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 200 mcg cpr	A/1		
A02BC **Inibitori della pompa acidaInibitori 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 1FL LIOF 40MG	H/OSP		

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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	
A02BC04 **Rabeprazolo**			
A02BC05 **Esomeprazolo**			
NEXIUM*OS GRATxSOSP28BUST 10MG	A	Nota 1 - Nota 48	
A02BD **Associazioni per l'eradicazione di H. Pylori**			
A02BD08 **Bismuto subcitrato + 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 ammonici quaternari**			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A03BB01 **Butilscopolamina**			
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 antagonsti della seratonina (5HT3) è stata valutata secondo il criterio della sovrapponibilità 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 sovrapponibiltà clinica più estese.Il lotto di gara è stato aggiudicato al prodotto risultato economicamente più vantaggioso: Ondansetrone 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		

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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".Doc. PTR 137 Raccomandazioni d'uso: "Aprepitant nella prevenzione della nausea e del vomito precoci e tardivi" (settembre **2011**)Det. 5866/2019			
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	Piano Terapeutico AIFA Acido Obeticolico	
OCALIVA*30CPR RIV 5MG FL	H	Piano Terapeutico AIFA Acido Obeticolico	
Det. 4081/2018			
A05AX **Altri farmaci per la terapia biliare**			
A05AX05 **Odevixibat**			
BYLVAY*30CPS 1200MCG FL	H		Registro AIFA
BYLVAY*30CPS 200MCG FL	H		Registro AIFA
BYLVAY*30CPS 400MCG FL	H		Registro AIFA
Det. 3146/2023			
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**			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A06AD11 **Lattulosio**			
EPALFEN*OS 20BUST 6G	C		
LATTULAC EPS*1SACC RETT SOL20%	H		
Considerata la loro sovrapponibilità 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 sovrapponibilità 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**			
ISOCOLAN*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		
A06AH **Antagonisti dei recettori oppioidi periferici**			
A06AH01 **Metilnaltrexone bromuro**			
RELISTOR*SC 7FL 12MG/0,6ML+7SI	A/90	Nota 90	
Det. 20944/2020			
A06AH03 **Naloxegol**			
MOVENTIG*30CPR RIV 25MG	A/90	Nota 90	
Det. 20944/2020			
A06AH05 **Naldemedina**			
RIZMOIC*28CPR RIV 200MCG	A/90	Nota 90	
Det. 20944/2020			
A06AX **Altri lassativi**			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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		
A07AA12 **Fidaxomicina**			
DIFICLIR*20CPR RIV 200MG (042326049)	H/OSP		Scheda AIFA
Det. 15173/2022			
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		
JORVEZA*90CPR ORODISP 0,5MG	A		PHT
JORVEZA*90CPR ORODISP 1MG	A		PHT
Det.1440/2023 trattamento esofagite eosinofila negli adulti			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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		
Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 164 Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **marzo 2015**)			
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]			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A08AA12 **Setmelanotide**			
IMCIVREE*SC 1FL 1ML 10MG/ML	H		Scheda AIFA
Det. 23028/2022 Riconosciuta innovatività			
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		
CREONIPE*100CPS 420MG 35000U	A		
PANCREX*100CPS 340MG	A		
Det. 15173/2022			
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**			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10AC01 **Insulina umana isofano**			
HUMULIN I*1F 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

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10AE06 **Insulina degludec**			
TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100U/ML	A		Monitoraggio addizionale - PT RER
Doc RER 254 Scheda di valutazione del medicinale Insulina degludec (**aprile 2015**)Det. 5724/2015Det. 8042/2017Det. 4081/2018 Det. 5866/2019Det. 8533/2022 aggiornamento PT-RERDet. 3146/2023 Eliminazione documento PTR N. 255 “PT RER per la prescrizione di insulina degludec"			
A10AE54 **Insulina glargine/lixisenatide**			
SULIQUA*3PEN 100U/ML+33MCG/ML	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT- NOTA 100
SULIQUA*3PEN 100U/ML+50MCG/ML	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT - NOTA 100
Det. 1128/2019Det. 8533/2022			
A10AE56 **Insulina degludec/liraglutide**			
XULTOPHY*5PEN 100U/ML+3,6MG/ML	A	PT Insulina Degludec - (aggiornamento febbraio 2022) - Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	Monitoraggio addizionale - PT RER - Nota 100
Det. 4081/2018Det. 8533/2022			
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		

