J02AA **Antibiotici**

J02AA01 **Amfotericina B**

FUNGIZONE*IV FL POLV 50MG 15ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

J02AA01 **Amfotericina B complesso lipidico**

ABELCET*EV 10FL 20ML+10AGHI	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

J02AA01 **Amfotericina B liposomiale**

AMBISOME*INFUS 10FL LIOF 50MG	C/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

J02AC **Derivati triazolici**

J02AC01 **Fluconazolo**

DIFLUCAN*10CPS 100MG	A		
----------------------	---	--	--

DIFLUCAN*2CPS 150MG	A		
---------------------	---	--	--

DIFLUCAN*7CPS 200MG	A		
---------------------	---	--	--

DIFLUCAN*7CPS 50MG	C		
--------------------	---	--	--

DIFLUCAN*OS SOSP 350MG 50MG/5M	A		
EXOMAX*INF 1FL 100ML 2MG/ML	H/OSP		
FLUCONAZOLO KABI*10FL 200ML	C		
FLUCONAZOLO KABI*10FL 50ML	C		

J02AC02 Itraconazolo

SPORANOX*8CPS 100MG	A		
SPORANOX*EV 25ML 1%+NACL 100ML	H/OSP		
SPORANOX*OS FL 150ML 10MG/ML	A		

J02AC03 Voriconazolo

VFEND*28CPR RIV 200MG	A		
VFEND*28CPR RIV 50MG	A		
VFEND*INF EV FL 200MG	H		
VFEND*OS FL 45G 40MG/ML	A		

J02AC04 Posaconazolo

NOXAFIL*OS SOSP 105ML 40MG/ML	A		
-------------------------------	---	--	--

Limitatamente alla terapia di infezioni fungine invasive da aspergillo in pazienti resistenti (progressione dell'infezione o assenza di miglioramento dopo un trattamento minimo di 7 giorni di una terapia fungina efficace).

J02AC05 Isavuconazolo

CRESEMBA*14CPS 100MG	A		A - RNRL - PHT
CRESEMBA*EV POLV 1FL 10ML 200MG	H		OSP

Scheda di valutazione del farmaco Isavuconazolo (novembre 2016)

[Scheda di valutazione del farmaco Isavuconazolo \(novembre 2016\)](#) [PDF - 1.156kB]

J02AX Altri antimicotici per uso sistemico

J02AX04 Caspofungin

CANCIDAS*EV FL 50MG 10ML	H/OSP		
CANCIDAS*EV FL 70MG 10ML	H/OSP		

J02AX05 Micafungin

MYCAMINE*EV FL 100MG 10ML	H		
MYCAMINE*EV FL 50MG 10ML	H		

[Doc. PTR n. 222](#) - giugno 2014 "Echinocandine: Caspofungin, Micafungin e Anidulafungin"

J02AX06 Anidulafungina

ECALTA*EV FL 100MG 30ML	H		
-------------------------	---	--	--

[Doc. PTR n. 222](#) - giugno 2014 "Echinocandine: Caspofungin, Micafungin e Anidulafungin"

J04 Antimicobatteri

J04A Farmaci per il trattamento della tubercolosi

J04AB Antibiotici

J04AB01 Cicloserina

CYCLOSERINE 250 MG CPS			
------------------------	--	--	--

J04AB02 Rifampicina

RIFADIN*8CPR RIV 450MG	A		
------------------------	---	--	--

RIFADIN*8CPR RIV 600MG	A		
------------------------	---	--	--

RIFADIN*8CPS 300MG	A		
--------------------	---	--	--

RIFADIN*EV 1F 600MG+F 10ML	A		
----------------------------	---	--	--

RIFADIN*SCIR 60ML 20MG/ML	A		
---------------------------	---	--	--

J04AB04 Rifabutina

MYCOBUTIN*30CPS 150MG	A	Nota 56	
-----------------------	---	-------------------------	--

J04AC Idrazidi

J04AC01 Isoniazide

NICOZID*50CPR 200MG	A		
---------------------	---	--	--

NICOZID*IM 6F 2ML 100MG	C		
-------------------------	---	--	--

NICOZID*IM IV 5F 5ML 500MG	A		
----------------------------	---	--	--

J04AK Altri farmaci per il trattamento della tubercolosi

J04AK01 Pirazinamide

PIRALDINA*50CPR 500MG	A		
-----------------------	---	--	--

J04AK02 Etambutolo

ETAPIAM*50CPR RIV 400MG	A		
-------------------------	---	--	--

ETAPIAM*50CPR RIV 500MG	C		
-------------------------	---	--	--

ETAPIAM*FLEB 10F 500MG 3ML	C		
----------------------------	---	--	--

J04AK05 Bedaquilina

SIRTURO*FL 188CPR 100MG	H		Monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	--------------------------

J04AM Associazioni di farmaci per il trattamento della tubercolosi

J04AM02 Rifampicina + isoniazide

RIFINAH*24CPR RIV 300MG+150MG	A		
-------------------------------	---	--	--

J04AM03 Etambutolo + Isoniazide

ETANICOZID B6*50CPR RIV	A		
-------------------------	---	--	--

J04AM06 rifampicina, isoniazide, pirazinamide ed etambutolo

RIMSTAR*60CPR RIV	A		
-------------------	---	--	--

J04B Farmaci per il trattamento della lebbra

J04BA Farmaci per il trattamento della lebbra

J04BA02 Dapsone

DAPSONE 25 MG CPR			
-------------------	--	--	--

DAPSONE 50 MG CPR			
-------------------	--	--	--

J05 Antivirali per uso sistemico

J05A Antivirali ad azione diretta

J05AB Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della transcriptasi inversa

J05AB01 Aciclovir

ACICLIN*25CPR 400MG	A	Nota 84	
---------------------	---	-------------------------	--

ACICLIN*35CPR 800MG	A	Nota 84	
---------------------	---	-------------------------	--

ACICLIN*OS SOSP FL 100ML 8%	A	Nota 84	
-----------------------------	---	-------------------------	--

ACICLOVIR RECORDATI*EV 5F250MG	A	Nota 84	
--------------------------------	---	-------------------------	--

ZOVIRAX*INIET 5FL 500MG	H/OSP		
-------------------------	-------	--	--

J05AB04 Ribavirina

COPEGUS*FL 56CPR RIV 400MG	A		
----------------------------	---	--	--

REBETOL*84CPS 200MG	A		
---------------------	---	--	--

- "Sofosbuvir e altri antivirali diretti nell'epatite C cronica"

[Doc. PTR 229 mar-2015](#) [PDF - 463kB]

J05AB06 Ganciclovir

CYMEVENE*INFUS FL 500MG+F 10ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

J05AB11 Valaciclovir

ZELITREX*21CPR RIV 1000MG	A	Nota 84	PHT
---------------------------	---	-------------------------	-----

ZELITREX*42CPR RIV 500MG	A	Nota 84	PHT
--------------------------	---	-------------------------	-----

J05AB14 Valganciclovir

DARILIN*60CPR RIV 450MG	A		PHT
-------------------------	---	--	-----

J05AD Derivati dell'acido fosfonico

J05AD01 Foscarnet

FOSCAVIR*EV INF 250ML 24MG/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

J05AE Inibitori della proteasi

J05AE01 Saquinavir

INVIRASE*FL 120CPR RIV 500MG	H		
------------------------------	---	--	--

J05AE02 Indinavir

CRIXIVAN*180CPS 400MG	H		
-----------------------	---	--	--

J05AE03 Ritonavir

NORVIR*FL 30CPR RIV 100MG	H		
---------------------------	---	--	--

NORVIR*OS 5FL 90ML 80MG/ML	H		
----------------------------	---	--	--

J05AE06 Lopinavir + Ritonavir

KALETRA*120CPR RIV 200MG+50MG	H		
-------------------------------	---	--	--

KALETRA*60CPR RIV 100MG+25MG	H		
------------------------------	---	--	--

KALETRA*OS 5FL 60ML+5SIR	H		
--------------------------	---	--	--

J05AE07 Fosamprenavir

TELZIR*1FL 60CPR RIV 700MG	H		
----------------------------	---	--	--

J05AE08 Atazanavir

REYATAZ*1FL 30CPS 300MG	H		
-------------------------	---	--	--

REYATAZ*60CPS 150MG	H		
---------------------	---	--	--

REYATAZ*60CPS 200MG	H		
---------------------	---	--	--

J05AE09 Tipranavir

APTIVUS*FL 120CPS MOLLI 250MG	H		
-------------------------------	---	--	--

[Scheda monitoraggio AIFA]

J05AE10 Darunavir

PREZISTA*30CPR RIV 800MG	H		
--------------------------	---	--	--

PREZISTA*60CPR RIV 600MG	H		
--------------------------	---	--	--

PREZISTA*OS SOSP FL 200ML	H		
---------------------------	---	--	--

In associazione a ritonavir limitatamente ai pazienti plurifalliti con più di un regime terapeutico a base di inibitori delle proteasi.

J05AE12 Boceprevir

VICTRELIS*336CPS 200MG	A	PT farmaci epatite C	Su prescrizione dei Centri prescrittori autorizzati delle Aziende sanitarie regionali (PG/2013/55131 del 28/2/2013).
------------------------	---	--------------------------------------	--

VICTRELIS*84CPS 200MG	A	PT farmaci epatite C	Su prescrizione dei Centri prescrittori autorizzati delle Aziende sanitarie regionali (PG/2013/55131 del 28/2/2013).
-----------------------	---	--------------------------------------	--

- [\[Doc. n. 179\]](#) Linee guida terapeutiche n.6: " Trattamento dell'epatite cronica C nell'adulto con particolare riferimento alle indicazioni di Boceprevir e Telaprevir"- (maggio 2013)
- [Lista Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci antivirali per l'epatite C](#) (Aggiornamento del 22/05/2013)

J05AE14 Simeprevir

OLYSIO*28CPS 150MG	A		
--------------------	---	--	--

229) "Nuovi antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica" (aggiornamento settembre 2016)

[Nuovi antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica \(aggiornamento settembre 2016\)](#) [PDF - 1.595kB]

J05AF Inibitori della transcriptasi inversa, nucleosidi

J05AF01 Zidovudina

RETROVIR*60CPR 300MG	A		
----------------------	---	--	--

RETROVIR*60CPS 250MG	A		
----------------------	---	--	--

RETROVIR*EV 5FL 20ML 200MG	A		
----------------------------	---	--	--

RETROVIR*SCIR 200ML 100MG/10ML	A		
--------------------------------	---	--	--

J05AF02 Didanosina

VIDEX*30CPS GASTR 125MG	H		
-------------------------	---	--	--

VIDEX*30CPS GASTR 200MG	H		
-------------------------	---	--	--

VIDEX*30CPS GASTR 250MG	H		
-------------------------	---	--	--

VIDEX*30CPS GASTR 400MG	H		
-------------------------	---	--	--

J05AF04 Stavudina

ZERIT*56CPS 20MG	H		
------------------	---	--	--

ZERIT*56CPS 30MG	H		
------------------	---	--	--

ZERIT*56CPS 40MG	H		
------------------	---	--	--

J05AF05 Lamivudina

EPIVIR*60CPR RIV 150MG	H		
------------------------	---	--	--

EPIVIR*OS FL 240ML 10MG/ML	H		PHT - PT
----------------------------	---	--	----------

LAMIVUDINA MY*30CPR RIV 300MG	H		PHT - PT
-------------------------------	---	--	----------

ZEFFIX*28CPR RIV 100MG	A		PHT - PT
------------------------	---	--	----------

ZEFFIX*OS FL 240ML 5MG/ML	A		PHT - PT
---------------------------	---	--	----------

J05AF06 Abacavir

ZIAGEN*6BLISTER 10CPR 300MG	H		
-----------------------------	---	--	--

ZIAGEN*OS FL 240ML 20MG/ML	H		
----------------------------	---	--	--

J05AF07 Tenofovir

VIREAD*30CPR 245MG	H		
--------------------	---	--	--

J05AF08 Adefovir dipivoxil

HEPSERA*1FL 30CPR 10MG	A		
------------------------	---	--	--

[Scheda monitoraggio AIFA]

J05AF09 Emtricitabina

EMTRIVA*1FL 30CPS 200MG	H		
-------------------------	---	--	--

J05AF10 Entecavir

BARACLUDE*30CPR RIV 0,5MG	A		
---------------------------	---	--	--

BARACLUDE*30CPR RIV 1MG	A		
-------------------------	---	--	--

J05AF11 **Telbivudina**

SEBIVO*28CPR RIV 600MG	A		
------------------------	---	--	--

J05AG **Inibitori della transcriptasi inversa, non nucleosidi**

J05AG01 **Nevirapina**

NEVIRAPINA TEVA*60CPR 200MG	H		
-----------------------------	---	--	--

VIRAMUNE*OS SOSP FL240ML 50MG/	H		
--------------------------------	---	--	--

J05AG03 **Efavirenz**

SUSTIVA*30CPR RIV 600MG BLIST	H		
-------------------------------	---	--	--

SUSTIVA*FL 30CPS 50MG	H		
-----------------------	---	--	--

SUSTIVA*FL 90CPS 200MG	H		
------------------------	---	--	--

J05AG04 **Etravirina**

INTELENCE*FL 120CPR 100MG	H		
---------------------------	---	--	--

INTELENCE*FL 60CPS 200MG	H		
--------------------------	---	--	--

[\[DocCRF\] n.92](#)

J05AG05 **Rilpivirina**

EDURANT*FL 30CPR RIV 25MG	H		
---------------------------	---	--	--

181) Documento relativo a: "Rilpivirina monocomponente e in associazione a emtricitabina + tenofovir disoproxil"

[181\) Documento relativo a Rilpivirina monocomponente e in associazione a emtricitabina + tenofovir disoproxil](#) [PDF - 688kB]

J05AP **Antivirali per il trattamento delle infezioni da HCV**

J05AP **Glecaprevir/pibrentasvir**

MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG	A		Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
------------------------------	---	--	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AP07 **Daclatasvir**

DAKLINZA*28CPR RIV 30MG	A		Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
-------------------------	---	--	---

DAKLINZA*28CPR RIV 60MG	A		Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
-------------------------	---	--	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AP09 **Dasabuvir sodico**

EXVIERA*56CPR RIV 250MG	A		Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
-------------------------	---	--	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AP53 **Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir**

VIEKIRAX*56CPR 12,5+75+50MG	A	Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
-----------------------------	---	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AP54 Elbasvir/grazoprevir

ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG	A	Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
-------------------------------	---	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AP55 Sofosbuvir/velpatasvir

EPCLUSA*28CPR 400+100MG FL	A	Monitoraggio addizionale, Scheda di Monitoraggio AIFA
----------------------------	---	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AP56 Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir

VOSEVI*28CPR 400+100+100MG FL	A	Monitoraggio addizionale, Scheda di monitoraggio AIFA
-------------------------------	---	---

[DOC PTR 229](#) Antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica (aggiornamento **ottobre 2018**)

J05AR Antivirali ad azione diretta , associazioni

J05AR01 Lamivudina+ Zidovudina

COMBIVIR*60CPR RIV 150MG+300MG	H	
--------------------------------	---	--

J05AR02 Lamivudina+ Abacavir

KIVEXA*BL 30CPR RIV 600MG+300M	H	
--------------------------------	---	--

J05AR03 Emtricitabina + Tenofovir

TRUVADA*30CPR RIV 200MG/245MG	H	
-------------------------------	---	--

J05AR04 Abacavir + Lamivudina + Zidovudina

TRIZIVIR*60CPR RIV	H	
--------------------	---	--

J05AR06 Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz

ATRIPLA*30CPR RIV600+200+245MG	H	
--------------------------------	---	--

J05AR08 Emtricitabina/rilpivirina cloridrato/tenofovir disoproxil fumarato

EVIPLERA*FL 30CPR 25+200+245MG	H	
--------------------------------	---	--

[Doc. PTR 181 ott-2014](#) [PDF - 688kB]

- "Rilpivirina monocomponente e in associazione a emtricitabina + tenofovir disoproxil"

J05AR09 Emtricitabina/tenofovir disoproxil/elvitegravir/cobicistat

STRIBILD*FL 30CPR RIV	H	Monitoraggio addizionale
-----------------------	---	--------------------------

[Doc. PTR 241 ott-2014](#) [PDF - 540kB]

"Elvitegravir/cobicistat in associazione fissa con tenofovir/emtricitabina"

J05AR13 Dolutegravir+ abacavir+ lamivudina

TRIUMEQ*FL 30CPR 50+600+300 MG	H		Monitoraggio addizionale
--------------------------------	---	--	--------------------------

J05AR14 Darunavir + cobicistat

REZOLSTA*FL 30CPR RIV 800+150 MG	H		Monitoraggio addizionale
----------------------------------	---	--	--------------------------

J05AR15 Atazanavir e cobicistat

EVOTAZ*FL 30CPR RIV 300+150MG	H		Monitoraggio addizionale
-------------------------------	---	--	--------------------------

J05AR17 Emtricitabina e tenofovir alafenamide

DESCOVY*30CPR 200MG+10MG	H		Monitoraggio addizionale
--------------------------	---	--	--------------------------

DESCOVY*30CPR 200MG+25MG	H		Monitoraggio addizionale
--------------------------	---	--	--------------------------

J05AR18 Emtricitabina,tenofovir alafenamide,elvitegravir,cobicistat

GENVOYA*FL30CPR 150+150+200+10	H		Monitoraggio addizionale
--------------------------------	---	--	--------------------------

J05AX Altri antivirali

J05AX07 Enfuvirtide

FUZEON*SC 60FL POLV+60FLSOL+60	H		
--------------------------------	---	--	--

[Scheda monitoraggio AIFA]

J05AX08 Raltegravir

ISENTRESS*FL 60CPR RIV 400MG	H		
------------------------------	---	--	--

J05AX09 Maraviroc

CESENTRI*60CPR RIV 150MG	H		
--------------------------	---	--	--

CESENTRI*60CPR RIV 300MG	H		
--------------------------	---	--	--

J05AX12 Dolutegravir

TIVICAY*30CPR RIV 50MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

[Doc. PTR 244 nov-2014](#) [PDF - 580kB]

Scheda di valutazione del medicinale Dolutegravir

J06 Sieri immuni e immunoglobuline

J06A Sieri immuni

J06AA Sieri immuni

J06B Immunoglobuline

J06BA Immunoglobuline umane normali

J06BA01 Immunoglobulina umana normale per somministrazione extravascolare

SUBCUVIA*IM SC FL10ML 160MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

Limitatamente ai pazienti affetti da sindrome di Immunodeficienza Primitiva (PID) che presentano scarsa tollerabilità alla somministrazione endovenosa.

J06BA02 Immunoglobulina umana ad alto titolo di IgM

PENTAGLOBIN*EV 1FL 50MG/ML100M	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

PENTAGLOBIN*EV FL 50MG/ML 10ML	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

J06BA02 Immunoglobulina umana normale

VENITAL*EV FL 100ML 50G/L+SET	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

J06BB Immunoglobuline specifiche**J06BB01 Immunoglobulina umana anti-D Rh0**

IMMUNORHO*IM 1FL300MCG+1F 2ML	A		
-------------------------------	---	--	--

J06BB02 Immunoglobulina umana tetanica

IGANTET*IM 1SIR 1ML 250UI	A		
---------------------------	---	--	--

IGANTET*IM 1SIR 2ML 500UI	A		
---------------------------	---	--	--

J06BB03 Immunoglobulina umana della varicella

VARITECT*IV 1F 20ML 500UI	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

VARITECT*IV 1F 5ML 125UI	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

VARITECT*IV 1FL 50ML 1250UI	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

J06BB04 Immunoglobulina umana antiepatite B

IGANTIBE*IM 1F 5ML 1000UI/5ML	A		
-------------------------------	---	--	--

IMMUNOHB*IM 1F 1ML 180UI	A		
--------------------------	---	--	--

IMMUNOHB*IM 1F 3ML 540UI	A		
--------------------------	---	--	--

NEOHEPATECT*IV 1F 500UI 10ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

NEOHEPATECT*IV FL 2000UI 40ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

NIULIVA*INF 1FL 40ML 250IU/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

J06BB09 Immunoglobulina umana citomegalovirica

CYTOTECT BIOTEST*EV 10ML 500UI	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

CYTOTECT BIOTEST*EV 20ML 1000U	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

CYTOTECT BIOTEST*EV 50ML 2500U	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

J06BB16 Palivizumab

SYNAGIS*IM 1F 100MG+1AMP SOLV	A	Piano terapeutico regionale per la prescrizione di Palivizumab	
-------------------------------	---	--	--

SYNAGIS*IM 1F 50MG+1AMP SOLV	A	Piano terapeutico regionale per la prescrizione di Palivizumab	
------------------------------	---	--	--

[Doc PTR 315](#) Palivizumab nella profilassi stagionale delle infezioni da virus respiratorio sinciziale (**ottobre 2018**)

J06BB21 Bezlotoxumab

ZINPLAVA*EV FL 40ML 25MG/ML	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di prescrizione AIFA
-----------------------------	---	--	--

J07 Vaccini**J07A Vaccini batterici****J07AE Vaccini colerici inattivato a cellula intera****J07AE01 Vaccino colerico**

DUKORAL*OS 2FL 3ML	C		
--------------------	---	--	--

J07AG Vaccini dell'*Hemophilus influenzae* tipo B

J07AG51 Vaccino H. influenzae coniugato al tossoide tetanico

ACTHIB*IM 1FL 1D LIOF+SIR	C		
---------------------------	---	--	--

J07AH Vaccini meningococcici**J07AH04 Vaccino meningococcico polisaccaridico**

MENCEVAX ACWY*1FL 1D+1SIR+2AGHI	C		
---------------------------------	---	--	--

J07AH07 Vaccino meningococcico coniugato con tossoide tetanico

MENJUGATE*1FL POLV+1SIR SOLV	C		
------------------------------	---	--	--

J07AJ Vaccini pertossici**J07AJ52 Vaccino difterico, tetanico e pertossico acellulare a partire dai 4 anni di età**

BOOSTRIX*IM 1SIR 0,5ML C/AGO	C		
------------------------------	---	--	--

J07AJ52 Vaccino difterico, tetanico e pertossico acellulare a partire dal 2' mese di vita

INFANRIX*IM 1SIR 0,5ML	C		
------------------------	---	--	--

J07AL Vaccini pneumococcici**J07AL01 Vaccino pneumococcico, antigene polisaccaridico purificato**

PNEUMOVAX*1FL 0,5ML	C		
---------------------	---	--	--

J07AL02 Vaccino pneumococcico, antigene polisaccaridico purificato coniugato

PREVENAR 13*IM 10SIR 0,5ML	C		
----------------------------	---	--	--

J07AM Vaccini tetanici**J07AM01 Vaccino tetanico adsorbito**

IMOVAX TETANO*1SIR 0,5ML 40UI	C		
-------------------------------	---	--	--

J07AM51 Vaccino difterico e tetanico adsorbito

DITANRIX*AD IM 1SIR 0,5ML 1D	C		
------------------------------	---	--	--

J07AP Vaccini tifoidei**J07AP01 Vaccino tifoideo vivo orale**

VIVOTIF*3CPS 200MG 2000MILIONI	C		
--------------------------------	---	--	--

J07AP03 Vaccino tifoideo polisaccaridico

TYPHIM VI*IM 1SIR 0,5ML +2AGHI	C		
--------------------------------	---	--	--

J07B Vaccini virali**J07BB Vaccini influenzali****J07BB02 Vaccino influenzale inattivato a base di antigeni di superficie**

INFLUVAC S*1FSIR 0,5ML 2011-12	H		
--------------------------------	---	--	--

J07BB02 Vaccino influenzale inattivato a base di antigeni di superficie, adiuvato

FLUAD*1SIR 0,5ML C/A 2011-2012	H		
--------------------------------	---	--	--

FLUARIX*1SIR 0,5ML 2011-2012	H		
------------------------------	---	--	--

J07BB02 Vaccino influenzale inattivato a base di antigeni di superficie, virosomale

INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	H		
-------------------------------	---	--	--

J07BB02 Vaccino influenzale virione split inattivato

INTANZA*1SIR 0,1ML 15MCG/CEPPO 11-12	H		
--------------------------------------	---	--	--

INTANZA*1SIR 0,1ML 9MCG/CEPPO 11-12	H		
-------------------------------------	---	--	--

J07BC Vaccini epatitici

J07BC01 Vaccino epatitico B a Dna ric.