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT- PT; NOTA 100
EFFICIB*56CPR RIV 50MG+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT - PT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			
A10BD08 **Vildagliptin+Metformina**			
EUCREAS*60CPR 50MG+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
EUCREAS*60CPR 50MG+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			
A10BD09 **Alogliptin benzoato/pioglitazone cloridrato**			
INCRESYNC*28CPR RIV 12,5+30MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
INCRESYNC*28CPR RIV 25+30MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10BD10 **Metformina cloridrato/saxagliptin cloridrato**			
KOMBOGLYZE*56 CPR RIV 2,5+1000 MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
KOMBOGLYZE*56 CPR RIV 2,5+850 MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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 basaleÈ confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa Det. 8533/2022			
A10BD11 **Metformina cloridrato/linagliptin**			
JENTADUETO*56 CPR RIV 2,5+1000 MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
JENTADUETO*56CPR RIV 2,5+850 MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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 basaleÈ confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa Det. 8533/2022			
A10BD13 **Alogliptin benzoato/metformina cloridrato**			
VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			
A10BD15 **Metformina cloridrato/dapagliflozin propanediolo monoidrato**			
XIGDUO*56 CPR RIV 5MG+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
XIGDUO*56CPR RIV 5MG+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10BD16 **Metformina cloridrato/canagliflozin emiidrato**			
VOKANAMET*60 CPR RIV 50+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
VOKANAMET*60CPR RIV 150+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
VOKANAMET*60CPR RIV 150+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
VOKANAMET*60CPR RIV 50+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**)Det. 8533/2022			
A10BD19 **Linagliptin ed Empagliflozin**			
GLYXAMBI*30CPR RIV 10MG+5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
GLYXAMBI*30CPR RIV 25MG+5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Det. 1416/2020Doc 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**)Det. 8533/2022			
A10BD20 **Empagliflozin e metformina cloridrato**			
SYNJARDY*56CPR RIV 12,5+850MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**)Det. 8533/2022			
A10BD21 **Saxagliptin e Dapagliflozin**			
QTERN*28CPR RIV 5MG+10MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Det. 1416/2020Doc 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**)Det. 8533/2022			
A10BD23 **Metformina ed Ertugliflozin**			
SEGLUROMET*56CPR 2,5MG+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
SEGLUROMET*56CPR 7,5MG+1000MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Det. 3966/2020Doc 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**)Det. 8533/2022			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10BD24 **Sitagliptin e Ertuglifozin**			
STEGLUJAN*28CPR RIV 15MG+100MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	Scheda AIFA; PHT
STEGLUJAN*28CPR RIV 5MG+100MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	Scheda AIFA; PHT

Det. 15173/2022

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	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT- PT; NOTA 100
JANUVIA*28CPR RIV 50MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT - PT; NOTA 100

Esclusiva erogazione in distribuzione direttaDoc 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 basaleÈ confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severaDet. 8533/2022

A10BH02 **Vildagliptin**

GALVUS*56CPR 50MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100

Esclusiva erogazione in distribuzione direttaDoc 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 basaleÈ confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severaDet. 8533/2022