GENHEVAC B 20 MCG/0,5 ML			
--------------------------	--	--	--

J07BC02 Vaccino epatitico A inattivato adsorbito

EPAXAL*IM 10SIR 24UI/0,5ML C/A	C		
--------------------------------	---	--	--

EPAXAL*IM 1SIR 0,5ML C/AGO	C		
----------------------------	---	--	--

J07BC20 Vaccino epatitico A+vaccino epatitico B

TWINRIX ADULTI*IM SIR 20MCG/ML	C		
--------------------------------	---	--	--

TWINRIX PEDIATRICO*IM 1SIR+2AG	C		
--------------------------------	---	--	--

J07BD Vaccini morbillo

J07BD52 Vaccino morbilloso parotitico e rubeolico

M-M-RVAXPRO*1FL+SIR S/A+2AGHI	C		
-------------------------------	---	--	--

J07BF Vaccini poliomielitici

J07BF03 Vaccino poliomielitico trivalente inattivato parenterale a virus intero

IMOVAX POLIO*IM SC 1SIR 0,5ML	C		
-------------------------------	---	--	--

J07BG Vaccini rabici

J07BG01 Vaccino rabico da colture cellulari

RABIPUR*1FL 1D 1ML+1F C/SIR	C		
-----------------------------	---	--	--

J07BK Vaccini varicellosi

J07BK01 Vaccino varicelloso vivo attenuato

VARILRIX*SC 1FL 1D+SIR 0,5ML	C		
------------------------------	---	--	--

J07BL Vaccini della febbre gialla

J07BL01 Vaccino febbre gialla vivo

STAMARIL*1FL+1SIR 0,5ML C/A	C		
-----------------------------	---	--	--

J07C Vaccini batterici e virali in associazione

J07CA Vaccini batterici e virali in associazione

J07CA01 Vaccino difterite-poliomielite-tetano

REVAXIS*1SIR 0,5ML C/COPRIAGO	C		
-------------------------------	---	--	--

J07CA09 Vaccino difterite-epatite B-H.influenzae B-pertosse-poliomelite-tetano

INFANRIX HEXA FLIP OFF			
------------------------	--	--	--

L Farmaci antineoplastici e immunomodulatori

L01 Antineoplastici

L01A Sostanze alchilanti

L01AA Analoghi della mostarda azotata

L01AA01 Ciclofosfamide

ENDOXAN BAXTER*50CPR RIV 50MG	A		
-------------------------------	---	--	--

ENDOXAN BAXTER*INIET 1FL 1G	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

ENDOXAN BAXTER*INIET 1FL 500MG	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

L01AA02 Clorambucile

LEUKERAN*25CPR RIV 2MG	A		
------------------------	---	--	--

L01AA03 Melfalan

ALKERAN*1FL 50MG/10ML+FL 10ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

ALKERAN*25CPR RIV 2MG	A		
-----------------------	---	--	--

L01AA05 Clorimetina

CARYOLISINE MG.10 X 6 FIALE			
-----------------------------	--	--	--

L01AA06 Ifosfamide

HOLOXAN*EV 1FL 1G	H/OSP		
-------------------	-------	--	--

L01AB Alchilsulfonati

L01AB01 Busulfano

BUSILVEX*INFUS 8FL 10ML 6MG/ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

MYLERAN*100CPR RIV 2MG	A		
------------------------	---	--	--

L01AC Etilenimine

L01AC01 Tiotepa

THIOPLEX*INIET 1F 15MG	H/OSP		
------------------------	-------	--	--

L01AD Nitrosouree

L01AD01 Carmustina

BICNU MG 100 I.V. FIALE			
-------------------------	--	--	--

L01AD04 Streptozocina

ZANOSAR 1G FIALE			
------------------	--	--	--

L01AD05 Fotemustina

MUPHORAN*IV 1F 208MG+F SOLV	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

L01AX Altre sostanze alchilanti

L01AX03 Temozolomide

TEMOZOLOMIDE SUN*FL 5CPS 100MG	A		Continuità terapeutica H - T
--------------------------------	---	--	------------------------------

TEMOZOLOMIDE SUN*FL 5CPS 20MG	A		Continuità terapeutica H - T
-------------------------------	---	--	------------------------------

TEMOZOLOMIDE SUN*FL 5CPS 250MG	A		Continuità terapeutica H - T
--------------------------------	---	--	------------------------------

TEMOZOLOMIDE SUN*FL 5CPS 5MG	A		Continuità terapeutica H - T
------------------------------	---	--	------------------------------

L01AX04 Dacarbazina

DETICENE*INFUS 100MG/10ML FL+F	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

L01B Antimetaboliti

L01BA Analoghi dell'acido folico

L01BA01 Metotrexato

METHOTREXATE*25CPR 2,5MG	A		
--------------------------	---	--	--

METHOTREXATE*INIET 1FL 1G 10ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

METHOTREXATE*INIET 1FL 500MG20	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

METHOTREXATE*INIET 1FL 5G 50ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

METHOTREXATE*INIET 4SIR 10MG	A		
METHOTREXATE*INIET 4SIR 15MG/2	A		
METHOTREXATE*INIET 4SIR 20MG	A		
METHOTREXATE*INIET 4SIR 7,5MG	A		
METHOTREXATE*INIET FL 50MG 2ML	H/OSP		
METOTREXATO HOSPIRA*5F 5MG 2ML	A		

L01BA03 Raltitrexed

TOMUDEX*IV FL POLV 2MG	H		
------------------------	---	--	--

L01BA04 Pemetrexed

ALIMTA*1FL POLV 500MG	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

[Doc. PTR 235 dic-2014](#) [PDF - 956kB]

Raccomandazioni evidence-based “Pemetrexed Tumore del polmone Non Small Cell Lung Cancer, non squamoso”-
Raccomandazione GReFO **positiva debole**

Raccomandazioni sull'uso del farmaco Pemetrexed nel tumore del polmone (Gruppo regionale farmaci oncologici) [\[DocCRF\]](#)
n.86 del 07/2009

[Scheda Registro AIFA](#)

L01BB Analoghi della purina

L01BB02 Mercaptopurina

PURINETHOL*25CPR 50MG	A		
-----------------------	---	--	--

L01BB03 Tioguanina

TIOGUANINA WELLCOME*25CPR 40MG	A		
--------------------------------	---	--	--

L01BB05 Fludarabina

FLUDARA*20CPR RIV 10MG	A		
------------------------	---	--	--

FLUDARABINA TEVA*EV 1F 50MG 2ML	H		
---------------------------------	---	--	--

L01BB07 Nelarabina

ATRIANCE*6FL EV 50ML 5MG/ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

[Scheda Registro AIFA](#)

L01BC Analoghi della pirimidina

L01BC01 Citarabina

CITARABINA MAY*INIET 10ML1G/10	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

CITARABINA MAY*INIET 20ML2G/20	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

CITARABINA MAY*INIET 5F 100MG/	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

CITARABINA MAY*INIET 5F 500MG/	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

DEPOCYTE*INIET FL 5ML 10MG/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

L01BC02 Fluorouracile

FLUOROURACILE TEVA 5G/100ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

FLUOROURACILE TEVA*IV 1G/20ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

FLUOROURACILE TEVA*IV 250MG5ML 1FL	C/OSP		
------------------------------------	-------	--	--

FLUOROURACILE TEVA*IV 500MG10ML 1FL	H/OSP		
-------------------------------------	-------	--	--

L01BC05 Gemcitabina

GEMSOL*INF 1FL 1G 25ML 40MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

GEMSOL*INF 1FL 2G 50ML 40MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

GEMSOL*INF 5FL 200MG 5ML 40MG/ML	H		
----------------------------------	---	--	--

L01BC06 Capecitabina

CAPECITABINA ACC*120CPR 500MG	A		PHT
-------------------------------	---	--	-----

CAPECITABINA ACC*60CPR 150MG	A		PHT
------------------------------	---	--	-----

L01BC07 Azacitidina

VIDAZA*SC 1FL 100MG 25MG/ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 135 Settembre 2011. **Raccomandazioni d'uso: "Azacitidina nelle sindromi mielodisplastiche, I linea di terapia"**
- [Scheda Registro AIFA](#)

L01BC08 Decitabina

DACOGEN*EV 1FL 50MG 20ML	H		Scheda monitoraggio AIFA; monitoraggio addizionale
--------------------------	---	--	--

Raccomandazioni evidence-based: "**Decitabina - Leucemia mieloide acuta(LMA) - (I linea di terapia)**" - (aprile 2015)

[Doc. PTR 256 aprile-2015](#) [PDF - 795kB]

L01BC59 Trifluridina/tipiracil cloridrato

LONSURF*60CPR RIV 15MG+6,14MG	A		Monitoraggio addizionale - PHT
-------------------------------	---	--	--------------------------------

LONSURF*60CPR RIV 20MG+8,19MG	A		Monitoraggio addizionale - PHT
-------------------------------	---	--	--------------------------------

L01C Alcaloidi da piante ed altri prodotti naturali

L01CA Alcaloidi della vinca ed analoghi

L01CA01 Vinblastina

VINBLASTINA TEV*INF 10MG 10ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

L01CA02 Vincristina

VINCRISTINA TEVA IT.*EV 1MG 1M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

L01CA03 Vindesina

ELDISINE*EV 1FL POLV 5MG	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

L01CA04 Vinorelbina

VINORELBINA SAN*5FL 1ML 10MG/ML	H		
---------------------------------	---	--	--

VINORELBINA SAN*5FL 5ML 10MG/ML	H		
---------------------------------	---	--	--

L01CA05 Vinflunina

JAVLOR*EV 1FL 10ML 25MG/ML	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 136 Raccomandazioni d'uso: "Vinflunina nel carcinoma a cellule transizionali del tratto uroteliale avanzato o metastatico, II linea di terapia" (settembre 2011)
- [Scheda registro AIFA](#)

L01CB Derivati della podofillotossina

L01CB01 Etoposide

ETOPOSIDE SAND*EV 10ML 20MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

ETOPOSIDE SAND*EV 50ML 20MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

ETOPOSIDE SAND*EV 5ML 20MG/ML	H		
-------------------------------	---	--	--

L01CD Taxani

L01CD01 Paclitaxel

ABRAXANE*INF 100MG 5MG/ML	H		Scheda monitoraggio AIFA
---------------------------	---	--	--------------------------

PACLITAXEL ACC*FL 100MG/16,7ML	H		
--------------------------------	---	--	--

Raccomandazioni evidence-based "Nab-paclitaxel nel carcinoma del pancreas esocrino metastatico (I linea di terapia)"

Raccomandazione d'uso GReFO **positiva debole**

[Doc. PTR n250 febb-2015](#) [PDF - 258kB]

L01CD02 Docetaxel

DOCETAXEL ACC*INF 20MG/ML	H		
---------------------------	---	--	--

DOCETAXEL ACC*INF 80MG/4ML	H		
----------------------------	---	--	--

[Doc RER 281](#) Farmaci per il tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), avanzato, 2° linea di terapia (**maggio 2016**)

L01CD04 Cabazitaxel

JEVTANA*EV 1FL 60MG 1,5ML+1FL	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

[Doc RER 252](#) Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il carcinoma della prostata metastatico castrazione resistente. Abiraterone, Enzalutamide, Docetaxel, Radium 223 dicloruro, Cabazitaxel" (aggiornamento **gennaio 2018**)

L01CX Altri alcaloidi derivati da piante e altri prodotti naturali

L01CX01 Trabectedina

YONDELIS*EV 1FL POLV 1MG	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

[Scheda Registro AIFA](#)

L01D Antibiotici citotossici

L01DA Actinomicine

L01DA01 Dactinomicina

COSMEGEN*INIET 1FL 0,5MG	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

L01DB Antracicline e sostanze correlate

L01DB01 Doxorubicina

DOXORUBICINA ACC*IV 10MG/5ML	H		
DOXORUBICINA ACC*IV 200MG/100ML	H		
DOXORUBICINA ACC*IV 50MG/25ML	H		

L01DB01 Doxorubicina liposomiale

CAELYX*EV 1FL 50MG 25ML	H/OSP		
CAELYX*INFUS 1FL 2MG/ML 10ML	H/OSP		
MYOCET*INFUS 2SET 50MG	H/OSP		

Trattamento del carcinoma mammario metastatico quando controindicato l'uso di un'antraciclina non liposomiale per elevato rischio di cardiotoxicità.

L01DB02 Daunorubicina

DAUNOBLASTINA*EV 1FL 20MG+FL	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

L01DB03 Epirubicina

EPIRUBICINA AHCL*1FL 25ML 2MG/ML	H		
EPIRUBICINA AHCL*1FL 5ML 2MG/ML	H		

L01DB06 Idarubicina

ZAVEDOS*EV 1FL 10MG 10ML	H/OSP		
ZAVEDOS*EV 1FL 5MG+F SOLV 5ML	H/OSP		
ZAVEDOS*EV 1FL LIOF 10MG	H/OSP		

L01DB07 Mitoxantrone

ONKOTRONE*EV 1 FL 10MG 5ML	H		
ONKOTRONE*EV 1FL 20MG 10ML	H		

L01DC Altri antibiotici citotossici

L01DC01 Bleomicina

BLEOMICINA NIPPON K.*1FL 15MG	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

L01DC03 Mitomicina

MITOMYCIN C*INIET 1FL 10MG	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

L01X Altri antineoplastici

L01XA Composti del platino

L01XA01 Cisplatino

CISPLATINO SAND*EV 10MG 20ML	C/OSP		
CISPLATINO SAND*EV 50MG 100ML	C/OSP		

L01XA02 Carboplatino

CARBOPLATINO SUN*INF 150MG 15M	H		
CARBOPLATINO SUN*INF 450MG 45ML	H		

CARBOPLATINO SUN*INF 50MG 5ML	H		
-------------------------------	---	--	--

L01XA03 Oxaliplatino

OXALIPLATINO KABI*INF 50MG 10M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

OXALIPLATINO KABI*INF100MG 20M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

L01XB Metildrazine

L01XB01 Procarbazina

NATULAN*50CPS 50MG	A		
--------------------	---	--	--

L01XC Anticorpi monoclonali

L01XC02 Rituximab

MABTHERA*EV 1FL 50ML 500MG	H		
----------------------------	---	--	--

MABTHERA*EV 2F 10ML 100MG	H		
---------------------------	---	--	--

MABTHERA*SC 1FL 1400MG/11,7ML	H		
-------------------------------	---	--	--

TRUXIMA*EV 1FL 500MG 50ML	H		
---------------------------	---	--	--

Farmaco incluso nel programma interaziendale di monitoraggio appropriatezza prescrittiva.

- [Doc. PTR n. 204](#) (gennaio 2014) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"
- [Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento gennaio 2014) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"

L01XC03 Trastuzumab

HERCEPTIN*EV 1FL 150MG	H		
------------------------	---	--	--

HERCEPTIN*SC 1FL 600MG/5ML	H		
----------------------------	---	--	--

KANJINTI*EV 1FL 150MG	H		Monitoraggio addizionale
-----------------------	---	--	--------------------------

KANJINTI*EV 1FL 420MG	H		Monitoraggio addizionale
-----------------------	---	--	--------------------------

[Doc PTR 132](#) Raccomandazioni d'uso: "Tumore gastrico. Metastatico e non operabile - Trastuzumab, I linea di terapia" (**luglio 2011**)

[Det. 17218/2018](#) Inserimento in PTR Trastuzumab biosimilare

L01XC04 Alemtuzumab

MABCAMPATH*EV 3F 3ML 10MG/ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

L01XC06 Cetuximab

ERBITUX*INFUS 1FL 20ML 5MG/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 101 Raccomandazioni d'uso: "Tumore del colon-retto metastatico - Parte B: Cetuximab" Scheda [Registro AIFA](#)
- [\[DocCRF\]](#) n. 157 Raccomandazioni evidence-based: "Cetuximab nel carcinoma a cellule squamose del tratto testa e collo ricorrente e/o metastatico (I linea di terapia)" (febbraio 2012)
- [Scheda registro AIFA](#)

L01XC07 Bevacizumab

AVASTIN*INFUS 1FL 100MG 4ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

AVASTIN*INFUS 1FL 400MG 16ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

[307\) Raccomandazioni evidence-based Bevacizumab tumore della cervice uterina persistente, ricorrente o metastatico - 1° linea chemioterapica \(dicem... \[PDF - 1.484kB\]](#)
[236\) Raccomandazioni evidence-based Bevacizumab. Tumori ginecologici platino sensibile - I° recidiva \(ottobre 2014\) \[PDF - 773kB\]](#)
[197\) Raccomandazioni evidence-based Bevacizumab nei tumori ginecologici \(I linea di terapia\) - \(settembre 2013\) \[PDF - 732kB\]](#)
[100\) Raccomandazioni d'uso Tumore del colon-retto metastatico - Parte A Bevacizumab \[PDF - 1.883kB\]](#)
[116\) Raccomandazioni d'uso Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia \[PDF - 2.337kB\]](#)
[99\) Raccomandazioni d'uso Tumore mammario metastatico \(I linea di terapia\) Bevacizumab \[PDF - 974kB\]](#)
[87\) Raccomandazioni sull'uso del farmaco Bevacizumab nel tumore del polmone \(Gruppo regionale farmaci oncologici\) \[PDF - 433kB\]](#)

[Scheda Registro AIFA](#)

L01XC08 Panitumumab

VECTIBIX*INFUS 1FL 20ML 20MG/ML	H		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
---------------------------------	---	--	---

[Doc. PTR 237 dic-2014 \[PDF - 839kB\]](#)

Raccomandazioni evidence-based "Panitumumab Carcinoma **colon-rettale metastatico RAS wild type**"

L01XC11 Ipilimumab

YERVOY*EV 1FL 10ML 5MG/ML	H		
---------------------------	---	--	--

YERVOY*EV 1FL 40ML 5MG/ML	H		
---------------------------	---	--	--

Doc. CRF N. 280 "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico. 1° linea di terapia" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.280 \[PDF - 1.887kB\]](#)

[Scheda registro AIFA](#)

L01XC12 BRENTUXIMAB VEDOTIN

ADCETRIS*1FL EV 50MG POLV	H		
---------------------------	---	--	--

[Doc. CRF n.265 \[PDF - 1.008kB\]](#)

Raccomandazioni evidence-based Brentuximab vedotin Linfoma di Hodgkin (CD30+) recidivante o refrattario (Luglio 2015)

Scheda registro AIFA

L01XC13 Pertuzumab

PERJETA*EV 1F 420MG 30MG/ML	H		
-----------------------------	---	--	--

[Doc. PTR n. 215 \[PDF - 776kB\]](#)

Raccomandazioni evidence-based: "Pertuzumab nel carcinoma mammario avanzato HER2/neu positivo (I linea di terapia)" (maggio 2014)

L01XC14 Trastuzumab emtansine

KADCYLA*INF 1FL POLV 100MG	H		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
----------------------------	---	--	---

KADCYLA*INF 1FL POLV 160MG	H		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
----------------------------	---	--	---

[Doc PTR 219](#) Raccomandazioni evidence-based: "Trastuzumab emtansine (TDM-1) nel carcinoma della mammella avanzato" (aggiornamento **settembre 2014**)

L01XC15 Obinutuzumab

GAZYVARO*INF 1FL 1000MG/40ML	H		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
------------------------------	---	--	---

L01XC17 Nivolumab

OPDIVO*INFUS 1FL 10 MG/ML	H		
OPDIVO*INFUS 1FL 4ML 10MG/ML	H		

[Doc PTR 280](#) Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico" (aggiornamento gennaio 2017)

[Doc PTR 281](#) Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il tumore polmonare, non a piccole cellule (NSCLC), avanzato. Seconda linea di terapia" (maggio 2016)

L01XC18 Pembrolizumab

KEYTRUDA*1FL POLV EV 50 MG	H		
----------------------------	---	--	--

Doc. CRF N. 280 "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico. 1° linea di terapia" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.280](#) [PDF - 1.887kB]

L01XC19 Blinatumomab

BLINCYTO*1FL POLV INFUS38,5MCG	H		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
--------------------------------	---	--	--

L01XC21 Ramucirumab

CYRAMZA*EV 1FL 10ML 10MG/ML	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
CYRAMZA*EV 1FL 50ML 10MG/ML	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale

DocCRF. 284 maggio 2016 "Ramucirumab. Carcinoma gastrico in progressione dopo chemioterapia con platino e fluoropirimidine (seconda linea)"

[Doc. PTR N.284](#) [PDF - 1.406kB]

L01XC23 Elotuzumab

EMPLICITI*EV 1FL 300MG	H		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
EMPLICITI*EV 1FL 400MG	H		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

L01XC24 Daratumumab

DARZALEX*EV 1FL 20ML 20MG/ML	H		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
DARZALEX*EV 1FL 5ML 20MG/ML	H		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

L01XD Sostanze usate nella terapia fotodinamica

L01XD03 Aminolevulinato

METVIX*CREMA 2G 160MG/G	H		
-------------------------	---	--	--

L01XE Inibitori della proteina chinasi

L01XE01 Imatinib

GLIVEC*120CPS 100MG	A		Molecola a brevetto scaduto
---------------------	---	--	-----------------------------

L01XE02 Gefitinib

IRESSA*3X10CPR RIV 250MG	H		
--------------------------	---	--	--

[\[DocCRF\]](#) n.115 Luglio 2011 Raccomandazioni d'uso: "Tumore del polmone (Non Small Cell Lung Cancer) localmente avanzato o metastatico - Gefitinib, I e II linea di terapia"

[Scheda Registro AIFA](#)

L01XE03 Erlotinib

TARCEVA*30CPR RIV 100MG	H		
TARCEVA*30CPR RIV 150MG	H		

- [Scheda Registro AIFA](#)
- [\[DocCRF\]](#) n. 191 Settembre 2013. Raccomandazioni evidence-based: "Erlotinib nel tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico o non operabile (I linea di terapia)"
- DocCRF. 281 maggio 2016 "Farmaci per il tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), avanzato, (2° linea di terapia)" [Doc. PTR N.281](#) [PDF - 1.225kB]

L01XE04 Sunitinib

SUTENT*30CPS 12,5MG	H		
SUTENT*30CPS 25MG	H		
SUTENT*30CPS 50MG	H		

- DocCRF. 282 maggio 2016 "Farmaci per il tumore neuroendocrino del pancreas (PNET), metastatico o non operabile, in progressione di malattia"

[Doc. PTR N.282](#) [PDF - 1.263kB]

- [\[DocCRF\]](#) n. 116 Novembre 2010. Raccomandazioni d'uso: "Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia"
- [Scheda Registro AIFA](#)
"I pazienti in trattamento con sunitinib dovrebbero essere attentamente monitorati per ipertensione e per la riduzione delle frazione di eiezione del ventricolo sinistro, in particolar modo i pazienti con fattori di rischio cardiovascolare o pregressa malattia coronarica" (www.thelancet.com Vol 370 December 15, 2007)

L01XE05 Sorafenib

NEXAVAR*112CPR RIV 200MG	H		
--------------------------	---	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 116 Raccomandazioni "Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia" (Sunitinib, temsirolimus, bevacizumab, pazopanib, sorafenib ed everolimus).
- [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE06 Dasatinib

SPRYCEL*30x1CPR RIV 100MG	H		
---------------------------	---	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 151 Raccomandazioni evidence-based: "Nilotinib dasatinib nella Leucemia mieloide cronica (LMC) - I linea di terapia" (dicembre 2011)
- [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE07 Lapatinib

TYVERB*70CPR RIV 250MG	H		
------------------------	---	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 139 Settembre 2011
- [Nota Informativa Importante](#) del 10.12.2012
- [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE08 Nilotinib

TASIGNA*112CPS 200MG	H		
----------------------	---	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n. 151/Dic.2011 "Nilotinib e Dasatinib Nella Leucemia Mieloide Cronica(LMC)I linea di terapia"
- [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE09 Temozolomide

TORISEL*EV FL 25MG/ML	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

- Doc PTR 286 "Linfoma mantellare, recidivato o refrattario, dopo una prima linea di terapia. Imbrutinib, Temozolomide" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.286](#) [PDF - 1.407kB]

- [\[DocCRF\]](#) n.116 Novembre 2010 Raccomandazioni d'uso: "Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia"
- [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE10 Everolimus

AFINITOR*30CPR 10MG	H		
---------------------	---	--	--

[Det.19842/2018](#) Raccomandazioni GREFO per la terapia ormonale del tumore della mammella in stadio avanzato/metastatico, in post menopausa.