A10BH03 **Saxagliptin**

ONGLYZA*28CPR RIV 5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100

Esclusiva erogazione in distribuzione direttaDoc 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 basaleÈ confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10BH04 **Alogliptin**			
VIPIDIA*28 CPR RIV 12,5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
VIPIDIA*28CPR RIV 25MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
VIPIDIA*28CPR RIV 6,5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			
A10BH05 **Linagliptin**			
TRAJENTA* 28CPR RIV 5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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 basaleÈ confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa Det. 8533/2022			
A10BJ **Analoghi del recettore GLP-1**			
A10BJ01 **Exenatide**			
BYDUREON*SC 4KIT FL+SIR 2MG RP	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
BYETTA*SC 1PEN 1,2ML 5MCG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
BYETTA*SC 1PEN 2,4ML 10MCG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Esclusiva erogazione in distribuzione diretta Det. 8533/2022 Det. 23678/2019 exenatide a rilascio prolungato in associazione ad insulina basale e a dapagliflozin Det. 17218/2018 Det. 17573/2015 Doc PTR 226 Documento realtivo 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	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Esclusiva erogazione in distribuzione diretta Det. 17573/2015 Det. 17218/2018 Det. 8533/2022 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**)			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10BJ03 **Lixisenatide**			
LYXUMIA*1 PEN 10MCG+1 PEN 20MCG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
LYXUMIA*2PEN 3ML 20MCG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Esclusiva erogazione in distribuzione diretta Det. 17573/2015Det. 17218/2018Doc 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**)Det. 8533/2022			
A10BJ05 **Dulaglutide**			
TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Esclusiva erogazione in distribuzione direttaDet. 9658/2016Det. 4081/2018Det. 17218/2018Doc 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**) Det. 8533/2022			
A10BJ06 **Semaglutide**			
OZEMPIC*1PEN 0,25MG/D+4AGHI	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
OZEMPIC*1PEN 0,5MG/D+4AGHI	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
OZEMPIC*1PEN 1MG/D+4AGHI	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
RYBELSUS*30CPR 14MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	NOTA 100
RYBELSUS*30CPR 3MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	NOTA 100
RYBELSUS*30CPR 7MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	NOTA 100
Det. 18521/2019Det. 1334/2022Det. 8533/2022Doc 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**			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
A10BK01 **Dapagliflozin**			
FORXIGA*28CPR RIV 10MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100; PT AIFA WEB BASED (MRC)
Esclusiva erogazione in distribuzione diretta Det. 5109/2022 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 321 Piano Terapeutico regionale per la prescrizione degli Inibitori di SGLT2 e loro associazioni precostituite nel trattamento del diabete mellito tipo 2 (aggiornamento **gennaio 2020**) Det. 8533/2022 Det. 11509/2023 Malattia renale cronica negli adulti			
A10BK02 **Canagliflozin**			
INVOKANA*30CPR RIV 100MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
INVOKANA*30CPR RIV 300MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022			
A10BK03 **Empagliflozin**			
JARDIANCE*28CPR RIV 10MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
JARDIANCE*28CPR RIV 25MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
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**) Det. 8533/2022 Det. 15173/2022			
A10BK04 **Ertugliflozin**			
STEGLATRO*28CPR RIV 15MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
STEGLATRO*28CPR RIV 5MG	A	Scheda di prescrizione farmaci NOTA 100 per diabete mellito 2	PHT; NOTA 100
Det. 3966/2020 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**) Det. 8533/2022			
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**			

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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**			
CALCIJEX*IV 25F 1ML 1MCG/ML	H OSP		
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		

ATC Principio attivo / Prodotto	Classe SSN e concedibilità	Note prescrizione	Altre informazioni
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		

A16AA07 **Metreleptina**

MYALEPTA*SC 30FL 11,3MG	H	Scheda AIFA Metreleptina	Scheda AIFA
MYALEPTA*SC 30FL 3MG	H	Scheda AIFA Metreleptina	Scheda AIFA
MYALEPTA*SC 30FL 5,8MG	H	Scheda AIFA Metreleptina	Scheda AIFA

Det. 13861/2020Det. 15173/2022

A16AB **Enzimi**

A16AB02 **Imiglucerasi**

CEREZYME*IV 1FL 200U/5ML	H/OSP		
CEREZYME*IV 1FL 400U/10ML	H/OSP		

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. 40/2007Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA: Farmaci orfani-Registro ISS:http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it/