[Doc. PTR 116](#) Raccomandazioni d'uso: "Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia" (**aprile 2014**)

[Doc. PTR 192](#) Raccomandazioni evidence-based: "Everolimus nel carcinoma mammario avanzato dopo il fallimento di terapia con antiaromatasi" (**settembre 2013**)

[Doc. PTR 282](#) Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il tumore neuroendocrino del pancreas (pNET), metastatico o non operabile, in progressione di malattia" (**maggio 2016**)

L01XE11 Pazopanib

VOTRIENT*200MG 30CPR	H		
----------------------	---	--	--

VOTRIENT*400MG 30CPR	H		
----------------------	---	--	--

[Doc. PTR n. 212](#) "Trattamento dei pazienti adulti affetti da sottotipi identificati di sarcoma dei tessuti molli (STM) in stato avanzato che hanno ricevuto in precedenza chemioterapia per malattia metastatica o che sono andati in progressione entro 12 mesi dopo la terapia (neo) adiuvante" (aprile 2014)

[Doc. PTR n 213](#) "Raccomandazioni evidence-based: "Pazopanib nel carcinoma a cellule chiare del rene avanzato (I e II linea di terapia)" - (aprile 2014)

L01XE12 Vandetanib

CAPRELSA*30 CPR RIV 100 MG	H		
----------------------------	---	--	--

CAPRELSA*30 CPR RIV 300MG	H		
---------------------------	---	--	--

[Doc. PTR n. 198](#) (dicembre 2013) - "Raccomandazioni evidence-based: "Vandetanib nel carcinoma midollare avanzato della tiroide (I linea di terapia)"

L01XE13 Afatinib

GIOTRIF*28CPR RIV 20MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

GIOTRIF*28CPR RIV 30MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

GIOTRIF*28CPR RIV 40MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

GIOTRIF*28CPR RIV 50MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

Raccomandazioni evidence-based "Afatinib nel tumore **polmonare** non a piccole cellule metastatico o non operabile (I linea di

terapia)" Raccomandazione d'uso GReFO **positiva forte**

[Doc. PTR 251 febb-2015](#) [PDF - 296kB]

L01XE14 **Bosutinib**

BOSULIF*28CPR RIV 100MG	H	Scheda di monitoraggio AIFA; monitoraggio addizionale
BOSULIF*28CPR RIV 500MG	H	Scheda di monitoraggio AIFA; monitoraggio addizionale

Raccomandazioni evidence-based: "Bosutinib, Ponatinib nella **Leucemia Mieloide Cronica(LMC)** e leucemia linfoblastica acuta (LLA Ph+)" - (aprile 2015)

[Doc. PTR 257 aprile-2015](#) [PDF - 1.241kB]

L01XE15 **Vemurafenib**

ZELBORAF*240MG 56CPR	H	
----------------------	---	--

[Doc. PTR N.280](#) [PDF - 1.887kB]

- [Scheda registro AIFA](#)

L01XE16 **Crizotinib**

XALKORI*60CPS 200MG	H	
---------------------	---	--

[\[DocCRF\] n.266. Crizotinib Tumore del polmone Non Small Cell Lung Cancer, localmente avanzato o metastatico, ALK positivo Raccomandazioni evidence-b...](#) [PDF - 664kB]

L01XE17 **Axitinib**

INLYTA*56 CPR RIV 1MG	H	
INLYTA*56 CPR RIV 5MG	H	
INLYTA*56 CPR RIV 7MG	H	

L01XE18 **Ruxolitinib**

JAKAVI*56 CPR 15MG	H	Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
JAKAVI*56CPR 5MG	H	Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

[Doc. PTR n.243 - Ruxolitinib](#) [PDF - 356kB]

La raccomandazione di seguito riportata sostituisce quella contenuta nel Documento PTR. 243 (Documento in aggiornamento)

Raccomandazione d'uso (aggiornamento) GReFO **positiva debole**

"Nei pazienti adulti con mielofibrosi primaria, mielofibrosi post policitemia vera o mielofibrosi post trombocitemia essenziale, con rischio intermedio (I-II) e alto, ruxolitinib può essere utilizzato per il trattamento della splenomegalia sintomatica o degli altri sintomi correlati alla malattia (in pazienti selezionati, ben informati e motivati) ".

L01XE21 **Regorafenib**

STIVARGA*3FL 28 CPR RIV 40MG	A	Scheda monitoraggio AIFA
------------------------------	---	--------------------------

La CRF, dopo aver valutato e discusso le prove di efficacia e sicurezza del farmaco per la nuova indicazione, inserisce in PTR l'estensione di indicazione per il trattamento in monoterapia dei pazienti adulti affetti da epatocarcinoma (Hepato Cellular Carcinoma, HCC) in progressione dopo un precedente trattamento con sorafenib, secondo i criteri previsti da Registro AIFA. [Det 19842/2018](#)

La CRF suggerisce che il trattamento avvenga nell'ambito di un'unità di valutazione che garantisca:

- la gestione multidisciplinare di tale patologia, da parte degli specialisti coinvolti (oncologo, epatologo, gastroenterologo, infettivologo, radioterapista, etc) che comprenda la prescrizione, il follow-up e gli eventi avversi;

- l'inserimento dei dati prescrittivi nel DB oncologico anche ai fini di garantire un uso appropriato delle risorse.

[Doc PTR 283](#) Raccomandazioni evidence-based: Regorafenib - Tumori stromali gastrointestinali (GIST), 3° linea di terapia (**maggio 2016**)

[Doc PTR 220](#) Raccomandazioni evidence-based: Regorafenib nel carcinoma del colon retto avanzato pretrattato (**ottobre 2015**)

L01XE23 **Dabrafenib**

TAFINLAR*FL 120CPS 50MG	H		Esclusiva erogazione diretta; scheda monitoraggio AIFA - monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	---

[Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico](#) [PDF - 2.886kB]

Doc. CRF N. 280 "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico. 1° linea di terapia" (gennaio 2017)

L01XE24 **Ponatinib**

ICLUSIG*FL 30CPR RIV 45MG	H		Scheda monitoraggio AIFA; monitoraggio addizionale
---------------------------	---	--	--

ICLUSIG*FL 60CPR RIV 15MG	H		Scheda monitoraggio AIFA; monitoraggio addizionale
---------------------------	---	--	--

Raccomandazioni evidence-based: "Bosutinib, Ponatinib nella **Leucemia Mieloide Cronica**(LMC) e leucemia linfoblastica acuta (LLA Ph+)" - (aprile 2015)

[Doc. PTR 257 aprile-2015](#) [PDF - 1.241kB]

L01XE25 **Trametinib**

MEKINIST*FL 30CPR RIV 0,5MG	H		Esclusiva erogazione diretta; Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa
-----------------------------	---	--	---

MEKINIST*FL 30CPR RIV 2MG	H		Esclusiva erogazione diretta; Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa
---------------------------	---	--	---

Doc PTR N.280 Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico

[Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico](#) [PDF - 2.886kB]

L01XE26 **Cabozantinib**

CABOMETRYX*FL 30CPR RIV 20MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
------------------------------	---	--	---

CABOMETRYX*FL 30CPR RIV 40MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
------------------------------	---	--	---

CABOMETRYX*FL 30CPR RIV 60MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
------------------------------	---	--	---

L01XE27 **Ibrutinib**

IMBRUVICA*120 CPR 140MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	--

IMBRUVICA*FL 90CPS 140MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
--------------------------	---	--	--

Doc PTR 285 "Leucemia Linfatica Cronica (LLC), 1° e 2° linea di terapia. Idelalisib+Rituximab, Ibrutinib" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.285](#) [PDF - 1.444kB]

Doc PTR 286 "Linfoma mantellare, recidivato o refrattario, dopo una prima linea di terapia. Imbrutinib, Tamsirolimus" (maggio 2016)

L01XE28 Ceritinib

ZYKADIA*150CPS 150MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa
----------------------	---	--	---

L01XE29 Lenvatinib

LENVIMA*30CPS 10MG	H		Monitoraggio addizionale
--------------------	---	--	--------------------------

LENVIMA*30CPS 4MG	H		Monitoraggio addizionale
-------------------	---	--	--------------------------

Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il tumore differenziato della tiroide in progressione, refrattario allo iodio radioattivo" (febbraio 2017)

L01XE31 Nintedanib

OFEV*60CPS MOLLI 100MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

OFEV*60CPS MOLLI 150MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--

VARGATEF*120CPS MOLLI 100MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-----------------------------	---	--	--

VARGATEF*60CPS MOLLI 150MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
----------------------------	---	--	--

L01XE33 Palbociclib

IBRANCE*21CPS 100MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
---------------------	---	--	---

IBRANCE*21CPS 125MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
---------------------	---	--	---

IBRANCE*21CPS 75MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
--------------------	---	--	---

[Det.19842/2018](#) Raccomandazioni GREFO per la terapia ormonale del tumore della mammella in stadio avanzato/metastatico, in post menopausa.

L01XE35 Osimertinib

TAGRISSO*28CPR RIV 40MG	H		Scheda di monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	---

TAGRISSO*28CPR RIV 80MG	H		Scheda di monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	---

L01XE38 Cobimetinib

COTELLIC*63CPR RIV 20MG	H		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	--

L01XE39 Midostaurina

RYDAPT*112CPS MOLLI 25MG	H		Monitoraggio addizionale, Scheda monitoraggio AIFA
--------------------------	---	--	--

La CRF, dopo aver valutato e discusso le prove di efficacia e sicurezza del farmaco Midostaurina, lo inserisce in PTR per l'indicazione: "in combinazione con chemioterapia standard di induzione con daunorubicina e citarabina e di consolidamento con citarabina ad alte dosi [...] per pazienti adulti con Leucemia Mieloide Acuta (LMA) di nuova diagnosi con mutazione FLT3 positiva" secondo i criteri previsti da Registro AIFA.

La terapia di mantenimento con Midostaurina come agente singolo per i pazienti in risposta completa non è a carico SSN (vedi registro AIFA).

L01XE42 **Ribociclib**

KISQALI*42CPR RIV 200MG	H		Monitoraggio addizionale, Scheda monitoraggio AIFA
-------------------------	---	--	--

[Det.19842/2018](#) Raccomandazioni GREFO per la terapia ormonale del tumore della mammella in stadio avanzato/metastatico, in post menopausa.

L01XX **Altri antineoplastici**

L01XX02 **Asparaginasi**

ASPARAGINASE AMPOLLE 10.000 U.I.			
----------------------------------	--	--	--

ASPARAGINASE AMPOLLE 5.000 UI FL			
----------------------------------	--	--	--

L01XX05 **Idrossicarbamide**

ONCOCARBIDE*20CPS 500MG	A		
-------------------------	---	--	--

L01XX08 **Pentostatina**

NIPENT*IV FL 10MG	H/OSP		
-------------------	-------	--	--

L01XX11 **Estramustina**

ESTRACYT*40CPS 140MG	A		
----------------------	---	--	--

L01XX14 **Tretinoina**

VESANOID*FL 100CPS 10MG	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

L01XX17 **Topotecan**

TOPOTECAN TEVA*EV 5F 4MG 4ML	H		
------------------------------	---	--	--

L01XX19 **Irinotecan**

IRINOTECAN HOSP*INF 100MG 5ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

IRINOTECAN HOSP*INF 40MG 2ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

L01XX23 **Mitotano**

LYSODREN*FL 100CPR 500MG	A		
--------------------------	---	--	--

L01XX27 **Arsenico triossido**

TRISENOX*EV 10F 10ML 1MG/ML	C/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

L01XX32 **Bortezomib**

VELCADE*INIET 1FL 3,5MG 1MG/ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

[Registro AIFA](#)

L01XX35 **Anagrelide**

XAGRID*FL 100CPS 0,5MG	A		
------------------------	---	--	--

[Scheda Registro AIFA](#)

L01XX41 **Eribulina**

HALAVEN*EV 1FL 2ML 0,44MG/ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

[\[DocCRF\]](#) n. 163 Raccomandazioni evidence-based: "Eribulina - nel tumore della mammella localmente avanzato o metastatico (III linea di terapia o successive)" (luglio 2012 - Aggiornamento **novembre 2018**)

[Det 6822/2018](#) Liposarcoma

[Det 9757/2018](#) Mammella

L01XX43 **Vismodegib**

ERIVEDGE*FL 28CPS 150MG	H	Monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--------------------------

Raccomandazioni evidence-based "**Vismodegib** Carcinoma **basocellulare** metastatico o in stadio localmente avanzato"
Raccomandazione d'uso GReFO **positiva debole**

[Doc. PTR 253 feb-2015](#) [PDF - 1.014kB]

L01XX44 **Aflibercept**

ZALTRAP*EV 1FL 4ML 100MG 25MG/ML	H	Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
----------------------------------	---	--

ZALTRAP*EV 1FL 8ML 200MG 25MG/ML	H	Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
----------------------------------	---	--

"**Aflibercept** nel carcinoma del colon retto avanzato (II linea di terapia)" - Raccomandazione GReFO **Negativa Debole**

[Doc. PTR n. 216 \(febb.2014\)](#) [PDF - 285kB]

L01XX45 **Carfilzomib**

KYPROLIS*INFUS 1FL 60MG	H	Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-------------------------	---	---

L01XX46 **Olaparib**

LYNPARZA*FL 448CPS 50MG	H	Scheda AIFA
-------------------------	---	-------------

[Det.19842/2018](#) Raccomandazioni GREFO sulla terapia di mantenimento della risposta clinica con una chemioterapia a base di platino (risposta completa o parziale), in donne con recidiva platino sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma alle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario, riguardo a Olaparib e Niraparib.

L01XX47 **Idelalisib**

ZYDELIG*60CPR RIV 150MG	H	Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
-------------------------	---	---

ZYDELIG*FL 60CPR RIV 100MG	H	Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
----------------------------	---	---

Doc PTR 285 "Leucemia Linfatica Cronica (LLC), 1° e 2° linea di terapi. Idelalisib+Rituximab, Ibrutinib" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.285](#) [PDF - 1.444kB]

Doc PTR 287 "Linfoma Follicolare refrattario (LF). Idelalisib, ibritumumab tiuxetano" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.287](#) [PDF - 1.310kB]

L01XX54 **Niraparib**

ZEJULA*56CPS 100MG	H	Scheda di monitoraggio AIFA
--------------------	---	-----------------------------

[Det.19842/2018](#) Raccomandazioni GREFO sulla terapia di mantenimento della risposta clinica con una chemioterapia a base di platino (risposta completa o parziale), in donne con recidiva platino sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma alle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario, riguardo a Olaparib e Niraparib.

L02 **Terapia endocrina**

L02A **Ormoni ed agenti correlati**

L02AB **Progestinici**

L02AB01 **Megestrol**

GESTROLTEX*30CPR 160MG	A	Nota 28	
------------------------	---	-------------------------	--

L02AB02 Medrossiprogesterone

DEPOPROVERA*IM SOSP 150MG 1ML	A	Nota 28	
-------------------------------	---	-------------------------	--

DEPOPROVERA*IM SOSP 150MG 1ML	A	Nota 28	
-------------------------------	---	-------------------------	--

DEPOPROVERA*IM SOSP 150MG 1ML	A	Nota 28	
-------------------------------	---	-------------------------	--

FARLUTAL*OS SOSP 15FL 1G/10ML	A	Nota 28	
-------------------------------	---	-------------------------	--

PROVERA*30CPR 250MG	A	Nota 28	
---------------------	---	-------------------------	--

L02AE Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine

- I principi attivi **leuprorelina e triptorelina** (formulazione trimestrale), data la loro sovrapposibilità di efficacia terapeutica sono stati posti in gara in alternativa. Il lotto è stato aggiudicato a triptorelina per la formulazione trimestrale e a leuprorelina per la formulazione mensile

L02AE01 Buserelin

SUPREFACT*1SIR 6,3MG R.P.	A	Nota 51	PHT - PT
---------------------------	---	-------------------------	----------

SUPREFACT*DEPOT 1SIR 9,45MG	A	Nota 51	PHT - PT
-----------------------------	---	-------------------------	----------

Limitatamente a pazienti già in terapia laddove non è opportuna la sostituzione con triptorelina formulazione trimestrale o leuprorelina formulazione mensile.

L02AE02 Leuprorelina

ENANTONE*IM SC FL+SIR 3,75MG/2	A	Nota 51	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

L02AE03 Goserelin

ZOLADEX*SC 1SIR 3,6MG R.P.	A	Nota 51	PHT - PT
----------------------------	---	-------------------------	----------

ZOLADEX*SC SIR 10,8MG R.P.	A	Nota 51	PHT - PT
----------------------------	---	-------------------------	----------

Limitatamente a pazienti già in terapia laddove non è opportuna la sostituzione con triptorelina formulazione trimestrale o leuprorelina formulazione mensile

L02AE04 Triptorelina

DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR	A	Nota 51	PHT - PT
--------------------------------	---	-------------------------	----------

DECAPEPTYL*FL 3,75MG +2ML+1SIR	A	Nota 51	Erogazione diretta - PT
--------------------------------	---	-------------------------	-------------------------

L02B Antagonisti ormonali ed agenti correlati

L02BA Antiestrogeni

L02BA01 Tamoxifene

NOMAFEN*20CPR RIV 20MG	A		
------------------------	---	--	--

NOMAFEN*30CPR RIV 10MG	A		
------------------------	---	--	--

L02BA03 Fulvestrant

FASLODEX*IM 1SIR 5ML+1AGO	H		
---------------------------	---	--	--

[Det.19842/2018](#) Raccomandazioni GREFO per la terapia ormonale del tumore della mammella in stadio avanzato/metastatico, in post menopausa.