A16AB15 **Velmanase alfa**

LAMZEDE*EV 2MG/ML 10MG 1FL	H		

Det. 23071/2020

A16AB17 **Cerliponase alfa**

BRINEURA*EV 2FL 150MG 5ML+1FL	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 15515/2020

A16AB18 **Vestronidasi alfa**

MEPSEVII*EV 1FL 2MG/ML 5ML	H/OSP		

Det. 1334/2022

A16AB19 **Pegvaliase**

PALYNZIQ*SC 1SIR 10MG/0,5ML	H		
PALYNZIQ*SC 1SIR 2,5MG/0,5ML	H		
PALYNZIQ*SC 1SIR 20MG/ML	H		

Det. 3757/2021

A16AB21 **Atidarsagene Autotemcel**

LIBMELDY*EV 2-10MILIONI CELL	H OSP		Scheda AIFA

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		

[DocCRF] n.121 Novembre 2010Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA: Farmaci orfani-Registro ISSEsclusiva erogazione in distribuzione diretta

A16AX08 **Teduglutide**

REVESTIVE*INIET SC 28FL 5MG	H	Sceda prescrizione Teduglutide SBS	Scheda di prescrizione

Det. 5866/2019

A16AX10 **Eliglustat**

CERDELGA*56CPS 84MG	A		

Det. 17075/2021

A16AX12 **Trientina (tetra cloridrato)**

CUPRIOR*72CPR RIV 150MG	A		

Det. 11195/2020

A16AX16 **Givosiran**

GIVLAARI*SC 1FL 1ML 189MG/ML	H		Scheda AIFA

Det. 3757/2021

A16AX18 **Lumasiran**

OXLUMO*SC 1FL 94,5MG 0,5ML	H		Registro AIFA

Det. 13687/2022

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**Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno2019**)

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/OSP		
VERACER*10F 25000UI 5ML	H/OSP		

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)Det. 15515/2020 Valutazione e inserimento in PTR di Enoxaparina sodica biosimilare (Ghemaxan)

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)" (**giugno 2019**)

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		

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

B01AC06 **Acido acetilsalicilico + Magn. Idrossido + algedrato**

ASCRIPTIN*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 2012Esclusiva erogazione in Distribuzione Diretta.

B01AC13 **Abciximab**

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

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

B01AC16 **Eptifibatide**

INTEGRILIN*IV 100ML 0,75MG/ML	H/OSP		
INTEGRILIN*IV FL 10ML 2MG/ML	H/OSP		

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

B01AC17 **Tirofiban**

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

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

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

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

B01AC24 **Ticagrelor**

BRILIQUE*56CPR RIV 60MG	A		PHT- PT AIFA
BRILIQUE*56CPR RIV 90MG	A	PT RER Prasugrel Ticagrelor 90	PHT - PT RER

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

B01AC25 **Cangrelor**

KENGREXAL*10FL INFUS 50MG	H/OSP		Scheda di prescrizione AIFA - Monitoraggio addizionale

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)Det. 6976/2019 Det. 13164/2019

B01AC27 **Selexipag**

UPTRAVI*140CPR RIV 200MCG	A		PHT- PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 1000MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 1200MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 1400MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 1600MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 200MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 400MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 600MCG	A		PHT - PT AIFA
UPTRAVI*60CPR RIV 800MCG	A		PHT - PT AIFA

Det. 21664/2019Doc PTR 77

B01AD **Enzimi**

B01AD02 **Alteplasi**

ACTILYSE*IV FL 20MG+FL 20ML	H/OSP		
ACTILYSE*IV FL 50MG+FL 50ML	H/OSP		

Trattamento trombolitico dell'embolia pomonare massiva acuta.Trattamento fibrinolitico dell'icuts 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		

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)Utilizzo riservato a Cardiologia e Unità Coronarica.

B01AE07 **Dabigatran etexilato**

PRADAXA*30X1CPS 110 MG	A		
PRADAXA*60X1CPS 110 MG	A		
PRADAXA*60X1CPS 150 MG	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 2019**)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; l**a 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		
XARELTO*30CPR RIV 10MG PP/ALU	A		
XARELTO*42 CPR RIV 15MG	A	-	

Det.14621/2013Det. 18246/2017Det. 6822/2018Det. 18521/2019Det. 13861/2020 Recepimento della nota AIFA 97 relativa alla prescrizione di NAO/DOAC e AVK nei pazienti con FANV.Det. 5673/2021Det. 7248/2023 Trattamento tromboembolismo venoso (TEV) e prevenzione recidive di TEV.Doc. RER 303 I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive (**giugno 2018**) 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 2019**) 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; l**a CF AVEC rende disponibile il RIVAROXABAN per l'uso in chirurgia ortopedica.**

B01AF01 **Rivaroxaban**

XARELTO*56CPR RIV 2,5MG	A	PT RER Rivaroxaban 2,5 mg PAD	impiego in associazione con ASA in pazienti con PAD sintomatica

Det. 5673/2021Det. 10470/2021

B01AF02 **Apixaban**

ELIQUIS*60CPR RIV 2,5MG	A		
ELIQUIS*60CPR RIV 5 MG	A		

Det. 1416/2020 Aggiornamento della posologia nella cardioversione.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 2019**)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; l**a 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 2019**)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). LMWH e Fondaparinux_CF AVEC_ott 2018 [PDF - 149kB] Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

B01AX07 **Caplacizumab**

CABLIVI*SC EV 1FL 10MG+1SIR1ML	H		

Det. 11195/2020

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

[DocCRF]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

Det. 5830/2017

B02BD02 **Lonoctocog alfa**

AFSTYLA*FL 1000UI+FLSOLV 2,5ML	A		PHT- PT
AFSTYLA*FL 1500UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
AFSTYLA*FL 2000UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
AFSTYLA*FL 250UI+FL SOLV 2,5ML	A		PHT - PT
AFSTYLA*FL 3000UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
AFSTYLA*FL 500UI+FL SOLV 2,5ML	A		PHT - PT

Det. 21664/2019

B02BD02 **Simoctocog alfa**

NUWIQ*EV FL 1000UI+SIR 2,5ML	A		PHT- PT
NUWIQ*EV FL 2000UI+SIR 2,5ML	A		PHT - PT
NUWIQ*EV FL 2500UI+SIR 2,5ML+A	A		PHT - PT
NUWIQ*EV FL 250UI+SIR 2,5ML	A		PHT - PT
NUWIQ*EV FL 3000UI+SIR 2,5ML+A	A		PHT - PT
NUWIQ*EV FL 500UI+SIR 2,5ML	A		PHT - PT

Det. 21664/2019

B02BD02 **Turoctocog alfa**

NOVOEIGHT*EV FL 1000UI+SIR 4ML	A		PHT- PT
NOVOEIGHT*EV FL 1500UI+SIR 4ML	A		PHT - PT
NOVOEIGHT*EV FL 2000UI+SIR 4ML	A		PHT - PT
NOVOEIGHT*EV FL 250UI+SIR 4ML	A		PHT - PT
NOVOEIGHT*EV FL 3000UI+SIR 4ML	A		PHT - PT
NOVOEIGHT*EV FL 500UI+SIR 4ML	A		PHT - PT

Det. 21664/2019Det. 7248/2023 Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti a partire dai 12 anni affetti da emofilia A (deficit congenito di fattore VIII).