L02BB Antiandrogeni

L02BB01 Flutamide

EULEXIN*30CPR 250MG	A		
---------------------	---	--	--

L02BB03 Bicalutamide

BICALUTAMIDE AHCL*28CPR RIV 50MG	A		Continuità terapeutica H - T
----------------------------------	---	--	------------------------------

BICALUTAMIDE TEVA*28CPR RIV 150M	A		Continuità terapeutica H - T
----------------------------------	---	--	------------------------------

L02BB04 Enzalutamide

XTANDI*112CPS 40MG	H		Monitoraggio addizionale
--------------------	---	--	--------------------------

[Doc RER 252](#) Raccomandazioni evidence-based: “Farmaci per il carcinoma della prostata metastatico castrazione resistente. Abiraterone, Enzalutamide, Docetaxel, Radium 223 dicloruro, Cabazitaxel” (aggiornamento **gennaio 2018**)

L02BG Inibitori enzimatici

L02BG03 Anastrozolo

ANASTROZOLO ACC*28CPR RIV 1MG	A		
-------------------------------	---	--	--

L02BG04 Letrozolo

LETROZOLO TEVA*30CPR RIV 2,5MG	A		
--------------------------------	---	--	--

L02BG06 Exemestan

EXEMESTANE TEVA*30CPR RIV 25MG	A		
--------------------------------	---	--	--

L02BX Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate

L02BX03 Abiraterone

ZYTIGA*FL 120CPR 250MG	H		Monitoraggio addizionale
------------------------	---	--	--------------------------

[Doc RER 252](#) Raccomandazioni evidence-based: “Farmaci per il carcinoma della prostata metastatico castrazione resistente. Abiraterone, Enzalutamide, Docetaxel, Radium 223 dicloruro, Cabazitaxel” (aggiornamento **gennaio 2018**)

L03 Immunostimolanti

L03A Citochine e immunomodulatori

L03AA Fattori stimolanti le colonie

L03AA02 Filgrastim

ZARZIO*1SIR 30MU 0,5ML	A	PT fattori di crescita granulocitari	PHT - PT
------------------------	---	--	----------

L03AB Interferoni

L03AB01 Interferone alfa

ALFAFERONE*1F 1000000UI 1ML	A	PT interferone alfa	PHT - PT
-----------------------------	---	-------------------------------------	----------

ALFAFERONE*1F 3000000UI 1ML	A		PHT - PT
-----------------------------	---	--	----------

ALFAFERONE*1F 6000000UI 1ML	A		PHT - PT
-----------------------------	---	--	----------

L03AB03 Interferone gamma 1-b

IMUKIN*SC 6F 0,5ML 100MCG	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

L03AB04 Interferone alfa-2a

ROFERON A*SC 1SIR 3MUI/0,5ML	A	PT interferone alfa	PHT - PT
------------------------------	---	-------------------------------------	----------

ROFERON A*SC 1SIR 6MUI/0,5ML	A		PHT - PT
------------------------------	---	--	----------

ROFERON A*SC 1SIR 9MUI/0,5ML	A		PHT - PT
------------------------------	---	--	----------

L03AB05 Interferone alfa-2b

INTRONA*SC IV 1FL 10MUI	A		PHT - PT
INTRONA*SC IV 1FL 18MUI 3ML	A		PHT - PT
INTRONA*SC IV 1FL 25MUI 2,5ML	A	PT interferone alfa	PHT - PT
INTRONA*SC IV 1PEN 18MUI+12KIT	A		PHT - PT
INTRONA*SC IV 1PEN 30MUI+12KIT	A		PHT - PT

L03AB07 Interferone beta -1a

AVONEX*IM 4SIR 30MCG/0,5ML+4AG	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT
REBIF*SC 12SIR 1200000UI44MCG	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT
REBIF*SC 12SIR 6000000UI 22MCG	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT
REBIF*SC 4CAR 22MCG/0,5ML1,5ML	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT
REBIF*SC 4CAR 44MCG/0,5ML1,5ML	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT

L03AB08 Interferone beta -1b

EXTAVIA*SC 15FL 250MCG/ML+15SI	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

L03AB10 Peginterferon alfa-2b

PEGINTRON*SC 1FL 100MCG+1F	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1FL 120MCG+1F	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1FL 150MCG+1F	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1FL 50MCG+1F	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1FL 80MCG+1F	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1PEN 100MCG+1AGO+	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1PEN 120MCG+1AGO+	A	PT interferone alfa	PHT - PT
PEGINTRON*SC 1PEN 50MCG+1AGO+2	A		PHT - PT
PEGINTRON*SC 1PEN 80MCG+1AGO+2	A		PHT - PT

L03AB11 Peginterferon alfa-2a

PEGASYS*SC SIR 0,5ML 135MCG+AG	A		PHT - PT
PEGASYS*SC SIR 0,5ML 180MCG+AG	A	PT interferone alfa	PHT - PT

L03AB13 Interferone beta 1a pegilato

PLEGRIDY*SC 2PEN 125MCG 0,5ML	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PT, monitoraggio addizionale
PLEGRIDY*SC 2SIR 125MCG 0,5ML	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PT, monitoraggio addizionale

PLEGRIDY*SC PEN 63MCG+PEN 94MCG	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PT, Monitoraggio addizionale
---------------------------------	---	--	------------------------------

PLEGRIDY*SC SIR 63MCG+SIR 94MCG	A	Nota 65	PT, Monitoraggio addizionale
---------------------------------	---	-------------------------	------------------------------

L03AC Interleukine

L03AC01 Aldesleuchina

PROLEUKIN*EV 1F 18MUI	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

L03AX Altre citochine e immunomodulatori

L03AX03 Vaccino BCG

IMMUCYST*1FL POLV x SOSP 81MG	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

L03AX13 Glatiramer

COPAXONE*SC 12SIR 40MG/ML	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	
---------------------------	---	--	--

COPAXONE*SC 28SIR 20MG/ML	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PHT - PT
---------------------------	---	--	----------

[DocCRF]

L03AX15 Mifamurtide

MEPACT*INFUS 1F 4MG POLV+FILT	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

- Valutazione: "La CRF, acquisito l'approfondimento del GREFO, esprime parere positivo all'inserimento in PTR della mifamurtide per il trattamento neoadiuvante dell'osteosarcoma non metastatico ad alto grado resecabile in pazienti tra 2 e 30 anni, in relazione alle evidenze che, seppur con limiti metodologici, evidenziano un guadagno di sopravvivenza nei pazienti trattati con chemioterapia più mifamurtide."
- [Scheda Registro AIFA](#)

L04 Sostanze ad azione immunosoppressiva

L04A Sostanze ad azione immunosoppressiva

L04AA Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva

L04AA04 Immunoglobulina antitimocitaria

THYMOGLOBULINE*1F 25MG 10ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

L04AA06 Micofenolato mofetile

MICOFENOLATO M ACC*100CPS 250MG	A		Continuità terapeutica H - T
---------------------------------	---	--	------------------------------

MICOFENOLATO M AHCL*50CPR 500MG	A		Continuità terapeutica H - T
---------------------------------	---	--	------------------------------

L04AA06 Micofenolato sodico

MYFORTIC*100CPR RIV 180MG	A		PHT
---------------------------	---	--	-----

MYFORTIC*50CPR RIV 360MG	A		PHT
--------------------------	---	--	-----

L04AA10 Sirolimus

RAPAMUNE*100CPR RIV 1MG	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

RAPAMUNE*OS FL 60ML+30SIR DOS+	A		PHT - PT
--------------------------------	---	--	----------

L04AA13 Leflunomide

LEFLUNOMIDE MYL*30CPR RIV 20MG	A		Continuità terapeutica H - T , PT
--------------------------------	---	--	-----------------------------------

- [\[DocCRF\]](#) Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici"- Marzo 2010.

L04AA18 Everolimus

CERTICAN*60CPR 0,25MG	A		PHT - PT
CERTICAN*60CPR 0,75MG	A		PHT - PT

L04AA23 Natalizumab

TYSABRI*IV 1FL 300MG 15ML	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (dicembre 2015)

[Doc. PTR 271 aggiornamento 2016](#) [PDF - 1.063kB]

[PERCORSO REGIONALE](#) (EMILIA-ROMAGNA) DI DIAGNOSI E TERAPIA DELLA SCLEROSI MULTIPLA

[Scheda AIFA](#) online

L04AA24 Abatacept

ORENCIA*IV 3FL 250MG+3SIR	H		
ORENCIA*SC 4SIR 125MG/ML	H		Su prescrizione specialistica (reumatologo, internista)

Farmaco incluso nel programma interaziendale di monitoraggio appropriatezza prescrittiva.

- [Doc. PTR n. 204](#) (gennaio 2014) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"
- [Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento gennaio 2014) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"
- [\[DocCRF\]](#) Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (luglio 2012)

L04AA25 Eculizumab

SOLIRIS*EV 1FL 300MG 30ML	H		
---------------------------	---	--	--

L04AA26 Belimumab

BENLYSTA*EV 1FL 120MG	H		
BENLYSTA*EV 1FL 400MG	H		

Doc. PTR n. 185

L04AA27 Fingolimod

GILENYA*28CPS 0,5MG	A	Nota 65	PHT - PT
---------------------	---	-------------------------	----------

Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (dicembre 2015)

[Doc. PTR 271 aggiornamento 2016](#) [PDF - 1.063kB]

[Scheda AIFA](#) online

L04AA27 Bracco

L04AA29 Tofacitinib

			Monitoraggio addizionale - Scheda
--	--	--	-----------------------------------

XELJANZ*182CPR RIV 5MG	H		di prescrizione AIFA
XELJANZ*56CPR RIV 5MG FL	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di prescrizione AIFA

[Det 4081/2018](#) Raccomandazioni formulate dal Gruppo di Lavoro Regionale sui farmaci biologici in reumatologia che definiscono il ruolo in terapia di baricitinib e tofacitinib rispetto alle alternative disponibili nel trattamento dell'artrite reumatoide nell'adulto

L04AA31 Teriflunomide

AUBAGIO*28CPR RIV 14MG	A	Nota.65 - PT sclerosi multipla	Monitoraggio addizionale; PT RER; esclusiva erogazione diretta
------------------------	---	--	--

- **Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (dicembre 2015).** A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci neurologici, Regione Emilia-Romagna

[Doc. PTR 271 aggiornamento 2016](#) [PDF - 1.063kB]

[Doc. PTR 271 tabelle dic-2015](#) [PDF - 1.032kB]

(Documento 271 in aggiornamento). La seguente determina riporta l'aggiornamento delle raccomandazioni contenute nel Doc 271

[Det 9757 del 22_6_2018](#) [PDF - 431kB]

L04AA32 Apremilast

OTEZLA*56CPR RIV 30MG	A		PT AIFA
OTEZLA*CPR 4X10+4X20+19X30MG	A		PT AIFA

L04AA33 Vedolizumab

ENTYVIO*IV 1FL 300MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa
----------------------	---	--	---

INDICAZIONE TERAPEUTICA:

- Colite ulcerosa: è indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva da moderata a grave, che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o alla somministrazione di un antagonista del fattore di necrosi tumorale alfa

L04AA34 Alemtuzumab

LEMTRADA*EV 1FL 12MG/1,2ML	H		Monitoraggio addizionale - scheda di monitoraggio AIFA
----------------------------	---	--	--

- **Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (dicembre 2015).** A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci neurologici, Regione Emilia-Romagna

[Doc. PTR 271 aggiornamento 2016](#) [PDF - 1.063kB]

[Doc. PTR 271 tabelle dic-2015](#) [PDF - 1.032kB]

L04AA37 Baricitinib

OLUMIANT*28CPR RIV 2MG	H		Monitoraggio addizionale, Scheda AIFA
OLUMIANT*28CPR RIV 4MG	H		Monitoraggio addizionale, Scheda AIFA

[Det 4081/2018](#) Raccomandazioni formulate dal Gruppo di Lavoro Regionale sui farmaci biologici in reumatologia che definiscono il ruolo in terapia di baricitinib e tofacitinib rispetto alle alternative disponibili nel trattamento dell'artrite reumatoide nell'adulto

L04AB Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)

L04AB01 Etanercept

BENEPALI*4PEN 50MG 1ML	H		
------------------------	---	--	--

BENEPALI*4SIR 50MG 1ML	H	
ENBREL*SC 4FL 25MG+4SIR 1ML	H	
ENBREL*SC 4PEN 50MG 1ML+8TAMP	H	
ENBREL*SC 4SIR 50MG 1ML+8TAMP	H	

[Doc. PTR 277](#) Linee guida terapeutiche n. 11: "Trattamento farmacologico della spondilite anchilosante e delle spondiloartriti assiali non radiografiche nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici"**(ottobre 2017)**

[Doc. PTR 209](#) Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc PTR 210](#) Sintesi delle linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc. PTR n. 204](#) (**gennaio 2014**) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"

[Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento **gennaio 2014**) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"

[\[DocCRF\]](#) Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**marzo 2015**)

L04AB02 Infliximab

FLIXABI*EV FL 100MG	H	Monitoraggio addizionale
REMICADE*EV F 100MG+F 2ML	H	Scheda monitoraggio AIFA
REMSIMA*EV FL 100MG	H	Monitoraggio addizionale

[Doc. PTR 277](#) Linee guida terapeutiche n. 11: "Trattamento farmacologico della spondilite anchilosante e delle spondiloartriti assiali non radiografiche nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici"**(ottobre 2017)**

[Doc. PTR 209](#) Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc PTR 210](#) Sintesi delle linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc. PTR n. 204](#) (**gennaio 2014**) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"

[Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento **gennaio 2014**) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"

[\[DocCRF\]](#) Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**marzo 2015**)

L04AB04 Adalimumab

AMGEVITA*SC 1SIR 0,4ML 20MG	H	Monitoraggio addizionale
AMGEVITA*SC 2PEN 0,8ML 40MG	H	Monitoraggio addizionale
AMGEVITA*SC 2SIR 0,8ML 40MG	H	Monitoraggio addizionale
HUMIRA*SC 2PEN 0,4ML 40MG+2TAM	H	
HUMIRA*SC 2SIR+F 40MG 0,8ML+2T	H	
IMRALDI*SC 2PEN 0,8ML 40MG	H	Monitoraggio addizionale

[Det. 19842/2018](#) inserimento in PTR dei due biosimilari di Adalimumab (Amgevita® e Imraldi®)

[Doc. PTR 277](#) Linee guida terapeutiche n. 11: "Trattamento farmacologico della spondilite anchilosante e delle spondiloartriti assiali non radiografiche nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici"**(ottobre 2017)**

[Doc. PTR 209](#) Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc PTR 210](#) Sintesi delle linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc. PTR n. 204](#) (**gennaio 2014**) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"

[Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento **gennaio 2014**) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"

[\[DocCRF\]](#) Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**marzo 2015**)

L04AB05 Certolizumab pegol

[Doc. PTR 277](#) Linee guida terapeutiche n. 11: "Trattamento farmacologico della spondilite anchilosante e delle spondiloartriti assiali non radiografiche nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici"**(ottobre 2017)**

[Doc. PTR 209](#) Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc PTR 210](#) Sintesi delle linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc. PTR n. 204](#) (**gennaio 2014**) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"

[Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento **gennaio 2014**) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"

L04AB06 Golimumab

[Doc. PTR 277](#) Linee guida terapeutiche n. 11: "Trattamento farmacologico della spondilite anchilosante e delle spondiloartriti assiali non radiografiche nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici"**(ottobre 2017)**

[Doc. PTR 209](#) Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc PTR 210](#) Sintesi delle linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **gennaio 2016**)

[Doc. PTR n. 204](#) (**gennaio 2014**) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"

[Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento **gennaio 2014**) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"

L04AC Inibitori dell'interleukina

L04AC02 Basiliximab

L04AC03 Anakinra

Farmaco incluso nel programma interaziendale di monitoraggio appropriatezza prescrittiva.

203) Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento gennaio 2014)

[203\) Linee guida terapeutiche n. 2 Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici \(a... \[PDF - 1.521kB\]](#)

204) Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (gennaio 2014)

[204\) Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2 Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci... \[PDF - 617kB\]](#)

L04AC05 Ustekinumab

STELARA*SC 1SIR 0,5ML 45MG	H		
STELARA*SC 1SIR 1ML 90MG	H		

Farmaco incluso nel programma interaziendale di monitoraggio appropriatezza prescrittiva.

- **Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento gennaio 2016)**

[Doc. PTR 209 gen-2016 \[PDF - 1.783kB\]](#)

- **Sintesi delle linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento gennaio 2016)**

[Doc. PTR 210 gen-2016 \[PDF - 1.567kB\]](#)

- [\[DocCRF\]](#) Linee guida terapeutiche: "Trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave: il posto in terapia di Ustekinumab"- Giugno 2010

L04AC07 Tocilizumab

ROACTEMRA*INF FL 20ML 20MG/ML	H		
ROACTEMRA*SC 4SIR 162MG 0,9ML	H		

- [Doc. PTR n. 204](#) (gennaio 2014) - "Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2"
- [Doc. PTR n. 203](#) (aggiornamento gennaio 2014) - "Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici"
- Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico **dell'artrite idiopatica giovanile**, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento marzo 2015)

[Doc. PTR 164 mar-2015 \[PDF - 1.870kB\]](#)

- [Registro AIFA](#)

L04AC08 Canakinumab

ILARIS*SC 1FL 150MG	H		Scheda di Monitoraggio AIFA
---------------------	---	--	-----------------------------

L04AC10 Secukinumab

COSENTYX*SC SOLUZ 1PEN 150MG	H		
COSENTYX*SC SOLUZ 1SIR 150MG	H		
COSENTYX*SC SOLUZ 2PEN 150MG	H	Scheda AIFA per la prescrizione dei farmaci biologici per la psoriasi a placche	
		Scheda AIFA per la prescrizione	

COSENTYX*SC SOLUZ 2SIR 150MG	H	dei farmaci biologici per la psoriasi a placche	
------------------------------	---	---	--

L04AC13 Ixekizumab

TALTZ*SC 2PEN 1ML 80MG	H		Scheda AIFA - Monitoraggio addizionale
TALTZ*SC 2SIR 1ML 80MG	H		Scheda AIFA - Monitoraggio addizionale
TALTZ*SC 3PEN 1ML 80MG	H		Scheda AIFA - Monitoraggio addizionale
TALTZ*SC 3SIR 1ML 80MG	H		Scheda AIFA - Monitoraggio addizionale

[Doc PTR 94](#) [PDF - 450kB]

[Doc. PTR 106](#) [PDF - 371kB]

(documenti in aggiornamento). La seguente determina riporta l'aggiornamento delle raccomandazioni contenute nei Doc. 94 e 106

[Det 9757 del 22_6_2018](#) [PDF - 431kB]

L04AD Inibitori della calcineurina

L04AD01 Ciclosporina

SANDIMMUN NEORAL*30CPS 100MG	A		
SANDIMMUN NEORAL*50CPS 10MG	A		
SANDIMMUN NEORAL*50CPS 25MG	A		
SANDIMMUN NEORAL*50CPS 50MG	A		
SANDIMMUN NEORAL*50ML 100MG/ML	A		
SANDIMMUN*30CPS 100MG	A		
SANDIMMUN*50CPS 25MG	A		
SANDIMMUN*50CPS 50MG	A		
SANDIMMUN*INFUS10F 5ML 50MG/ML	A		
SANDIMMUN*OS FL 50ML 100MG/ML	A		

L04AD02 Tacrolimus

ADOPT*30CPS 0,5MG	A		PHT - PT
ADOPT*30CPS 5MG	A		PHT - PT
ADOPT*60CPS 1MG	A		PHT - PT
ADVAGRAF*30CPS 0,5MG R.P.	A		PHT - PT
ADVAGRAF*30CPS 5MG R.P.	A		PHT - PT
ADVAGRAF*60CPS 1MG R.P.	A		PHT - PT
PROGRAF*INFUS EV 10F 5MG/1ML	A		PHT - PT

L04AX Altre sostanze ad azione immunosoppressiva

L04AX01 Azatioprina

AZATIOPRINA HEX.*50CPR RIV50MG	A		
--------------------------------	---	--	--

L04AX02 Talidomide

THALIDOMIDE CELGENE*28CPS 50MG	H		
--------------------------------	---	--	--

- [Nota informativa importante AIFA](#) del 08/04/2013
- [Scheda registro AIFA](#)

L04AX04 Lenalidomide

REVLIMID*21CPS 10MG	H		
---------------------	---	--	--

REVLIMID*21CPS 15MG	H		
---------------------	---	--	--

REVLIMID*21CPS 25MG	H		
---------------------	---	--	--

REVLIMID*21CPS 5MG	H		
--------------------	---	--	--

- [\[Nota Informativa Importante\]](#) del 10.12.2012
- [Scheda registro AIFA](#)

L04AX05 Pirfenidone

ESBRIET*252CPS 267MG	H		
----------------------	---	--	--

ESBRIET*270CPS 267MG	H		
----------------------	---	--	--

ESBRIET*63CPS 267MG	H		
---------------------	---	--	--

[Doc. PTR n 193](#) - Scheda di valutazione del medicinale Pirfenidone (ottobre 2013)

L04AX06 POMALIDOMIDE

IMNOVID*21CPS 1MG	C		
-------------------	---	--	--

[DocCRF n.267 Raccomandazioni evidence-based Pomalidomide Mieloma multiplo recidivato e refrattario \(dopo almeno due precedenti trattamenti\) \(Luglio...\)](#) [PDF - 1.032kB]

M Sistema muscolo-scheletrico

M01 Farmaci antinfiammatori e antireumatici

M01A Farmaci antinfiammatori/antireumatici, non steroidei

M01AB Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate

M01AB01 Indometacina

INDOXEN*25CPS 25MG	A	Nota 66	
--------------------	---	-------------------------	--

INDOXEN*25CPS 50MG	A	Nota 66	
--------------------	---	-------------------------	--

LIOMETACEN*EV 6F 50MG+6F2ML	A		
-----------------------------	---	--	--

M01AB05 Diclofenac

DICLOFENAC HEXAL*30CPR 50MG	A	Nota 66	
-----------------------------	---	-------------------------	--

FLOGOFENAC*21CPS 100MG RP	A	Nota 66	
---------------------------	---	-------------------------	--

VOLTAREN*IM 5F 75MG 3ML	A		
-------------------------	---	--	--

M01AB15 **Ketorolac**

TORADOL*IM IV 3F 30MG 1ML	A		
---------------------------	---	--	--

"...Evidenze epidemiologiche suggeriscono che ketorolac può essere associato a un elevato rischio di tossicità gastrointestinale, rispetto ad altri FANS, soprattutto quando usato al di fuori delle indicazioni autorizzate e/o per prolungati periodi. Si sottolinea che il ketorolac non è indicato per il trattamento del dolore oncologico; la forma iniettiva è indicata soltanto nel trattamento a breve termine (max 2 giorni) del dolore acuto post-operatorio di grado moderato-severo o del dolore da coliche renali..." [\[Nota Informativa Importante\]](#) AIFA, 16 maggio 2007)

M01AE **Derivati dell'acido propionico**

M01AE01 **Ibuprofene**

BRUFEN*30CPR RIV 400MG PVC/ALU	A	Nota 66	
--------------------------------	---	-------------------------	--

BRUFEN*30CPR RIV 600MG PVC/PVD	A	Nota 66	
--------------------------------	---	-------------------------	--

MOMENTKID*BB SOSP OS FL 150ML	C		
-------------------------------	---	--	--

NUROFENBABY*10 SUPP 60MG	C		
--------------------------	---	--	--

NUROFENJUNIOR*10 SUPP 125MG	C		
-----------------------------	---	--	--

SPIDIFEN*GRAT 30BUST 600MG	A	Nota 66	
----------------------------	---	-------------------------	--

M01AE03 **Ketoprofene**

FLEXEN*10SUPP 100MG	C		
---------------------	---	--	--

IBIFEN*IV 6F 100MG 5ML	H/OSP		
------------------------	-------	--	--

ORUDIS*30CPS 50MG	A	Nota 66	
-------------------	---	-------------------------	--

[\[Nota Informativa Importante\]](#) AIFA del 24.09.2012

- Ketoprofene per uso topico e rischio di reazioni di fotosensibilizzazione al fine di richiamare l'attenzione sulle raccomandazioni da seguire quando si usano tali medicinali.

M01AX **Altri farmaci antinfiammatori/ antireumatici non steroidei**

M01AX17 **Nimesulide**

AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	A	Nota 66	
----------------------------	---	-------------------------	--

[\[Nota Informativa Importante\]](#) AIFA del 17.02.2012

- L'uso dei medicinali per uso sistemico contenenti nimesulide è limitato esclusivamente alle condizioni acute: trattamento del dolore acuto e della dismenorrea primaria. Ne consegue che i medicinali per uso sistemico contenenti nimesulide non sono più prescrivibili per l'uso cronico del trattamento sintomatico dell'osteoartrite dolorosa.

M03 **Miorilassanti**

M03A **Miorilassanti ad azione periferica**

M03AB **Derivati della colina**

M03AB01 **Suxametonio**

MIDARINE*IV 5F 2ML 100MG/2ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

M03AC **Altri composti ammoniacali quaternari**

M03AC03 **Vecuronio**

NORCURON*EV 10FL 10MG	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

M03AC04 Atracurio

ATRACURIUM HAM*EV 5F 25MG 2,5M	H/OSP		
ATRACURIUM HAM*EV 5F 50MG 5ML	H/OSP		

M03AC09 Rocuronio

ESMERON*EV 10FL 10ML 10MG/ML	H		
------------------------------	---	--	--

M03AC10 Mivacurio

MIVACRON*EV 5F 10ML 2MG/ML	H/OSP		
MIVACRON*EV 5F 5ML 2MG/ML	H/OSP		

M03AC11 Cisatracurio

NIMBEX 2*5F 10ML 2MG/ML	C/OSP		
NIMBEX 2*5F 2,5ML 2MG/ML	C/OSP		
NIMBEX 2*5F 5ML 2MG/ML	C/OSP		
NIMBEX 5*1FL 30ML 5MG/ML	C/OSP		

M03AX Altri miorilassanti ad azione periferica

M03AX01 Tossina botulinica tipo A

BOTOX*IM 1FL 100U	H/OSP		
DYSPORE*SC IM 2FL 500U	H/OSP		

Scheda di valutazione della neurotossina da Clostridium botulinum per uso terapeutico (marzo 2016)

[Doc. PTR 187 marzo-2016](#) [PDF - 1.391kB]

Le specialità medicinali a base di tossina botulinica tipo A sono state poste in gara in un lotto unico per il 60% del fabbisogno per le indicazioni comuni

[verbale gruppo di lavoro](#) [PDF - 1.539kB]

- blefarospasmo, della distonia cervicale e della spasticità focale in pazienti adulti colpiti da ictus cerebrale.

Il lotto di gara è stato aggiudicato alla specialità medicinale Dysport

- [\[Doc. RER n188\]](#) Scheda regionale per la prescrizione di Onabotulinumtoxin A nella profilassi della emicrania cronica (settembre 2013).

- La CF-AVEC nella seduta del 11-06-2013 **raccomanda Montecatone Hospital, quale unico centro per la somministrazione in AVEC di Botox® per l'indicazione "Trattamento della vescica neurogena"**, tenuto conto dell'ampia esperienza maturata a riguardo.
- **Modalità di invio dei pazienti presso Montecatone Hospital per il trattamento con tossina botulinica A endovescicale:** con impegnativa del medico curante (ricetta rossa) per apertura Day Hospital, possibilmente completata con una relazione clinica. L' Urologia dell' Azienda USL di Bologna può prendere contatto direttamente con il servizio ricoveri e prenotazioni di Montecatone (tel. 0542-632855).

M03AX01 Tossina botulinica tipo B

NEUROBLOC*IM FL 5000UI/ML 2ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

- Limitatamente a pazienti con Distonia cervicale NON RESPONDER alla tossine botuliniche di tipo A
- [\[DDL 25.02.2013\]](#) Nuove ed importanti informazioni riguardanti NeuroBloc (tossina botulinica di tipo B) e rischi associati

all'uso off-label.

M03B Miorilassanti ad azione centrale

M03BX Altri miorilassanti ad azione centrale

M03BX01 Baclofene

BACLOFENE MG*50CPR 10MG	C		
BACLOFENE MG*50CPR 25MG	A		
BACLOFENE SUN*INTRAT 0,05MG/ML	H		
BACLOFENE SUN*INTRAT 10MG/20ML	H		
BACLOFENE SUN*INTRAT 10MG/5ML	H		

M03C Miorilassanti ad azione diretta

M03CA Dantrolene e derivati

M03CA01 Dantrolene

DANTAMACRIN 50MG 50CPS			
DANTRIUM 25 MG 50 CPS			estero
DANTRIUM 50 MG 50 CPS			estero

M04 Antigottosi

M04A Antigottosi

M04AA Preparati inibenti la formazione di acido urico

M04AA01 Allopurinolo

ALLOPURINOLO TEVA*30CPR 300MG	A		
ALLOPURINOLO TEVA*50CPR 100MG	A		

M04AC Preparati senza effetto sul metabolismo dell'acido urico

M04AC01 Colchicina

COLCHICINA LIRCA*60CPR 1MG	A		
----------------------------	---	--	--

M05 Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa

M05B Farmaci che agiscono sulla mineralizzazione

M05BA Bifosfonati

M05BA. Sodio neridronato

NERIXIA*IM EV 1FL 25MG	A		
------------------------	---	--	--

M05BA02 Acido clodronico

DIFOSFONAL*6F 300MG/10ML	A	Nota 42	
--------------------------	---	-------------------------	--

M05BA03 Acido pamidronico

PAMIDRONATO D.HIK*1FL 10ML90MG	H		
--------------------------------	---	--	--

M05BA04 Acido alendronico

ADRONAT*14CPR 10MG	A	Nota 79	
--------------------	---	-------------------------	--

ALENDRONATO M.G.*4CPR 70MG	A	Nota 79	
----------------------------	---	-------------------------	--

M05BA08 Acido zoledronico

ACIDO ZOLEDRONICO FRE*FL 4MG 5ML	H		
----------------------------------	---	--	--

M05BA08 Acido zoledronico monoidrato

ACLASTA*IV 1FL 100ML 0,05MG/ML	H		
--------------------------------	---	--	--

Per il trattamento dell'osteoporosi in donne in post menopausa e uomini ad aumentato rischio di frattura che non tollerano o che non riescono ad assumere i bisfosfonati x os.

Prescrizione da parte di Centri già autorizzati al rilascio del PT per i Farmaci della Nota 79 (Teriparatide), su Scheda Terapeutica.

M05BX Altri farmaci che agiscono sulla struttura ossea e mineralizzazione

M05BX03 Stronzio ranelato

OSSEOR*OS GRAT 28BUST 2G	A	Nota 79 -	
--------------------------	---	---------------------------	--

[Nota prescrizione stronzio - aprile 14](#) [PDF - 93kB]

[Allegato - centri prescrittori](#) [PDF - 23kB]

M05BX04 Denosumab

PROLIA*SC 1SIR 60MG/ML C/PR	A		PHT - PT
-----------------------------	---	--	----------

XGEVA*SC 1FL 120MG 1,7ML	H		PHT - PT
--------------------------	---	--	----------

[Det. 17218/2018](#) Tumore a cellule giganti dell'osso

PROLIA: scheda promemoria paziente. Contiene importanti informazioni di **sicurezza** che è necessario conoscere prima e durante il trattamento con denosumab - luglio 2015

[Info sicurezza Prolia](#) [PDF - 282kB]

[Doc PTR 199](#) (gennaio 2014) - "Raccomandazioni evidence-based: "Denosumab nei tumori solidi con metastasi ossee"

[\[DDL 20.02.2013\]](#) Nuove ed importanti informazioni riguardanti il rischio di fratture femorali atipiche con Prolia (Denosumab).

M09 Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico

M09AB Enzimi

M09AB02 Collagenasi di clostridium histolyticum

XIAPEX*1FL 0,9MG	H		Scheda di Monitoraggio AIFA
------------------	---	--	-----------------------------

200) Documento relativo a: "Collagenasi di Clostridium Hystolyticum" (novembre 2013)

[200\) Documento relativo a Collagenasi di Clostridium Hystolyticum \(novembre 2013\)](#) [PDF - 214kB]

M09AX Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico

M09AX Nusinersen

SPINRAZA*1FL 12MG 5ML 2,4MG/ML	H		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa
--------------------------------	---	--	---

[308\) Procedura operativa per la somministrazione di Nusinersen nel trattamento della SMA 5q \(gennaio 2018\)](#) [PDF - 310kB]

M09AX03 Ataluren

TRANSLARNA*30BUST 1000MG	A		Monitoraggio addizionale
--------------------------	---	--	--------------------------

TRANSLARNA*30BUST 125MG	A		Monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	--------------------------

TRANSLARNA*30BUST 250MG	A		Monitoraggio addizionale
-------------------------	---	--	--------------------------

N Sistema nervoso

N01 Anestetici

N01A Anestetici generali

N01AB Idrocarburi alogenati

N01AB06 Isoflurano

AERRANE*INAL FL 100ML	H/OSP		
N01AB07 Desflurano			
SUPRANE*LIQ INAL FL 240ML	H/OSP		
N01AB08 Sevoflurano			
SEVOFLURANE BA*6FL 250ML 100%	H/OSP		
N01AF Barbiturici, non associati			
N01AH Anestetici oppioidi			
N01AH01 Fentanil			
FENTANEST*IM IV 5F 0,1MG 2ML	H/OSP		MOD.STUPEFACENTE
N01AH03 Sufentanil			
FENTATIENIL*EV 5F 5ML 50MCG/ML	C/OSP		MOD.STUPEFACENTE
N01AH06 Remifentanil			
ULTIVA*IV 5FL 1MG 3ML	C/OSP		MOD.STUPEFACENTE
ULTIVA*IV 5FL 2MG 5ML	C/OSP		MOD.STUPEFACENTE
ULTIVA*IV 5FL 5MG 10ML	C/OSP		MOD.STUPEFACENTE
N01AX Altri anestetici generali			
N01AX03 Ketamina			
KETAMINA MOLT*5F 2ML 50MG/ML	H/OSP		MOD.STUPEFACENTE
N01AX10 Propofol			
DIPRIVAN*INFUS 1SIR 50ML 20MG/	C/OSP		
PROPOFOL KABI*10FL 50ML 1000MG	H/OSP		
PROPOFOL KABI*10FL 50ML 500MG	H/OSP		
PROPOFOL KABI*5F 20ML 200MG	H/OSP		
N01B Anestetici locali			
N01BB Amidi			
N01BB01 Bupivacaina			
BUPIVACAINA ANG.*1% 10F IPERBA	C		
BUPIVACAINA FIS*10F 10ML 5MG/M	C		
BUPIVACAINA FIS*10F 10ML2,5MG/	C		
BUPIVACAINA FIS*10F 5ML 5MG/ML	C		
N01BB02 Lidocaina			
ECOCAIN*FLNEBUL 60ML 10G/100ML	C		
LIDOCAINA CLORIDR*1% 5F 10ML	C		
LIDOCAINA CLORIDR*1% 5F 5ML	C		
LIDOCAINA CLORIDR*2% 5F 10ML	C		

LIDOCAINA CLORIDR*FL 20MG/ML50	C/OSP		
LIDRIAN*INIET F5ML 20MG/ML C/B	C		
LUAN*POM 100G 1% CHIR.	C		
VERSATIS*10 CEROTTI MED 5%	A		
N01BB03 Mepivacaina			
MEPIVACAINA*1% 10F 10ML	C		
MEPIVACAINA*1% 5F 5ML	C		
MEPIVACAINA*2% 10F 10ML	C		
MEPIVACAINA*2% 5F 5ML	C		
OPTOCAIN*50CART 1,8ML 30MG/ML	C		
N01BB04 Prilocaina cloridrato			
PRILOTEKAL*INIET 10FL 5ML 2%	C		Osp - uso ospedaliero
N01BB09 Ropivacaina			
ROPIVACAINA KA*5F 10ML 10MG/ML	C		
ROPIVACAINA KA*5F 10ML 2MG/ML	C		
ROPIVACAINA KA*5F 10ML 7,5MG/ML	C		
ROPIVACAINA SAND*5SACCHE 100ML	C		
N01BB10 Levobupivacaina			
CHIROCAINE*10F 10ML 5MG/ML PPS	C/OSP		
CHIROCAINE*10F10ML2,5MG/ML PPS	C/OSP		
CHIROCAINE*10F10ML7,5MG/ML PPS	C/OSP		
CHIROCAINE*12SAC 200ML 1,25MG/	C/OSP		
CHIROCAINE*12SAC 200ML0,625MG/	C/OSP		
CHIROCAINE*24SAC 100ML 1,25MG/	C/OSP		
CHIROCAINE*24SAC 100ML0,625MG/	C/OSP		
N01BB20 Lidocaina + Prilocaina			
EMLA*CR 5TUB 5G 2,5+2,5%+10CER	C		
N01BB51 Bupivacaina + Adrenalina			
BUPICAIN CON ADRENAL*10F 10ML	C		
N01BB53 Mepivacaina + Adrenalina			
MEPICAIN ADR.*10F 10ML 2%	C		

MEPICAIN ADR.*10FL 10ML 2%	C		
MEPIVAMOL*10F 10ML 10MG/ML ADR	C		
OPTOCAIN*50CART 1,8ML ADR 1:80	C		
OPTOCAIN*50CART1,8ML ADR 1:100	C		

N01BX Altri anestetici locali

N01BX04 Capsaicina

QUTENZA*1CER 179MG+1GEL DET	H/OSP		RMP
-----------------------------	-------	--	-----

[\[DocCRF\]](#) n.150 Dicembre 2011: "La CRF esprime parere positivo all'inserimento in PTR del farmaco capsaicina riservandone l'impiego ai pazienti con nevralgia post erpetica non adeguatamente controllati con le opzioni di prima e seconda linea e dolore persistente da almeno 6 mesi limitando la prescrizione alle strutture aziendali dotate di funzione per la terapia antalgica e in grado di garantire la presenza di un anestesista."

N02 Analgesici

N02A Oppioidi

N02AA Alcaloidi naturali dell'oppio

N02AA01 Morfina

MORFINA CL MOLT*5F 1ML 10MG/ML	A		
MORFINA CL MOLT.*1F 50MG/5ML	A		MOD. STUPEFACENTE
ORAMORPH*OS 20FL 1D 5ML 10MG	A		Tab.IID
ORAMORPH*OS 20FL 1D 5ML 30MG	A		Tab.IID
TWICE*16CPS 100MG R.P.	A		Tab.IID
TWICE*16CPS 10MG R.P.	A		Tab.IID
TWICE*16CPS 30MG R.P.	A		Tab.IID
TWICE*16CPS 60MG R.P.	A		Tab.IID

N02AA03 Idromorfone cloridrato

JURNISTA*14CPR 16MG R.P.	A		Tab.IID
JURNISTA*14CPR 32MG R.P.	A		Tab.IID
JURNISTA*14CPR 4MG R.P.	A		Tab.IID
JURNISTA*14CPR 8MG R.P.	A		Tab.IID

[\[DocCRF\]](#) Ottobre 2009"...La CRF ritiene che l'idromorfone non debba essere considerato di prima scelta nel trattamento del dolore cronico da moderato a severo, per il quale il farmaco di riferimento rimane la morfina orale. Tuttavia l'idromorfone orale a rilascio controllato può costituire una ulteriore opzione terapeutica per i pazienti affetti da dolore cronico di tipo severo in cui il trattamento con altri oppioidi maggiori si sia dimostrato inefficace o non tollerato tanto da impedire una buona compliance da parte del paziente..."

N02AA05 Ossicodone cloridrato

OXICODONE ACC*28CPR 10MG RP	A		
OXICODONE ACC*28CPR 20MG RP	A		

OXICODONE ACC*28CPR 40MG RP	A		
-----------------------------	---	--	--

OXICODONE ACC*28CPR 5MG RP	A		
----------------------------	---	--	--

N02AA55 Ossicodone + naloxone

TARGIN*28CPR 10MG+5MG RP	A		
--------------------------	---	--	--

TARGIN*28CPR 20MG+10MG RP	A		
---------------------------	---	--	--

TARGIN*28CPR 5MG+2,5MG RP	A		
---------------------------	---	--	--

N02AA59 Paracetamolo + Codeina

COEFFERALGAN*16CPR RIV500+30MG	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

TACHIDOL*AD 10BUST 500MG+30MG	C		Tab.IID
-------------------------------	---	--	---------

N02AB Derivati della fenilpiperidina

N02AB02 Petidina

PETIDINA CLORIDR MOL*5F 100MG2	C		MOD. STUPEFACENTE
--------------------------------	---	--	-------------------

N02AB03 Fentanil

DUROGESIC*3CER 12MCG/ORA	A		
--------------------------	---	--	--

MATRIFEN*3CER TRANSD 100MCG/OR	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

MATRIFEN*3CER TRANSD 25MCG/ORA	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

MATRIFEN*3CER TRANSD 50MCG/ORA	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

MATRIFEN*3CER TRANSD 75MCG/ORA	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

N02AB03 Fentanil citrato

EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 100MCG	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 200MCG	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 600MCG	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

EFFENTORA*4CPR MUCOSAOS 800MCG	A		Tab.IID
--------------------------------	---	--	---------

VELLOFENT*4CPR SUBL 400MCG	A		Stupefacente: Tab. D medicinali
----------------------------	---	--	---------------------------------

Nel trattamento delle esacerbazioni transitorie del dolore cronico da cancro (Breakthrough Pain - Dolore Episodico Intenso - DEI) nei pz che non rispondono alla morfina pronto rilascio o nei pazienti con difficoltà nella deglutizione e/o nell' assorbimento di farmaci per via orale.

N02AE Derivati dell'oripavina

N02AE01 Buprenorfina

TEMGESIC*10CPR SUBLING 0,2MG	A		Tab.IID
------------------------------	---	--	---------

TEMGESIC*IM IV 5F 1ML 0,3MG	A		MOD. STUPEFACENTE
-----------------------------	---	--	-------------------

TRANSTEC*3CER 20MG 35MCG/H	A		Tab.IID
----------------------------	---	--	---------

TRANSTEC*3CER 30MG 52,5MCG/H	A		Tab.IID
------------------------------	---	--	---------

TRANSTEC*3CER 40MG 70MCG/H	A		Tab.IID
----------------------------	---	--	---------

N02AJ Oppioidi in associazione con analgesici non oppioidi

N02AJ17 Ossicodone cloridrato + paracetamolo

DEPALGOS*28CPR RIV 10MG+325MG	A		
DEPALGOS*28CPR RIV 20MG+325MG	A		
DEPALGOS*28CPR RIV 5MG+325MG	A		

N02AX Altri oppioidi

N02AX02 Tramadolo

CONTRAMAL*10CPR 150MG R.P.	A		
CONTRAMAL*20CPR 100MG R.P.	A		
CONTRAMAL*20CPS 50MG	A		
CONTRAMAL*5F 50MG 1ML	A		
CONTRAMAL*INIET 5F 100MG 2ML	A		
CONTRAMAL*OS GTT 10ML 100MG/ML	A		

Non è consigliabile affrontare i dolori più intensi aumentando le dosi di tramadolo, considerando complessivamente il suo profilo beneficio/rischio. Il tramadolo è risultato associato al rischio, anche se basso, di crisi convulsive, e di comparsa di disturbi psichiatrici. Poiché l'insorgenza di convulsioni può verificarsi a dosi di poco superiori a quelle normalmente impiegate in terapia, la possibilità di aggiustare i dosaggi è molto limitata.

N02AX06 Tapentadolo cloridrato

PALEXIA*30CPR 100MG RP	A		Oppioide maggiore
PALEXIA*30CPR 150MG RP	A		Oppioide maggiore
PALEXIA*30CPR 50MG RP	A		Oppioide maggiore
PALEXIA*40 CPR 25MG RP	A		Oppioide maggiore

N02B Altri analgesici e antipiretici

N02BA Acido salicilico e derivati

N02BA01 Acetilsalicilato di lisina

FLECTADOL*IM EV 6F 500MG+6F2,5	C		
--------------------------------	---	--	--

N02BA01 Acido acetilsalicilico

VIVIN*20CPR 500MG	C		
-------------------	---	--	--

N02BE Anilidi

N02BE01 Paracetamolo

PERFALGAN*EV 12FL 100ML10MG/ML	C		
TACHIPIRINA OROSOL*10BS 1000MG	C		
TACHIPIRINA OROSOL*10BS 250MG	C		

TACHIPIRINA OROSOL*12BS 500MG	C		
TACHIPIRINA*16CPR DIV 1000MG	C		
TACHIPIRINA*BB 10SUPP 250MG	C		
TACHIPIRINA*BB 10SUPP 500MG	C		
TACHIPIRINA*BB OS GTT 30ML 10%	C		
TACHIPIRINA*PR INF 10SUPP 125M	C		

N02BE51 Paracetamolo, associazioni esclusi gli psicolettici

LONARID*BB 6SUPP 200MG+5MG	C		
----------------------------	---	--	--

N02BG Altri analgesici e antipiretici

N02BG08 Ziconotide

Limitatamente ai centri di terapia antalgica con dimostrata esperienza in impianti intratecali.

N02BG10 Nabiximols

SATIVEX*3FL SPRAY 90D 10ML	H		
----------------------------	---	--	--

Documento relativo a: "Estratto di cannabis sativa in spray per mucosa orale" (luglio 2013)

[Documento relativo a: "Estratto di cannabis sativa in spray per mucosa orale" \(luglio 2013\)](#) [PDF - 297kB]

N02C Antiemetici

N02CC Agonisti selettivi dei recettori 5HT1

N02CC01 Sumatriptan

IMIGRAN*SC 2SIR 6MG 0,5ML+AUTO	A		
SUMATRIPTAN TEVA*4CPR RIV 50MG	A		
SUMATRIPTAN TEVA*4CPR RIV100MG	A		

N02CC04 Rizatriptan

RIZALIV RPD*3LIOF 10MG	A		Molecola a brevetto scaduto
RIZALIV*3CPR 10MG	A		Molecola a brevetto scaduto

N03 Antiepilettici

N03A Antiepilettici

N03AA Barbiturici e derivati

N03AA02 Fenobarbital

FENOBARBITALE SOD.HO*10F 100MG	C		MOD. STUPEFACENTE
GARDENALE*20CPR 100MG	A		MOD. STUPEFACENTE
GARDENALE*30CPR 50MG	A		MOD. STUPEFACENTE
LUMINALE*30CPR 15MG	A		MOD. STUPEFACENTE

N03AA03 Primidone

MYSOLINE*30CPR 250MG	A		
----------------------	---	--	--

Sovrapponibile a fenobarbitale, metabolita del primidone, limitatamente alla prosecuzione di terapie già iniziate.

N03AB Derivati dell'idantoina**N03AB02 Fenitoina**

AURANTIN*IM IV 5F 250MG 5ML	H		
-----------------------------	---	--	--

DINTOINA*30CPR RIV 100MG	A		
--------------------------	---	--	--

N03AD Derivati della succinimide**N03AD01 Etosuccimide**

ZARONTIN*SCIR 200ML 250MG/5ML	A		
-------------------------------	---	--	--

N03AE Derivati benzodiazepinici**N03AE01 Clonazepam**

RIVOTRIL*20CPR 0,5MG	A		
----------------------	---	--	--

RIVOTRIL*20CPR 2MG	A		
--------------------	---	--	--

RIVOTRIL*OS GTT 10ML 2,5MG/ML	A		
-------------------------------	---	--	--

N03AF Derivati della carbossamide**N03AF01 Carbamazepina**

TEGRETOL*30CPR 200MG R.M.	A		
---------------------------	---	--	--

TEGRETOL*30CPR 400MG	A		
----------------------	---	--	--

TEGRETOL*30CPR 400MG R.M.	A		
---------------------------	---	--	--

TEGRETOL*50CPR 200MG	A		
----------------------	---	--	--

TEGRETOL*BB SCIR FL 250ML20MG/	A		
--------------------------------	---	--	--

N03AF02 Oxcarbazepina

TOLEP*50CPR DIV 300MG	A		
-----------------------	---	--	--

TOLEP*50CPR DIV 600MG	A		
-----------------------	---	--	--

N03AF03 Rufinamide

INOVELON*60CPR DIV 400MG	A		
--------------------------	---	--	--

INOVELON*60CPR RIV 200MG	A		
--------------------------	---	--	--

[\[DocCRE\]](#) n.108

Rufinamide è indicata come terapia aggiuntiva nel trattamento di crisi epilettiche associate a sindrome di Lennox-Gastaut, in pazienti di età pari o superiore a 4 anni refrattari o intolleranti ad altri antiepilettici assunti in maniera ottimale e per un periodo di tempo adeguato.