B02BD02 **Damoctocog alfa pegol**

JIVI*EV FL 1000UI+SIR 2,5ML	A		PHT- PT
JIVI*EV FL 2000UI+SIR 2,5ML	A		PHT - PT
JIVI*EV FL 3000UI+SIR 2,5ML	A		PHT - PT
JIVI*EV FL 500UI+SIR 2,5ML	A		PHT - PT

Det.7248/2023

B02BD02 **Rurioctocog alfa pegol**

ADYNOVI*EV 1000UI+FL SOLV 2ML	A		PHT- PT
ADYNOVI*EV 2000UI+FL SOLV 5ML	A		PHT - PT
ADYNOVI*EV 250UI+FL SOLV 2ML	A		PHT - PT
ADYNOVI*EV 500UI+FL SOLV 2ML	A		PHT - PT

Det. 7248/2023

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

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

B02BD14 **Susoctocog alfa**

OBIZUR*EV 500U/ML	H/OSP		

Det. 15515/2020

B02BX **Altri emostatici per uso sistemico**

B02BX04 **Romiplostim**

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

[DocCRF] n. 124 e 142Scheda 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

B02BX06 **Emicizumab**

HEMLIBRA*SC 150MG/ML 0,4ML	A		PHT- Scheda monitoraggio AIFA
HEMLIBRA*SC 150MG/ML 0,7ML	A		PHT - Scheda monitoraggio AIFA
HEMLIBRA*SC 150MG/ML 1ML	A		PHT - Scheda monitoraggio AIFA
HEMLIBRA*SC 30MG/ML 1ML	A		PHT - Scheda monitoraggio AIFA

Det. 1128/2019Det. 11195/2020Det. 13861/2020

B02BX07 **Lusutrombopag**

MULPLEO*7CPR 3MG	H		

Det. 23071/2020

B02BX08 **Avatrombopag**

LIBMELDY*EV 2-10MILIONI CELL	H		Scheda AIFA

Det. 15173/2022Det. 11509/2023 ITP cronica pazienti adulti

B02BX09 **Fostamatinib**

TAVLESSE*60CPR RIV 100MG FL	H		Registro AIFA web based
TAVLESSE*60CPR RIV 150MG FL	H		Registro AIFA web based

Det. 1440/2023 trattamento trombocitopenia immune (ITP) cronica in pazienti adulti refrattari a trattamenti di prima linea

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 oraliDet. 18376/2020**

B03AB **Ferrigluconato sodico**

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

B03AB **Ferromaltoso**

INTRAFER*OS GTT 30ML 50MG/ML	A		

B03AC **Ferro trivalente, preparati parenterali**

B03AC **Ferro (III) isomaltoside**

MONOFERRIC*INIET 1FL 1G 10ML	H/OSP		
MONOFERRIC*INIET 1FL 500MG 5ML	H/OSP		

Det. 7248/2023

B03AC01 **Carbossimaltosio ferrico**

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

Det. 18376/2020Scheda di valutazione di “Complessi del ferro(III) per uso ev (saccarato e carbossimaltosio)” - 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 40000UI/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 Eprex,**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 compliant a più somministrazioni settimanali.

B03XA06 **Luspatercept**

REBLOZYL*SC 1FL POLV 25MG	A		PT AIFA - PHT
REBLOZYL*SC 1FL POLV 75MG	A		PT AIFA - PHT

Det. 5109/2022

B05 **Succedanei del sangue e soluzioni perfusionali**

B05A **Sangue e prodotti correlati**

B05AA **Succedanei 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 **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**

B06AC01 **C-1 inibitore, plasmaderivato**

BERINERT*IV FL 500U+FL 10ML	A		PHT- PT
CINRYZE*EV 2FL 500U+2FL	A		PT AIFA

Det. 16232/2013Det. 20720/2017Det. 20944/2020Doc RER 141 Documento relativo a: "Farmaci con indicazione nel trattamento e/o profilassi degli attacchi acuti di angioedema ereditario (aee): inibitori della C1 Esterasi (da plasma umano) ed Icatibant" (**novembre 2017**)