N03AG Derivati degli acidi grassi**N03AG01 Acido valproico**

DEPAKIN*40CPR GASTROR 500MG	A		
-----------------------------	---	--	--

DEPAKIN*CHRONO 30CPR 300MG R.P	A		
--------------------------------	---	--	--

DEPAKIN*CHRONO 30CPR 500MG R.P	A		
--------------------------------	---	--	--

DEPAKIN*EV 4F 400MG+4F 4ML	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

DEPAKIN*FL 40CPR GASTROR 200MG	A		
DEPAKIN*GRAT 30BUST 100MG R.M.	A		
DEPAKIN*GRAT 30BUST 250MG R.M.	A		
DEPAKIN*OS FL 40ML 200MG/ML	A		

N03AG04 Vigabatrin

SABRIL*50CPR RIV 500MG	A		
SABRIL*OS GRAT 50BUST 500MG	A		

Limitatamente al proseguimento di monoterapia nel trattamento di spasmi infantili (S. di West). Si segnalano effetti collaterali importanti come disturbi del campo visivo nel 40% dei pazienti trattati.

N03AG06 Tiagabina

GABITRIL*50CPR RIV 10MG	A		
GABITRIL*50CPR RIV 15MG	A		

N03AX Altri antiepilettici

N03AX09 Lamotrigina

LAMOTRIGINA EG*28CPR DISP 25MG	A		
LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 100MG	A		
LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 200MG	A		
LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 50MG	A		

N03AX11 Topiramato

TOPAMAX*60CPS 15MG	A		
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 100M	A		
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 200M	A		
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 25MG	A		
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 50MG	A		

N03AX12 Gabapentin

GABAPENTIN TEVA*30CPS 400MG	A	Nota 4	
GABAPENTIN TEVA*50CPS 100MG	A	Nota 4	
GABAPENTIN TEVA*50CPS 300MG	A	Nota 4	

N03AX14 Levetiracetam

LEVETIRACETAM ACC*30CPR 1000MG	A		
LEVETIRACETAM ACC*60CPR 500MG	A		
LEVETIRACETAM MY*10FL 500MG 5M	C		

LEVETIRACETAM RAT*OS 300ML 30G	A		
--------------------------------	---	--	--

MATEVER*60CPR RIV 250MG	A		
-------------------------	---	--	--

N03AX15 Zonisamide

ZONEGRAN*14CPS 25MG	A		
---------------------	---	--	--

ZONEGRAN*28CPS 50MG	A		
---------------------	---	--	--

ZONEGRAN*56CPS 100MG	A		
----------------------	---	--	--

[Doc. PTR n. 201 \(gennaio 2014\)](#) - "Scheda di valutazione del medicinale zonisamide"

N03AX18 Lacosamide

VIMPAT*14 CPR RIV 50MG	A		
------------------------	---	--	--

VIMPAT*56 CPR RIV 100MG	A		
-------------------------	---	--	--

VIMPAT*56 CPR RIV 150MG	A		
-------------------------	---	--	--

VIMPAT*56 CPR RIV 200MG	A		
-------------------------	---	--	--

[Doc. PTR n. 217 \(aprile 2014\)](#) "Scheda di valutazione del medicinale Lacosamide"

N04 Antiparkinsoniani

N04A Sostanze anticolinergiche

N04AA Amine terziarie

N04AA01 Triesifenidile

ARTANE*FL 50CPR 2MG	A		
---------------------	---	--	--

N04AA02 Biperidene

AKINETON FIALE*IM EV 5F 5MG1ML	A		
--------------------------------	---	--	--

AKINETON*60CPR 2MG	A		
--------------------	---	--	--

N04AB Eteri chimicamente correlati agli antistaminici

N04AB02 Orfenadrina

DISIPAL*50CPR RIV 50MG	A		
------------------------	---	--	--

N04B Sostanze dopaminergiche

N04BA Dopa e suoi derivati

N04BA02 Levodopa + Benserazide

LEVODOPA BENS TE*50CPR 200MG+50MG	A		
-----------------------------------	---	--	--

MADOPAR*30CPR DISPERS 100+25MG	A		
--------------------------------	---	--	--

MADOPAR*30CPS 100MG+25MG	A		
--------------------------	---	--	--

MADOPAR*30CPS 100MG+25MG R.P.	A		
-------------------------------	---	--	--

N04BA02 Levodopa + Carbidopa

DUODOPA*7SA 100ML 20MG/ML + 5MG/ML	H		
------------------------------------	---	--	--

SINEMET*30CPR 200MG+50MG R.M.	A		
-------------------------------	---	--	--

SINEMET*50CPR 100MG+25MG	A		
SINEMET*50CPR 100MG+25MG R.M.	A		
SINEMET*50CPR 250MG+25MG	A		

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BA03 Levodopa + Carbidopa + Entacapone

STALEVO*100CPR 100+25+200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
STALEVO*100CPR 125+31,25+200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
STALEVO*100CPR 150+37,5+200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
STALEVO*100CPR 200+50+200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
STALEVO*100CPR 50+12,5+200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
STALEVO*100CPR 75+18,75+200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	

N04BA05 Melevodopa/Carbidopa

SIRIO*30CPR EFF 12,5MG + 125MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
SIRIO*30CPR EFF 25MG + 100MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BB01 Amantadina

MANTADAN*20CPR 100MG	C		
----------------------	---	--	--

Limitatamente alla terapia del M. di Parkinson in pazienti già in trattamento (continuità assistenziale)

N04BC Agonisti della dopamina

N04BC04 Ropinirolo

REQUIP*21CPR 0,25MG	A		
REQUIP*21CPR 0,5MG	A		
REQUIP*21CPR 1MG	A		
REQUIP*21CPR 2MG	A		
REQUIP*21CPR 5MG	A		
REQUIP*28CPR 2MG R.P.	A		

REQUIP*28CPR 4MG R.P.	A		
-----------------------	---	--	--

REQUIP*28CPR 8MG R.P.	A		
-----------------------	---	--	--

N04BC05 Pramipexolo

MIRAPEXIN*30CPR 0,18MG	A		
------------------------	---	--	--

MIRAPEXIN*30CPR 0,7MG	A		
-----------------------	---	--	--

N04BC06 Cabergolina

CABERGOLINA RAT*FL 20CPR 1MG	C		
------------------------------	---	--	--

CABERGOLINA RAT*FL 20CPR 2MG	C		
------------------------------	---	--	--

- In data 27 marzo 2014 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale N. 72 la riclassificazione in fascia C di tutte le specialità medicinali a base di Cabergolina. Pertanto, dal giorno 11 aprile 2014, cabergolina non sarà più rimborsata dal Sistema Sanitario Nazionale.

N04BC07 Apomorfina

APOFIN*INFUS SC 5F 5ML 50MG/5M	H		
--------------------------------	---	--	--

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BC09 Rotigotina

NEUPRO*28 CER 2MG/24H	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
-----------------------	---	--	------------------------

NEUPRO*28 CER 4MG/24H	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
-----------------------	---	--	------------------------

NEUPRO*28 CER 6MG/24H	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
-----------------------	---	--	------------------------

NEUPRO*28 CER 8MG/24H	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
-----------------------	---	--	------------------------

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BD Inibitori della monoaminoossidasi di tipo b

XADAGO*30 CPR RIV 50MG	A		
------------------------	---	--	--

N04BD02 Rasagilina

AZILECT*28CPR 1MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
-------------------	---	--	--

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BD03 Safinamide

XADAGO*30CPR RIV 50MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	
-----------------------	---	--	--

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BX Altri agenti dopaminergici

N04BX01 Tolcapone

TASMAR*FL 100CPR RIV 100MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	PHT - PT
----------------------------	---	--	----------

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**)

[Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (**ottobre 2014**)

N04BX02 Entacapone

COMTAN*100CPR RIV 200MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

N04BX04 Opicapone

ONGENTYS*30CPS 50MG	A	Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018)	PHT - PT
---------------------	---	--	----------

[Det 19842/2018](#) Raccomandazione CRF su opicapone in add on a levodopa/inibitori della DOPA decarbossilasi in pazienti adulti con Malattia di Parkinson avanzata/fluttuante

N05 Psicolettici

N05A Antipsicotici

N05AA Fenotiazine con gruppo dimetilaminopropilico

N05AA01 Clorpromazina

LARGACTIL*IM 5F 2ML 50MG	A		
--------------------------	---	--	--

PROZIN*20CPR RIV 100MG	C		
------------------------	---	--	--

PROZIN*25CPR RIV 25MG	A		
-----------------------	---	--	--

PROZIN*OS GTT 10ML 4%	A		
-----------------------	---	--	--

N05AA02 Levomepromazina

NOZINAN*20CPR RIV 100MG	A		
-------------------------	---	--	--

NOZINAN*20CPR RIV 25MG	A		
------------------------	---	--	--

N05AA03 Promazina

TALOFEN*GTT FL 30ML 4G/100ML	C		
------------------------------	---	--	--

TALOFEN*IM IV 6F 50MG	C		
-----------------------	---	--	--

N05AB Fenotiazine con struttura piperazinica

N05AB02 Flufenazina

MODITEN DEPOT*IM 1F 25MG	A		
--------------------------	---	--	--

N05AB03 Perfenazina

TRILAFON ENANTATO*IM 100MG 1ML	A		
--------------------------------	---	--	--

TRILAFON*20CPR RIV 4MG	C		
------------------------	---	--	--

TRILAFON*20CPR RIV 8MG	C		
------------------------	---	--	--

N05AD Derivati del butirrofenone

N05AD01 Aloperidolo

ALOPERIDOLO SALF*IM 5F 2MG 1ML	C		
HALDOL*30CPR 1MG	A		
HALDOL*IM 5F 1ML 5MG/ML	A		
HALDOL*OS GTT 30ML 10MG/ML	A		
SERENASE*OS GTT 15ML 2MG/ML	C		

N05AD01 Aloperidolo decanoato

HALDOL DECANOAS*IM 3F 50MG 1ML	A		
HALDOL DECANOAS*IM F 150MG 3ML	A		

N05AE Derivati dell'indolo

N05AE04 Ziprasidone

[Doc PTR 314](#) Scheda di valutazione dei farmaci Lurasidone e Ziprasidone (**settembre 2018**)

N05AE05 Lurasidone

LATUDA*28CPR RIV 18,5MG	A		
LATUDA*28CPR RIV 37MG	A		
LATUDA*28CPR RIV 74MG	A		

[Doc PTR 314](#) Scheda di valutazione dei farmaci Lurasidone e Ziprasidone (**settembre 2018**)

N05AF Derivati del tioxantene

N05AF05 Zuclopentixolo

CLOPIXOL*20CPR RIV 25MG	C		
CLOPIXOL*30CPR RIV 10MG	C		
CLOPIXOL*IM 1F 200MG/ML R.P.	A		
CLOPIXOL*IM 1F 50MG 1ML	C		
CLOPIXOL*OS GTT FL 10ML 20MG/M	C		

N05AG Derivati della difenilbutilpiperidina

N05AG02 Pimozide

ORAP*20CPR 4MG	A		
----------------	---	--	--

N05AH Diazepine,ossazepine,tiazepine e ossepine

N05AH02 Clozapina

CLOZAPINA HEX*28CPR 100MG	A	PT clozapina	PHT - PT
CLOZAPINA HEX*28CPR 25MG	A	PT clozapina	PHT - PT

N05AH03 Olanzapina

OLANZAPINA TEVA*28CPR ORO 10MG	A		PHT - T
OLANZAPINA TEVA*28CPR ORO 5MG	A		PHT - PT
OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV 10MG	A		PHT - PT
OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV 5MG	A		PHT - PT
OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV2,5MG	A		PHT - PT
ZYPREXA*IM 1FL 10MG	H		

N05AH04 Quetiapina

QUENTIAX*30CPR RIV 25MG	A		PHT - PT
QUENTIAX*60CPR RIV 100MG	A		PHT - PT
QUENTIAX*60CPR RIV 200MG	A		PHT - PT
QUENTIAX*60CPR RIV 300MG	A		PHT - PT
QUETIAPINA TE*60CPR 200MG RP	A		PHT - PT
QUETIAPINA TE*60CPR 300MG RP	A		PHT - PT
QUETIAPINA TE*60CPR 400MG RP	A		PHT - PT
QUETIAPINA TE*60CPR 50MG RP	A		PHT - PT

N05AH06 Clotiapina

ENTUMIN*30CPR 40MG	C		
ENTUMIN*IM EV 10F 40MG 4ML	C		
ENTUMIN*OS GTT 10ML 100MG/ML	A		

N05AL Benzamidi

N05AL03 Tiapride

SEREPRILE*20CPR 100MG	C		
SEREPRILE*INIET 10F 100MG/2ML	A		

N05AL05 Amisulpride

AMISULPRIDE M.G.*12CPR 50MG	C		
AMISULPRIDE M.G.*30CPR 200MG	A		
AMISULPRIDE M.G.*30CPR 400MG	A		

N05AL07 Levosulpiride

LEVOPRAID*20CPR 100MG	C		
LEVOPRAID*20CPR 50MG	C		
LEVOPRAID*IM IV 6F 50MG 2ML	A		

N05AN **Litio**

N05AN01 **Litio**

CARBOLITHIUM*50CPS 150MG	A		
CARBOLITHIUM*50CPS 300MG	A		

N05AX **Altri antipsicotici**

ABILIFY MANTENA*IM FL 400MG+F	H		
-------------------------------	---	--	--

N05AX08 **Risperidone**

RISPERDAL*1FL IM 25MG+1SIR 2ML	H		PHT - PT
RISPERDAL*1FL IM 37,5MG+1SIR 2	H		PHT - PT
RISPERDAL*1FL IM 50MG+1SIR 2ML	H		PHT - PT
RISPERIDONE DR RED*60CPR 1MG	A		PHT - PT
RISPERIDONE DR RED*60CPR 2MG	A		PHT - PT
RISPERIDONE DR RED*60CPR 3MG	A		PHT - PT
RISPERIDONE DR RED*60CPR 4MG	A		PHT - PT
RISPERIDONE M.G.*OS GTT 100ML	A		PHT - PT

N05AX12 **Aripiprazolo**

ABILIFY MANTENA*IM FL 400MG+F	H		
ABILIFY*28CPR 10MG	A		PHT - PT
ABILIFY*28CPR 15MG	A		PHT - PT
ABILIFY*28CPR 5MG	A		PHT - PT
ABILIFY*28CPR ORODISP 10MG	A		PHT - PT
ABILIFY*28CPR ORODISP 15MG	A		PHT - PT
ABILIFY*IM FL 1,3ML 7,5MG/ML	H		incluso limitatamente per il controllo rapido di agitazione e disturbi del comportamento in pazienti con schizofrenia quando la terapia orale non è appropriata.

"...non può essere considerato una prima scelta nei pazienti affetti da schizofrenia, sia che si tratti di fase acuta o di mantenimento
[..."\[DocCRF\]](#)

N05AX13 **Paliperidone**

TREVICTA*1SIR IM 175MG 0,875ML	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)
TREVICTA*1SIR IM 263MG 1,315ML	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)
TREVICTA*1SIR IM 350MG 1,750ML	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)

TREVICTA*1SIR IM 525MG 2,625ML	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)
XEPLION*1SIR IM 100MG RP+2AGHI	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)
XEPLION*1SIR IM 150MG RP+2AGHI	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)
XEPLION*1SIR IM 50MG RP+2AGHI	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)
XEPLION*1SIR IM 75MG RP+2AGHI	H		Su prescrizione specialistica (neurologo, psichiatra)

N05B Ansiolitici

N05BA Derivati benzodiazepinici

N05BA Delorazepam [d. az. lunga]

EN*20CPR 0,5MG	C		
EN*20CPR 1MG	C		
EN*20CPR 2MG	C		
EN*IM IV 3F 1ML 2MG	C		
EN*IM IV 3F 1ML 5MG	C		
EN*INIET 3F 1ML 0,5MG/ML	C		
EN*OS GTT FL 20ML 1MG/ML	C		

N05BA01 Diazepam [d. az. lunga]

DIAZEMULS*IM IV 10F 10MG 2ML	C		
DIAZEPAM M.G.*OS GTT FL 20ML	C		
DIAZEPAM*3F 2ML 10MG/2ML	C		
MICROPAM*4MICROCLISMI 10MG	C		
MICROPAM*4MICROCLISMI 5MG	C		
VATRAN*25CPR DIV 2MG	C		
VATRAN*25CPR DIV 5MG	C		

N05BA06 Lorazepam [d. az. intermedia]

TAVOR*20CPR 1MG	C		
TAVOR*20CPR 2,5MG	C		
TAVOR*GTT FL 2MG/ML	C		
TAVOR*INIET 5F 1ML 4MG/ML	H/OSP		

N05BA09 Clobazam [d. az. lunga]

FRISIUM*30CPS 10MG	C		
--------------------	---	--	--

N05BA12 Alprazolam [d. az. intermedia]

XANAX*20CPR 0,25MG	C		
--------------------	---	--	--

XANAX*20CPR 0,50MG	C		
--------------------	---	--	--

XANAX*20CPR 1MG	C		
-----------------	---	--	--

XANAX*OS GTT FL 20ML 0,75MG/ML	C		
--------------------------------	---	--	--

N05C Ipnotici e sedativi

N05CD Derivati benzodiazepinici

N05CD01 Flurazepam [d. az. lunga]

DALMADORM*30CPS 15MG	C		
----------------------	---	--	--

DALMADORM*30CPS 30MG	C		
----------------------	---	--	--

N05CD05 Triazolam [d. az. breve]

HALCION*20CPR 0,125MG	C		
-----------------------	---	--	--

HALCION*20CPR 0,25MG	C		
----------------------	---	--	--

N05CD08 Midazolam [d. az. breve]

BUCCOLAM*OS SOLUZ 4SIR 10MG	A	PT Buccolam - Nota 93	PT AIFA dedicato
-----------------------------	---	---------------------------------------	------------------

BUCCOLAM*OS SOLUZ 4SIR 2,5MG	A	PT Buccolam - Nota 93	
------------------------------	---	---------------------------------------	--

BUCCOLAM*OS SOLUZ 4SIR 5MG	A	PT Buccolam - Nota 93	
----------------------------	---	---------------------------------------	--

BUCCOLAM*OS SOLUZ 4SIR 7,5MG	A	PT Buccolam - Nota 93	
------------------------------	---	---------------------------------------	--

MIDAZOLAM ACC*10F 1ML 5MG/ML	H		
------------------------------	---	--	--

MIDAZOLAM ACC*10F 3ML 5MG/ML	H		
------------------------------	---	--	--

L'erogazione del midazolam per mucosa orale dovrà avvenire tramite esclusiva distribuzione diretta.

N05CF Analoghi delle benzodiazepine

N05CF02 Zolpidem

STILNOX*30CPR RIV 10MG	C		
------------------------	---	--	--

N05CM Altri ipnotici e sedativi

N05CM18 Dexmedetomidina

DEXDOR*EV 25F 2ML 100MCG/ML	C		Osp - uso ospedaliero
-----------------------------	---	--	-----------------------

[Doc. PTR n. 205 \(febbraio 2014\)](#) - "*Scheda di valutazione del medicinale dexmedetomidina*"

N06 Psicoanaletici

N06A Antidepressivi

N06AA Inibitori non selettivi della monoamino-ricaptazione

N06AA04 Clomipramina

ANAFRANIL*20CPR DIV 75MG R.P.	A		
-------------------------------	---	--	--

ANAFRANIL*20CPR RIV 25MG	A		
--------------------------	---	--	--

ANAFRANIL*50CPR RIV 10MG	A		
--------------------------	---	--	--

ANAFRANIL*IM IV 5F 2ML 25MG	A		
-----------------------------	---	--	--

N06AA09 Amitriptilina

LAROXYL*25CPR RIV 25MG	C		
------------------------	---	--	--

LAROXYL*30CPR RIV 10MG	C		
------------------------	---	--	--

LAROXYL*OS GTT 20ML 4%	A		
------------------------	---	--	--

N06AB Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina

N06AB03 Fluoxetina

FLUOXETINA RAT*28CPR SOL 20MG	A		PT per bb e adolescenti
-------------------------------	---	--	-------------------------

N06AB04 Citalopram

CITALOPRAM M.G.*14CPR RIV40MG	A		
-------------------------------	---	--	--

CITALOPRAM RAT*28CPR RIV 20MG	A		
-------------------------------	---	--	--

CITALOPRAM SAND*OS GTT FL 15ML	A		
--------------------------------	---	--	--

SEROPRAM*EV 10F 1ML 40MG/ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

N06AB05 Paroxetina

DROPAXIN*OS GTT 60ML 10MG/ML	A		
------------------------------	---	--	--

SEREUPIN*28CPR RIV 20MG	A		
-------------------------	---	--	--

N06AB06 Sertralina

ZOLOFT*30CPR RIV 100MG	A		
------------------------	---	--	--

ZOLOFT*30CPR RIV 50MG	A		
-----------------------	---	--	--

N06AX Altri antidepressivi

N06AX03 Mianserina

LANTANON*30CPR RIV 30MG	A		
-------------------------	---	--	--

LANTANON*GTT 15ML 60MG/ML	A		
---------------------------	---	--	--

N06AX05 Trazodone

TRITTICO*14CPR CONTRAMID 150MG	A		
--------------------------------	---	--	--

TRITTICO*20CPR DIV 150MG R.P.	A		
-------------------------------	---	--	--

TRITTICO*30CPR CONTRAMID 300MG	A		
--------------------------------	---	--	--

TRITTICO*30CPR DIV 100MG	A		
--------------------------	---	--	--

TRITTICO*30CPR DIV 50MG	A		
-------------------------	---	--	--

TRITTICO*30CPR DIV 75MG R.P	A		
-----------------------------	---	--	--

TRITTICO*IM EV 3F 50MG 5ML	A		
----------------------------	---	--	--

TRITTICO*OS GTT 30ML 60MG/ML	A		
------------------------------	---	--	--

N06AX11 **Mirtazapina**

MIRTAZAPINA BLUEF*30CPR ORO30M	A		
--------------------------------	---	--	--

N06AX16 **Venlafaxina**

EFEXOR*10CPS 150MG R.P.	A		
-------------------------	---	--	--

EFEXOR*14CPS 75MG R.P.	A		
------------------------	---	--	--

EFEXOR*28CPS 37,5MG R.P.	A		
--------------------------	---	--	--

N06B **Psicostimolanti e nootropi**

N06BA **Simpaticomimetici ad azione centrale**

N06BA04 **Metilfenidato**

EQUASYM*30 CPS 10MG RM	A		PHT - PT
------------------------	---	--	----------

EQUASYM*30 CPS 20 MG RN	A		PHT - PT
-------------------------	---	--	----------

EQUASYM*30 CPS 30MG RM	A		PHT - PT
------------------------	---	--	----------

MEDIKINET*30 CPS 10MG RM	A		PHT - PT
--------------------------	---	--	----------

RITALIN*30CPR 10MG	A		PHT - PT - RER
--------------------	---	--	----------------

Documento relativo a: indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da **deficit attentivo con iperattività** (Ddai/Adhd) in età evolutiva e **Piano terapeutico**

[Doc. PTR 60 aprile-2015](#) [PDF - 609kB]

N06BA07 **Modafinil**

PROVIGIL*30CPR 100MG	A		PHT - PT
----------------------	---	--	----------

N06BA09 **Atomoxetina**

STRATTERA*28CPS 18MG	A		PHT - PT - RER
----------------------	---	--	----------------

STRATTERA*28CPS 25MG	A		PHT - PT - RER
----------------------	---	--	----------------

STRATTERA*28CPS 40MG	A		PHT - PT - RER
----------------------	---	--	----------------

STRATTERA*28CPS 60MG	A		PHT - PT - RER
----------------------	---	--	----------------

STRATTERA*7CPS 10MG	A		PHT - PT - RER
---------------------	---	--	----------------

[\[DocCRE\]](#) Documento relativo a: indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit attentivo con iperattività (Ddai/Adhd) in età evolutiva e Piano terapeutico

N06BX **Altri psicostimolanti e nootropi**

N06BX13 **Idebenone**

RAXONE*FL 180CPR RIV 150MG	A		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
----------------------------	---	--	--

N06D **Farmaci anti-demenza**

N06DA Anticolinesterasici

N06DA02 Donepezil

ARICEPT*28CPR ORODISP 10MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
ARICEPT*28CPR ORODISP 5MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
DONEPEZIL EG*28CPR RIV 10MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
DONEPEZIL EG*28CPR RIV 5MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER

[\[DocCRE\]](#) Criteri di applicazione della nota Aifa n. 85 e Piano terapeutico

N06DA03 Rivastigmina

EXELON*30CER 4,6MG/24H	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
EXELON*30CER 9,5MG/24H	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
NIMVASTID*56CPS 1,5MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
NIMVASTID*56CPS 3MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
NIMVASTID*56CPS 4,5MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
NIMVASTID*56CPS 6MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER

[\[DocCRE\]](#) Criteri di applicazione della nota Aifa n. 85 e Piano terapeutico

La formulazione in cerotti transdermici è particolarmente indicata nei pazienti in cui la via orale non è utilizzabile.

N06DA04 Galantamina

GALNORA*28CPS 16MG RP	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
GALNORA*28CPS 24MG RP	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
GALNORA*28CPS 8MG RP	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER

[\[DocCRE\]](#) Criteri di applicazione della nota Aifa n. 85 e Piano terapeutico

N06DX Altri farmaci anti-demenza

N06DX01 Memantina

EBIXA*OS SOLUZ 5MG/EROGAZIONE	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
MEMANTINA MYL*28CPR RIV 20MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER
MEMANTINA MYL*56CPR RIV 10MG	A	PT farmaci Alzheimer - Nota 85	PHT - PT - RER

[\[DocCRE\]](#) Criteri di applicazione della nota Aifa n. 85 e Piano terapeutico

N07 Altri farmaci del sistema nervoso

N07A Parasimpaticomimetici

N07A Parasimpaticomimetici

N07AA Anticolinesterasici

N07AA01 Neostigmina

INTRASTIGMINA*IM 6F 1ML 0,5MG	A		
-------------------------------	---	--	--

N07AA02 Piridostigmina

MESTINON*20CPR 60MG	A	
MESTINON*50CPR 180MG R.P.	A	

N07AX Altri parasimpaticomimetici**N07AX01 Pilocarpina**

SALAGEN*84CPR RIV 5MG	A	Erogazione Diretta
-----------------------	---	--------------------

N07B Farmaci usati nei disordini da assuefazione**N07BB Farmaci usati nella dipendenza da alcool****N07BB Sodio oxibato**

ALCOVER*OS 12FL 10ML SOL 17,5%	H	MOD. STUPEFACENTE
ALCOVER*OS SOLUZ 140ML 17,5%	H	MOD. STUPEFACENTE

N07BB01 Disulfiram

ANTABUSE DISPERG.*24CPR 400MG	C	
-------------------------------	---	--

N07BB03 Acamprosato

CAMPRAL*84CPR RIV 333MG	A	PHT
-------------------------	---	-----

N07BB04 Naltrexone

ANTAXONE*OS 10FL 50MG/10ML	A	
NALTREXONE ACC*14CPR RIV 50MG	A	PHT

N07BC Farmaci usati nella dipendenza da oppioidi**N07BC01 Buprenorfina**

BUPRENORFINA MOLT*7CPR 2MG	H	Stupefacente: Tab. A medicinali
BUPRENORFINA MOLT*7CPR 8MG	H	Stupefacente: Tab. A medicinali

N07BC02 Metadone

EPTADONE*IM 5F 1ML 10MG	H/OSP	PHT - MOD. STUPEFACENTE
METADONE CLOR.MOL*OS 1MG/ML20M	A	PHT - MOD. STUPEFACENTE
METADONE CLOR.MOL*OS 5MG/ML 5M	H/OSP	PHT - MOD. STUPEFACENTE
METADONE CLOR.MOL*OS 5MG/ML20M	A	PHT - MOD. STUPEFACENTE
METADONE CLOR.MOL*OS 1MG/ML1000	H/OSP	PHT - MOD. STUPEFACENTE
METADONE CLOR.MOL*OS 5MG/ML1000	H/OSP	PHT - MOD. STUPEFACENTE

N07X Altri farmaci del sistema nervoso**N07XX Altri farmaci del sistema nervoso****N07XX02 Riluzolo**

RILUZOLO SUN*56CPR RIV 50MG	A	Esclusiva erogazione diretta
-----------------------------	---	------------------------------

N07XX04 Sodio oxibato

XYREM*OS SOLUZ 180ML500MG/ML+M	C	MOD. STUPEFACENTE
--------------------------------	---	-------------------

N07XX09 Dimetilfumarato

TECFIDERA*14CPS 120MG	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PT RER; esclusiva erogazione diretta
-----------------------	---	--	--------------------------------------

TECFIDERA*56CPS 240MG	A	Nota 65 - PT sclerosi multipla	PT RER; esclusiva erogazione diretta
-----------------------	---	--	--------------------------------------

- **Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (dicembre 2015).** A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci neurologici, Regione Emilia-Romagna

[Doc. PTR 271 aggiornamento 2016](#) [PDF - 1.063kB]

[Doc. PTR 271 tabelle dic-2015](#) [PDF - 1.032kB]

(Documento 271 in aggiornamento). La seguente determina riporta l'aggiornamento delle raccomandazioni contenute nel Doc 271

[Det 9757 del 22_6_2018](#) [PDF - 431kB]

P Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti

P01 Antiprotozoari

P01A Sostanze contro l'amebiasi e altre affezioni protozoarie

P01AB Derivati nitroimidazolici

P01AB01 Metronidazolo

FLAGYL*20CPS 250MG BLIST	A		
--------------------------	---	--	--

P01AX Altre sostanze contro l'amebiasi e altre affezioni protozoarie

P01AX06 Atovaquone

WELLVONE*OS SOSP FL 240ML	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

P01B Antimalarici

P01BA Aminochinoline

P01BA01 Cloroquina

CLOROCHINA*30CPR RIV 250MG	A		
----------------------------	---	--	--

P01BA02 Idrossicloroquina

PLAQUENIL*25CPR RIV 200MG	A		
---------------------------	---	--	--

P01BA03 Primachina

PRIMACHINA FOSFATO 7,5 MG			
---------------------------	--	--	--

P01BC Alcaloidi chininici

P01BC01 Chinina

CHININA SOLFATO* 20CPR 250MG	C		
------------------------------	---	--	--

P01BD Diaminopiridine

P01BD01 Pirimetamina

DARAPRIM 25 MG CP			
-------------------	--	--	--

P01BD51 Sulfametopirazina + Pirimetamina

METAKELFIN*FL 10CPR 500MG+25MG	C		
--------------------------------	---	--	--

P01C Sostanze contro la leishmaniosi e la tripanosomiasi

P01CX Altre sostanze contro la leishmaniosi e la tripanosomiasi

P01CX01 Pentamidina

PENTACARINAT*IM EV/AEROS 300MG	A		
--------------------------------	---	--	--

P02 Antielmintici

P02C Antinematodi

P02CA Derivati benzimidazolici

P02CA01 Mebendazolo

VERMOX 500*30CPR 500MG	A		
VERMOX*6CPR 100MG	A		
VERMOX*OS SOSP 20MG/ML 30ML	A		

P02CA03 Albendazolo

ZENTEL*3CPR 400MG	A		
-------------------	---	--	--

P02CF Avermectine

P02CF01 Ivermectina

STROMEKTOL 3 MG COMPRESSE			
---------------------------	--	--	--

P03 Ectoparassitici,compresi gli antiscabbia,insetticidi e repellenti

P03A Ectoparassitici,compresi gli antiscabbia

P03AC Piretrine, inclusi composti sintetici

P03AC04 Permetrina

SCABIANIL*CREMA 30G 5%	C		
------------------------	---	--	--

R Sistema respiratorio

R03 Antiasmatici

R03A Adrenergici per aerosol

R03AC Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici

R03AC02 Salbutamolo [d. az. breve]

BRONCOVALEAS*NEBUL 15ML 500MG/	A		
--------------------------------	---	--	--

VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	A		
--------------------------------	---	--	--

R03AC12 Salmeterolo [d. az. lunga]

SEREVENT*DISKUS INAL 60D 50MCG	A		
--------------------------------	---	--	--

SEREVENT*INAL 25MCG 120EROG	A		
-----------------------------	---	--	--

R03AC13 Formoterolo [d. az. lunga]

ATIMOS*SOLxINAL 12MCG 100D	A		
----------------------------	---	--	--

FOROTAN*POLV 100CPS 12MCG+EROG	A		
--------------------------------	---	--	--

R03AC18 Indacaterolo maleato

ONBREZ BREEZHALER*30 CPS 150MCG	A		Monitoraggio intensivo
---------------------------------	---	--	------------------------

ONBREZ BREEZHALER*30 CPS 300MCG	A		Monitoraggio intensivo
---------------------------------	---	--	------------------------

[Doc.PTR n.206 - Indacaterolo marzo 2014](#) [PDF - 776kB]

R03AC19 Olodaterolo

STRIVERDI RESPIMAT*1INAL 30D	A		
------------------------------	---	--	--

R03AK Adrenergici e altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie

R03AK06 Salmeterolo + Fluticasone

ALIFLUS*DISKUS 50/100 INAL 60D	A		
--------------------------------	---	--	--

ALIFLUS*DISKUS 50/250 INAL 60D	A		
--------------------------------	---	--	--

ALIFLUS*DISKUS 50/500 INAL 60D	A		
ALIFLUS*INAL 120D 25/125MCG	A		
ALIFLUS*INAL 120D 25/250MCG	A		
ALIFLUS*INAL 120D 25/50MCG	A		

R03AK07 Formoterolo + Budesonide

SYMBICORT*INAL 120D 160/4,5MCG	A		
SYMBICORT*INAL 60D 320/9MCG	A		

R03AK08 Formoterolo+beclometasone

FOSTER*POLV INAL 120D NEXTHALER	A		
FOSTER*SOLxINAL 120D 100+6MCG	A		

R03AK10 Vilanterolo+Fluticasone

R03AK11 Formoterolo + Fluticasone

R03AL Adrenergici in associazione con anticolinergici

R03AL03 Vilanterolo e umeclidino bromuro

LAVENTAIR*POLV INAL55/22MCG 30	A		
--------------------------------	---	--	--

Piano terapeutico regionale per la prescrizione di umeclidinio/vilanterolo nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) - (dicembre 2015)

[PT BPCO dic 2015](#) [PDF - 609kB]

R03AL04 Indacaterolo/Glicopirronio

ULTIBRO BREEZHALER	A		
--------------------	---	--	--

Documento PTR n.268 relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione di Indacaterolo/Glicopirronio nel trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)" (dicembre 2015)

[PT BPCO dic 2015](#) [PDF - 610kB]

R03AL05 Aclidinio/Formoterolo

Documento PTR n.298 relativo a: "Piano terapeutico regionale per la prescrizione di Aclidinio + formoterolo nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BpcO)" (aprile 2017)

[PT BPCO apr 2017](#) [PDF - 363kB]

R03AL06 Tiotropio/olodaterolo

SPIOLTO RESPI*IINAL2,5+2,5MCG	A		
-------------------------------	---	--	--

Documento PTR n.299 relativo a "Piano terapeutico regionale per la prescrizione di Tiotropio + Olodaterolo nel trattamento della Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BpcO)" (aprile 2017)

[PT BPCO apr 2017](#) [PDF - 362kB]

R03B Altri antiasmatici per aerosol

R03BA Glicocorticoidi

R03BA01 Beclometasone

BECOTIDE*FL 250MCG 200D SOL PR	A		
BECOTIDE*FL 50MCG 200D SOL PRE	A		

CLENIL*AER 20FL 1D 0,8MG/2ML	A		
CLENILEXX*SOL PRESS.100MCG+AUT	A		
R03BA02 Budesonide			
AIRCORT*SOSPxINAL 100D 400MCG	A		
AIRCORT*SOSPxINAL 200D 200MCG	A		
BUDEXAN*NEBUL 20MONOD 0,5MG/2M	A		
BUDEXAN*NEBUL 20MONOD 1MG/2ML	A		
R03BA05 Fluticasone			
FLIXOTIDE*DISKUS 250MCG 60D	A		
FLIXOTIDE*DISKUS 500MCG 60D	A		
FLIXOTIDE*INAL 125MCG 120EROG	A		
FLIXOTIDE*INAL 250MCG 120D	A		
FLIXOTIDE*INAL 50MCG 120D	A		
R03BB Anticolinergici			
R03BB01 Ipratropio bromuro			
ATEM*SOLxNEBUL 10FL 2ML 0,025%	A		
R03BB04 Tiotropio bromuro			
SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL 60EROG	A		
SPIRIVA*30CPS 18MCG HANDIHALER	A		
R03BB05 Aclidinio bromuro			
BRETARIS GENUAIR* INAL 60 DOSI	A		Monitoraggio addizionale
Doc. PTR n. 207 aclidinio [PDF - 490kB]			
R03BB06 Glicopirronio bromuro			
SEEBRI BREEZHALER*30 CPS 44MCG	A		Monitoraggio addizionale
Doc. PTR n. 208 Glicopirronio marzo 2014 [PDF - 246kB]			
R03BB07 Umeclidinio			
INCRUSE*1INAL 30DOSI 55MCG	A		
R03BC Sostanze antiallergiche, esclusi i corticosteroidi			
R03BC03 Nedocromil			
TILADE*AEROSOL 36F 10MG 2ML	A		
TILADE*SOSP PRESS INAL 2MG 112	A		
R03D Altri antiasmatici per uso sistemico			
R03DA Derivati xantini			
R03DA04 Teofillina			
THEODUR*30CPR 300MG RP	A		

THEOLAIR SR 350*30CPR 350MG	A		
-----------------------------	---	--	--

R03DA05 Aminofillina

AMINOFILLINA MON*5F 240MG 10ML	C		
--------------------------------	---	--	--

R03DX Altri farmaci sistemici per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie delle vie respiratorie

R03DX05 Omalizumab

XOLAIR*SC 1FL 150MG+1F 2ML	A	PT omalizumab	PT RER, Monitoraggio addizionale
----------------------------	---	-------------------------------	----------------------------------

[Registro AIFA](#) Farmaci per le malattie respiratorie sottoposti a monitoraggio.

[Doc. PTR n. 218](#) "Piano terapeutico per la prescrizione di Omalizumab - asma" (aprile 2014)

[Doc. PTR N.288](#) [PDF - 1.724kB]

Doc. PTR n. 288: "Scheda di valutazione di Omalizumab nell'orticaria cronica spontanea" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.289](#) [PDF - 689kB]

Doc. PTR N. 289: "Piano terapeutico per la prescrizione di Omalizumab - orticaria cronica" (maggio 2016)

R03DX09 Mepolizumab

NUCALA*SC 1FL 100MG	A		PT AIFA, Monitoraggio addizionale
---------------------	---	--	-----------------------------------

R05 Preparati per la tosse e le malattie da raffreddam

R05C Espettoranti, escluse le associazioni con antitosse

R05CB Mucolitici

R05CB13 Dornase alfa

PULMOZYME*INAL 6F 2500U 2,5ML	A		
-------------------------------	---	--	--

R05D Antitosse, escluse le associazioni con espettoranti

R05DA Alcaloidi dell'oppio e derivati

R05DA Diidrocodeina

PARACODINA*OS GTT FL 15G	A	Nota 31	
--------------------------	---	-------------------------	--

R05DB Altri sedativi della tosse

R05DB27 Levodropropizina

TAUTUX*OS GTT 30ML 6%	A	Nota 31	
-----------------------	---	-------------------------	--

R06 Antiistaminici per uso sistemico

R06A Antiistaminici per uso sistemico

R06AB Alchilamine sostituite

R06AB04 Clorfenamina

TRIMETON*INIET 5F 1ML 10MG	C		
----------------------------	---	--	--

R06AD Derivati fenotiazinici

R06AD02 Prometazina

FARGANESSE*INIET 5F 50MG/2ML	A	Nota 89	
------------------------------	---	-------------------------	--

R06AE Derivati piperazinici

R06AE07 Cetirizina

CERCHIO*20CPR DIV 10MG	A	Nota 89	
------------------------	---	-------------------------	--

CERCHIO*OS GTT 20ML 10MG/ML	A	Nota 89	
-----------------------------	---	-------------------------	--

R07 Altri preparati per il sistema respiratorio

R07A Altri preparati per il sistema respiratorio

R07AA Surfattanti polmonari

R07AA02 Surfattante alveolare suino

CUROSURF*1FL 3ML 80MG/ML	H/OSP		
CUROSURF*2FL 1,5ML 80MG/ML	H/OSP		

R07AX Altri preparati per il sistema respiratorio

R07AX02 Ivacaftor

KALYDECO*56CPR RIV 150MG	A		Scheda di monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
--------------------------	---	--	---

L'erogazione è limitata alla sola distribuzione diretta.

[Doc PTR 259 Scheda di valutazione del farmaco Ivacaftor \(aggiornamento giugno 17\)](#) [PDF - 648kB]

R07AX30 Lumacaftor/ivacaftor

ORKAMBI*112CPR RIV 200+125MG	A		Scheda di monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
------------------------------	---	--	---

S Organi di senso

S01 Oftalmologici

S01A Antimicrobici

S01AA Antibiotici

S01AA01 Cloramfenicolo

SIFICETINA*COLL FL 5ML 0,4%	C		
SIFICETINA*UNG OFT 5G 1%	C		

S01AA02 Clortetraciclina

AUREOMICINA*CREMA OFT 3,5G	C		
----------------------------	---	--	--

S01AA11 Gentamicina

GENTICOL*COLL FL 10ML 0,3%	C		
GENTICOL*UNG OFT 5G 0,3%	C		
RIBOMICIN*COLL 5MONOD.0,5ML	C		

S01AA12 Tobramicina

MITOBRIN*COLL 1FL 5ML 0,3%	C		
----------------------------	---	--	--

S01AA13 Acido fusidico

FUCITHALMIC LEO*OFT GTT 5G 1%	C		
-------------------------------	---	--	--

S01AA23 Netilmicina

NETTAVISC*UNG OFT 0,3% 5G	C		
---------------------------	---	--	--

S01AA27 Cefuroxima sodica

APROKAM*1FL INIET 50MG	C		
------------------------	---	--	--

S01AD Antivirali

S01AD03 Aciclovir

ZOVIRAX OFTALMICO*UNG 4,5G 3%	A		
-------------------------------	---	--	--

S01AE01 Ofloxacina

EXOCIN*UNG OFT 3,5G 0,3%	C		
--------------------------	---	--	--

S01AX Altri antimicrobici**S01AX12 Norfloxacina**

NAFLOX*COLL 25FL 0,5ML 0,3%	C		
-----------------------------	---	--	--

S01AX18 Iodopovidone

OFTASTERIL*25FL 15ML 1D 5%	C		
----------------------------	---	--	--

S01B Antiinfiammatori**S01BA Corticosteroidi, non associati****S01BA01 Desametasone**

ETACORTILEN*0,15% COLL20D 0,3M	C		
--------------------------------	---	--	--

LUXAZONE*COLL FL 3ML 0,2%	C		
---------------------------	---	--	--

LUXAZONE*OFT UNG 3G 0,2%	C		
--------------------------	---	--	--

OZURDEX*IMP INTRAVIT 700MCG+ AP	H		Monitoraggio intensivo
---------------------------------	---	--	------------------------

[Doc. PTR n. 167 desametasone intravitale](#) [PDF - 807kB]

S01BA05 Triamcinolone acetoneide

TRIESENCE*INIET FL 40MG 1ML	H		Solo uso ospedaliero
-----------------------------	---	--	----------------------

S01BC Antiinfiammatori non steroidei**S01BC03 Diclofenac sodico**

DICLOFTIL*COLL 30CONT 1D 0,5ML	C		
--------------------------------	---	--	--

S01C Antiinfiammatori e Antimicrobici in associazione**S01CA Corticosteroidi e antimicrobici in associazione****S01CA05 Betamesone + cloramfenicolo**

BETABIOPTAL*COLL FL 5ML	C		
-------------------------	---	--	--

BETABIOPTAL*UNG OFT 5G	C		
------------------------	---	--	--

S01E Preparati antiglaucoma e miotici**S01EA Simpaticomimetici per la terapia del glaucoma****S01EA05 Brimonidina**

GLAUBRIM*COLL 1FL 5ML 2MG/ML	A		
------------------------------	---	--	--

S01EB Parasimpaticomimetici**S01EB01 Pilocarpina**

PILOCARPINA FARM*COLL25D 0,5ML	C		
--------------------------------	---	--	--

PILOCARPINA LUX*COLL 10ML 2%	C		
------------------------------	---	--	--

S01EB09 Acetilcolina

MIOVISIN*OFT 6F POLV+6F SOLV	C/OSP		
------------------------------	-------	--	--

S01EC Inibitori dell'anidrasi carbonica**S01EC01 Acetazolamide**

DIAMOX*12CPR 250MG	A		
--------------------	---	--	--

S01EC02 Diclofenamide

ANTIDRASI*IV 5F 75MG+5F 2,5ML	A		
-------------------------------	---	--	--

FENAMIDE*20CPR 50MG	A		
---------------------	---	--	--

S01EC03 Dorzolamide

TRUSOPT*OFT FL 5ML 2% OCUMETER	A		
--------------------------------	---	--	--

S01EC04 Brinzolamide

AZOPT*COLL 1FL 5ML 10MG/ML	A		
----------------------------	---	--	--

S01ED Betabloccanti**S01ED01 Timololo**

CUSIMOLOL*COLL 5ML 0,5%	A		
-------------------------	---	--	--

DROPTIMOL*COLL 25FL 0,5%	A		
--------------------------	---	--	--

OFTIMOLO*OFT SOLUZ 5ML 0,25%	A		
------------------------------	---	--	--

S01ED02 Betaxololo

BETOPTIC*COLL 5ML 0,5%	A		
------------------------	---	--	--

S01ED05 Carteololo

CARTEOL*COLL FL 5ML 2%	A		
------------------------	---	--	--

S01ED51 Timololo + Dorzolamide

COSOFT*COLL 2%+0,5% 1FL 5ML OC	A		
--------------------------------	---	--	--

S01ED51 Timololo + Latanoprost

LATANOPROST TIMOLOL SAND*COLL 1FL	A		
-----------------------------------	---	--	--

S01EE Analoghi delle prostaglandine**S01EE01 Latanoprost**

LATANOPROST SA*COLL 1FL 2,5ML	A		
-------------------------------	---	--	--

S01EE03 Bimatoprost

LUMIGAN*COLL FL 3ML 0,3MG/ML	A		
------------------------------	---	--	--

S01EE04 Travoprost

TRAVATAN*GTT OFT 1FL 40MCG/ML	A		
-------------------------------	---	--	--

S01F Midriatici e cicloplegici**S01FA Anticolinergici****S01FA01 Atropina**

ATROPINA 1% FARMIGEA*5MONODOSE	C		
--------------------------------	---	--	--

S01FA04 Ciclopentolato

CICLOLUX*COLL 1% FL 3ML	C		
-------------------------	---	--	--

S01FA06 Tropicamide

TROPIMIL*COLL 5ML 0,5%	C		
------------------------	---	--	--

TROPIMIL*COLL 5MONODOSE 0,5ML	C		
-------------------------------	---	--	--

VISUMIDRIATIC*COLL 10ML 1%	C		
----------------------------	---	--	--

S01FA56 Tropicamide + Fenilefrina

--	--	--	--

MYDRIASERT*20INSERTIO,28/5,4MG	C		
--------------------------------	---	--	--

S01FB **Simpaticomimetici, esclusi i preparati antiglaucoma**

S01FB01 **Fenilefrina**

ISONEFRINE*COLL 1FL 5ML 36%	C		
-----------------------------	---	--	--

S01H **Anestetici locali**

S01HA **Anestetici locali**

S01HA02 **Ossibuprocaina**

BENOXINATO CL*30FL 0,5ML 0,4%	C		
-------------------------------	---	--	--

S01HA07 **Lidocaina**

LIDOCAINA CLOR 4%*COLL 100MONO	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

S01J **Diagnostici**

S01JA **Sostanze coloranti**

S01L **Sostanze contro le malattie vascolari oculari**

S01LA **Sostanze antineovascolarizzazione**

S01LA **Bevacizumab**

- [\[DocCRF\]](#) n.168: "Bevacizumab intravitale nella Degenerazione maculare legata all'età - Rapporto tecnico su efficacia e sicurezza" (aggiornamento febbraio 2013)

S01LA01 **Verteporfina**

VISUDYNE*INFUS 1FL 15MG 10ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

S01LA03 **Pegaptanib**

MACUGEN*INIET 1SIR 0,3MG	H/OSP		
--------------------------	-------	--	--

- [\[DocCRF\]](#) n.168: "Bevacizumab intravitale nella Degenerazione maculare legata all'età - Rapporto tecnico su efficacia e sicurezza" (novembre 2012)
- [Scheda registro AIFA](#)

S01LA04 **Ranibizumab**

LUCENTIS*INIET 1FL 0,23ML 10MG	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

- [Doc. PTR n. 223 Ranibizumab edema diabetico RVO](#) [PDF - 892kB]
"Documento relativo a: "Ranibizumab: diminuzione visiva causata dall'edema maculare diabetico (DME); diminuzione visiva causata dall'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica" (giugno 2014)"
- [\[DocCRF\]](#) n.168: "Bevacizumab intravitale nella Degenerazione maculare legata all'età - Rapporto tecnico su efficacia e sicurezza" (aggiornamento febbraio 2013)
- [Scheda registro AIFA](#)

S01LA05 **Aflibercept**

EYLEA*INIET 1FL 40MG/ML	H		Monitoraggio addizionale - scheda di monitoraggio AIFA
-------------------------	---	--	--

Aflibercept per uso intravitale - aggiornamento marzo 2015

[Doc. PTR 224 mar-2015](#) [PDF - 666kB]

S01X **Altri oftalmologici**

S01XA **Altri oftalmologici**

S01XA19 **Cellule epiteliali corneali umane autologhe vitali**

HOLOCLAR*IMP 79000-316000 CELL	H		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
--------------------------------	---	--	---

S01XA20 Carbomer

SICCAFLUID*GEL OFT 0,25% 10ML	A	Nota 83	
-------------------------------	---	-------------------------	--

S01XA20 Lacrime artificiali

CELLUVISC*COLL 30FL 0,4ML 0,5%	C		
--------------------------------	---	--	--

HYALISTIL*COLL 20D 0,25ML	C		
---------------------------	---	--	--

LACRILUBE*UNG OFT 3,5G	C		
------------------------	---	--	--

S01XA22 Ocriplasmina

JETREA*1FL 0,2ML 0,5MG/0,2ML	H		Monitoraggio addizionale
------------------------------	---	--	--------------------------

Raccomandazioni evidence-based: "**Ocriplasmina per il trattamento della trazione vitreomaculare**" (settembre 2014)

[Doc. PTR 234 sett-2014](#) [PDF - 1.322kB]

S01XA24 Cenegermin

OXERVATE*COLL 7FL 20MCG/ML 1ML	H		Monitoraggio addizionale - Farmaco biotecnologico - Innovativo (non oncologico) - Scheda monitoraggio AIFA
--------------------------------	---	--	---

[Det 4081/2018](#)

V Vari

V01 Allergeni

V01AA Estratti allergenici

V01AA02 Polline di graminacee

GRAZAX*OS 100LIOF 75.000SQ-T	A	PT Grazax	PT AIFA
------------------------------	---	---------------------------	---------

ORALAIR*30CPR SUBL 300IR	A	PT Oralair	PT AIFA
--------------------------	---	----------------------------	---------

273) Scheda di valutazione "Immunoterapia sublinguale. Estratti standardizzati di polline di graminacee" (dicembre 2015)

[Doc. PTR 273 dic-2015](#) [PDF - 1.189kB]

V03 Tutti gli altri prodotti terapeutici

V03A Tutti gli altri prodotti terapeutici

V03AB Antidoti

V03AB01 Ipecacuana

IPECACUANA*7% SCIR 100ML	C		
--------------------------	---	--	--

V03AB03 Dicobalto edetato

KELOCYANOR F 2,5MG			
--------------------	--	--	--

V03AB03 Edetato disodico calcio

SODIO EDETATO MONI*5F 0,5G 5ML	C		
--------------------------------	---	--	--

V03AB04 Pralidossima

CONTRATHION*EV 1FL 200MG+10ML	A		
-------------------------------	---	--	--

V03AB06 Sodio tiosolfato

SODIO IPOSOLF MONICO*5F 1G/10M	C		
--------------------------------	---	--	--

V03AB09 Dimercapolo

B.A.L. IM 10F 2ML 100MG		
-------------------------	--	--

V03AB14 Protamina

PROTAMINA VAL*EV 1F 50MG 5ML	A	
------------------------------	---	--

V03AB15 Naloxone

NALOXONE CLOR.HOS*1F 0,4MG 1ML	C	
--------------------------------	---	--

NARCAN NEONATAL*1F 2ML 0,04MG	A	
-------------------------------	---	--

V03AB23 Acetilcisteina

HIDONAC*EV 1FL 5G 25ML	C/OSP	
------------------------	-------	--

V03AB24 Frammenti anticorpali specifici contro digossina

DIGIFAB FF 40 MG		
------------------	--	--

V03AB25 Flumazenil

FLUMAZENIL TEVA*5F 10ML 0,1MG/ML	H	
----------------------------------	---	--

FLUMAZENIL TEVA*5F 5ML 0,1MG/ML	H	
---------------------------------	---	--

V03AB33 Idrossocobalamina

CYANOKIT*POLV IV 1FL 5G+SET	C	
-----------------------------	---	--

V03AB35 Sugammadex

BRIDION*10FL EV 5ML 100MG/ML	H/OSP	
------------------------------	-------	--

[\[DocCRF\]](#) n. 109 Luglio 2010. "Qualora si renda necessaria una rapida inversione del blocco neuromuscolare, dopo somministrazione di rocuronio, nelle seguenti situazioni cliniche:

antagonismo in emergenza in caso di intubazione difficile nella Rapid Sequence Induction (RSI);

RSI in urgenza per i pazienti in cui l'impiego della succinilcolina sia controindicato o che sono a rischio di sviluppare reazioni avverse gravi in quanto affetti da iperpotassiemia, ferite gravi, ustioni gravi, grave degenerazione muscolare, miastenia e sindromi miasteniformi, malattie neuromuscolari, anamnesi personale o familiare di ipertermia maligna, atipia ereditaria della colinesterasi o con bassi livelli plasmatici di colinesterasi, obesi (BMI > 35) e BPCO severa (III e IV stadio).

V03AC Sostanze chelanti del ferro

V03AC01 Deferoxamina

DESFERAL*10FL 500MG/5ML+10F5ML	A	PHT - PT
--------------------------------	---	----------

DESFERAL*1FL 2G/20ML+1F SOLV	A	PHT - PT
------------------------------	---	----------

V03AC02 Deferiprone

FERRIPROX*100CPR RIV 500MG	A	PHT - PT
----------------------------	---	----------

FERRIPROX*OS FL 250ML 100MG/ML	A	PHT - PT
--------------------------------	---	----------

V03AC03 Deferasirox

EXJADE*28CPR DISP 125MG	A	PHT
-------------------------	---	-----

EXJADE*28CPR DISP 250MG	A	PHT
-------------------------	---	-----

EXJADE*28CPR DISP 500MG	A	PHT
-------------------------	---	-----

- Scheda di valutazione del farmaco **Deferasirox**

[Doc. PTR 54 aggior. gen 2015](#) [PDF - 404kB]

- [\[Scheda CRF\]](#) per la prescrizione

V03AE Farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia e dell'iperfosfatemia

V03AE01 Polistirensolfonato

KAYEXALATE*OS SOSP FL 454G	A		
----------------------------	---	--	--

SORBISTERIT*OS RETT POLV 500G	A		
-------------------------------	---	--	--

V03AE02 Sevelamer

REVELA*FL 180CPR RIV 800MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT - RER
----------------------------	---	-----------------------------------	----------------

REVELA*OS POLV 60BUST 2,4G	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT
----------------------------	---	-----------------------------------	----------

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 “I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo...”](#) [PDF - 1.408kB]

[270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI](#) [PDF - 1.185kB]

V03AE03 Lantano carbonato

FOZNOL*FL 90CPR 1000MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT - RER
------------------------	---	-----------------------------------	----------------

FOZNOL*FL 90CPR 500MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT - RER
-----------------------	---	-----------------------------------	----------------

FOZNOL*FL 90CPR 750MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT - RER
-----------------------	---	-----------------------------------	----------------

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 “I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo...”](#) [PDF - 1.408kB]

[270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI](#) [PDF - 1.185kB]

V03AE05 Ossi-idrossido sucroferrico

VELPHORO*FL 90CPR MAST 500MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT - PT RER
------------------------------	---	-----------------------------------	--------------

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 “I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osseo...”](#) [PDF - 1.408kB]

[270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI](#) [PDF - 1.185kB]

V03AF Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici

V03AF01 Mesna

UROMITEXAN*IV 15F 4ML 400MG/4M	A		
--------------------------------	---	--	--

V03AF02 Dexrazoxano

CARDIOXANE*INFUS FL 500MG	H/OSP		
---------------------------	-------	--	--

V03AF03 Calcio folinato

CITOFOLIN*10CPR 15MG	C		
----------------------	---	--	--

V03AF04 Calcio levofolinato

CALCIO LEVOF TEVA*EV 1FL 175MG	H		
--------------------------------	---	--	--

CALCIO LEVOF TEVA*EV FL 100MG	H		
-------------------------------	---	--	--

V03AF07 Rasburicase

FASTURTEC*EV 1F 7,5MG+1F 5ML	C		
------------------------------	---	--	--

V03AF08 Palifermin

KEPIVANCE*6FL POLV EV 6,25MG	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

- [\[DocCRF\]](#)

Inserimento per periodo limitato, con rivalutazione a 6 mesi, utilizzo esclusivo da parte della U.O. Ematologia.

V03AH Farmaci per il trattamento della ipoglicemia**V03AH01 Diazossido**

PROGLICEM*100CPS 100MG	A		
------------------------	---	--	--

V03AZ Deprimenti del sistema nervoso**V03AZ01 Etanolo (soluzione 50%)****V04 Diagnostici****V04C Altri diagnostici****V04CA Test per il diabete****V04CA02 Glucosio monoidrato**

GLUCOSIO SCL.D*OS SCIR 50% 150M	C		
---------------------------------	---	--	--

V04CD Test di funzionalita' ipofisaria**V04CD03 Sermorelina**

GEREF*EV 1F 50MCG+F 1ML			estero
-------------------------	--	--	--------

V04CD05 Somatorelina

GHRH FERRING 50 MCG FIALA			
---------------------------	--	--	--

GHRH FERRING*1F 50MCG+F 1ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

V04CF Test per la tubercolosi**V04CF01 Tubercolina**

TUBERTEST SUI FL 10DOSI			
-------------------------	--	--	--

V04CG Test per la secrezione gastrica**V04CG04 Pentogastrina**

PENTAGASTRIN 500 MCG 2 ML 5 FIALE			
-----------------------------------	--	--	--

V04CJ Test per la funzionalità tiroidea**V04CJ01 Tireotropina alfa**

THYROGEN*IM 2F 0,9MG	H		
----------------------	---	--	--

V04CJ02 Protirelina

TRH 200 MCG			
-------------	--	--	--

V04CX Altri diagnostici**V04CX Bleu di Evans****V04CX Esaminolevulinato**

HEXVIX*ENDOYESC 85MG 10ML+50ML	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

Limitatamente a: "pazienti che presentano una recidiva di Ca vescicale (Ta o T1) o Ca in situ (CIS) ad alto grado di malignità (T= 1; G2/3), o in pazienti con citologie urinarie positive in assenza di lesioni macroscopicamente evidenti alla cistoscopia a luce bianca di controllo".

V04CX Fluoresceina

FLUORESCINA SODICA MON*IV 10F	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

V04CX Rosso Congo**V04CX Sodio bicarbonato + acido citrico anidro**

DUOGAS*GRAT 10BUST 3,5G	C/OSP		
-------------------------	-------	--	--

V04CX Somatostatina

V04CX Urea C tredici

BREATHQUALITY-UBT*OS FL 10ML	H		
------------------------------	---	--	--

CITREDICI UBT KIT*FL75MG+1BUST	H		
--------------------------------	---	--	--

V04CX Xilosio

V04CX Verde indocianina

VERDE INDOC.PULS.*INIET 5FL25M	C/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

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

V07AC Prodotti ausiliari per la trasfusione del sangue

V07AC Anticoagulante ACD

V07AC Anticoagulante CDP

V07AC Sodio citrato

SODIO CITRATO 76MG 2ML 50F (3,8% 2ML)	C		
---------------------------------------	---	--	--

V07AY Altri prodotti ausiliari non terapeutici

V07AY Soluzione di Eurocollins

V08 Mezzi di contrasto

V08A Mezzi di contrasto radiologici, iodati

V08AA Mezzi di contrasto radiologici idrosolubili, nefrotropici, ad alta osmolarita'

V08AA01 Acido diatrizoico

GASTROGRAFIN*OS RETT FL 100ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

V08AA03 Iodamide

ISTEROPAC E.R.*1F 10ML	H/OSP		
------------------------	-------	--	--

V08AB Mezzi di contrasto radiologici idrosolubili, nefrotropici, a bassa osmolarita'

V08AB03 Acido ioxaglico

HEXABRIX 320*INIET 1FL 100ML	H/OSP		
------------------------------	-------	--	--

HEXABRIX 320*INIET 1FL 50ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

HEXABRIX*FL 200ML 320MG/ML	H/OSP		
----------------------------	-------	--	--

V08AB04 Iopamidolo

GASTROMIRO*OS RETT 100ML 61,2%	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

GASTROMIRO*OS RETT 20ML 12,25G	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

GASTROMIRO*OS RETT 50ML 30,62G	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

IOPAMIRO 150*FL 100ML	H/OSP		
-----------------------	-------	--	--

IOPAMIRO 150*FL 250ML 150MG/ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

IOPAMIRO 150*FL 50ML	H/OSP		
----------------------	-------	--	--

IOPAMIRO 300*1F 10ML	H/OSP		
----------------------	-------	--	--

IOPAMIRO 300*FL 100ML	H/OSP		
IOPAMIRO 300*FL 200ML VT I	H/OSP		
IOPAMIRO 300*FL 30ML	H/OSP		
IOPAMIRO 300*FL 50ML	H/OSP		
IOPAMIRO 370*1F 10ML	H/OSP		
IOPAMIRO 370*FL 100ML	H/OSP		
IOPAMIRO 370*FL 200ML VT I	H/OSP		
IOPAMIRO 370*FL 30ML	H/OSP		
IOPAMIRO 370*FL 50ML	H/OSP		

V08AB09 Iodixanolo

VISIPAQUE*270MG I/ML FL 100ML	H/OSP		
VISIPAQUE*270MG I/ML FL 200ML	H/OSP		
VISIPAQUE*270MG I/ML FL 20ML	H/OSP		
VISIPAQUE*270MG I/ML FL 500ML	H/OSP		
VISIPAQUE*270MG I/ML FL 50ML	H/OSP		

V08AB10 Iomeprolo

IOMERON 300*IV FL 100ML	H/OSP		
IOMERON 300*IV FL 150ML	H/OSP		
IOMERON 300*IV FL 200ML VT I	H/OSP		
IOMERON 300*IV FL 500ML	H/OSP		
IOMERON 300*IV FL 50ML	H/OSP		
IOMERON 300*IV FL 75ML	H/OSP		
IOMERON 350*IV FL 100ML	H/OSP		
IOMERON 350*IV FL 150ML	H/OSP		
IOMERON 350*IV FL 200ML	H/OSP		
IOMERON 350*IV FL 250ML	H/OSP		
IOMERON 350*IV FL 500ML	H/OSP		
IOMERON 350*IV FL 50ML	H/OSP		
IOMERON 400*IV FL 100ML	H/OSP		

IOMERON 400*IV FL 150ML	H/OSP		
IOMERON 400*IV FL 200ML	H/OSP		
IOMERON 400*IV FL 250ML	H/OSP		
IOMERON 400*IV FL 50ML	H/OSP		
IOMERON 400*IV FL 75ML	H/OSP		

V08AB11 Iobitridolo

XENETIX 350*FL 100ML 350MG/ML	C/OSP		
XENETIX 350*FL 150ML 350MG/ML	C/OSP		
XENETIX 350*FL 200ML 350MG/ML	C/OSP		
XENETIX 350*FL 500ML 350MG/ML	C/OSP		
XENETIX 350*FL 50ML 350MG/ML	C/OSP		
XENETIX*EV 60ML300MG/ML+SIR+CA	C/OSP		

V08AC Mezzi di contrasto radiologici idrosolubili, epatotropici

V08AD Mezzi di contrasto radiologici non idrosolubili

V08AD01 Olio etiodato

LIPIODOL ULTRAFLUIDO*F 10ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

V08B Mezzi di contrasto radiologici, non iodati

V08BA Bario solfato contenente mezzi di contrasto radiologici

V08BA02 Bario solfato

PRONTOBARIO COLON*SACCA 400G	C/OSP		
PRONTOBARIO HD 340G OS POLV 250% P/V	H/OSP		
TAC ESOFAGO*SOSP 30G 3G/ML	H/OSP		

V08C Mezzi di contrasto per risonanza magnetica

V08CA Mezzi di contrasto paramagnetici

V08CA01 Acido gadopentetico

MAGNEVIST*EV 1FL 100ML 469MG/M	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1FL 10ML 469MG/ML	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1FL 15ML 469MG/ML	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1FL 20ML 469MG/ML	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1FL 30ML 469MG/ML	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1FL 5ML 469MG/ML	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1SIR 10ML 469MG/M	H/OSP		
MAGNEVIST*EV 1SIR 15ML 469MG/M	H/OSP		

MAGNEVIST*EV 1SIR 20ML 469MG/M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

V08CA02 Acido gadoterico

DOTAREM*EV 1FL 20ML 0,5MMOL/ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

V08CA04 Gadoteridolo

PROHANCE*EV 1FL 10ML 279,3MG/M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

PROHANCE*EV 1FL 15ML 279,3MG/M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

PROHANCE*EV 1FL 20ML 279,3MG/M	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

PROHANCE*EV 1FL 5ML 279,3MG/ML	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

PROHANCE*EV 1SIR 15ML 279,3MG	C/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

PROHANCE*EV 1SIR 17ML 279,3MG	C/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

PROHANCE*EV SIR 10ML 279,3MG	C/OSP		
------------------------------	-------	--	--

V08CA08 Acido Gadobenico

MULTIHANCE*EV 1F 10ML	C/OSP		
-----------------------	-------	--	--

MULTIHANCE*EV 1F 15ML	C/OSP		
-----------------------	-------	--	--

MULTIHANCE*EV 1F 20ML	C/OSP		
-----------------------	-------	--	--

MULTIHANCE*EV 1F 5ML	C/OSP		
----------------------	-------	--	--

V08CA09 Gadobutrolo

GADOVIST*FL 15ML 1,0MMOL/ML	H/OSP		
-----------------------------	-------	--	--

Mezzi di contrasto per risonanza magnetica contenenti gadolinio: "...In seguito a segnalazioni di fibrosi sistemica nefrogenica associata all'impiego di mezzi di contrasto contenenti gadolinio, l'uso del farmaco è controindicato nei pz con grave insufficienza renale (GFR30 ml/min/1,73m2)..." (DDL AIFA, febbraio 2007).

V08CB Mezzi di contrasto superparamagnetici

V08CB01 Ferumoxsil

LUMIREM*SOSP 3FL 52,5MG 300ML	C		
-------------------------------	---	--	--

V08CB03 Ferro ossido nanoparticelle

ENDOREM*1F 8ML+SIR	C/OSP		
--------------------	-------	--	--

V08D Mezzi di contrasto per ultrasonologia

V08DA Mezzi di contrasto per ultrasonologia

V08DA05 Zolfo esafluoruro

SONOVUE*1FL 8MCG+1SIR 5ML+ADAT	H/OSP		
--------------------------------	-------	--	--

V10 Radiofarmaci terapeutici

V10B Radiofarmaci terapeutici vari

V10XX Altri radiofarmaci terapeutici

V10XX02 Ibritumomab tiuxetano

ZEVALIN*INFUS 1F 2ML 1,6MG/ML	H/OSP		
-------------------------------	-------	--	--

Doc PTR 287 "Linfoma Follicolare refrattario (LF). Idelalisib, ibritumumab tiuxetano" (maggio 2016)

[Doc. PTR N.287](#) [PDF - 1.310kB]

[Scheda registro AIFA](#)

V10XX03 **Radio-223 dicloruro**

XOFIGO*EV FL 6ML 1000KBQ/ML

H

Monitoraggio addizionale

[Doc RER 252](#) Raccomandazioni evidence-based: “Farmaci per il carcinoma della prostata metastatico castrazione resistente. Abiraterone, Enzalutamide, Docetaxel, Radium 223 dicloruro, Cabazitaxel” (aggiornamento **gennaio 2018**)