B06AC02 **Icatibant acetato**

FIRAZYR*SC 1SIR30MG 3ML10MG/ML	H		

Det. 16232/2013Det. 20720/2017Det. 20944/2020Doc RER 141 Documento relativo a: "Farmaci con indicazione nel trattamento e/o profilassi degli attacchi acuti di angioedema ereditario (aee): inibitori della C1 Esterasi (da plasma umano) ed Icatibant" (**novembre 2017**)

B06AC05 **Lanadelumab**

TAKHZYRO*SC 1FL 2ML 300MG+1SIR	A	Piano Terapeutico AIFA Takhzyro (Lanadelumab)	

Det. 20944/2020

B06AX01 **Crizanlizumab**

ADAKVEO*EV 1FL 10ML 10MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 5109/2022Det. 7248/2023 Utilizzo del farmaco Crizanlizumab in coerenza all'invito contenuto nella nota informativa importante AIFA.

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 **Antiaritmici, classe I e III**

C01BA **Antiaritmici, classe IA**

C01BA **Diidrochinidina**

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

C01BC **Antiaritmici, 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 **Antiaritmici, 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/OSP		

Uso riservato alla Cardiochirurgia

C01CA24 **Adrenalina**

ADRENALINA SALF*5F 1MG 1ML	A		
CHENPEN*1SIR 150MCG/0,3ML	H	PT RER adrenalina autoiniettabile	
CHENPEN*1SIR 300MCG/0,3ML	H	PT RER adrenalina autoiniettabile	
CHENPEN*1SIR 500MCG/0,3ML	H	PT RER adrenalina autoiniettabile	

Det. 4635/2012Det. 17000/2016Det. 7846/2021

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/OSP		

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

C01DA08 **Isosorbide dinitrato**

CARVASIN*50CPR 5MG SUBLINGUALI	A		
NITROSORBIDE*EV 10F 5MG/10ML	H/OSP		

Doc. RER 169 Documento di indirizzo "Terapia antitrombotica nelle Sindromi coronariche acute (Sca)" (**giugno 2019**)

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 RER 95 Scheda di valutazione del farmaco Ivabradina e modulo richiesta farmaco (dicembre **2013**)Det. 1986/2014Det. 5866/2019

C01EB18 **Ranolazina**

RANEXA*60CPR 375MG R.P.	A	PT ranolazina	PT AIFA
RANEXA*60CPR 500MG R.P.	A	PT ranolazina	PT AIFA
RANEXA*60CPR 750MG R.P.	A	PT ranolazina	PT AIFA

Det.1440/2023 recepimento determina AIFA di rinegoziazione di Ranolazina Reintrodotto Piano terapeutico cartaceo AIFA e abolizione modulo di richiesta di Ranolazina RER (allegato al Doc. PTR n.123)

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/OSP		

C02D **Sostanze ad azione sulla muscolatura liscia arteriolare**

C02DD **Derivati nitroferricianurici**

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	PT farmaci per IAP	Monitoraggio addizionale; Esclusiva erogazione diretta

C02KX05 **Riociguat**

ADEMPAS*42CPR 1MG	A	PT farmaci per IAP	PT- AIFA; PHT; esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*42CPR RIV 0,5MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT; esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*42CPR RIV 1,5MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT; esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*42CPR RIV 2,5MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT; esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*42CPR RIV 2MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT; esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*84CPR RIV 1,5MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT; esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*84CPR RIV 1MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT, esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*84CPR RIV 2,5MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT, esclusiva erogazione diretta
ADEMPAS*84CPR RIV 2MG	A	PT farmaci per IAP	PT - AIFA; PHT, esclusiva erogazione diretta

Det. 8533 del 05/05/2022

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**

TRIATEC*14CPR DIV 5MG	A		
TRIATEC*28CPR DIV 10MG	A		
TRIATEC*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 precostituita 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**

TRIATEC HCT*14CPR 2,5+12,5MG	A		
TRIATEC 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 precostituita 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)

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]

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	

C10AX09 **Ezetimibe**

EZETROL*30CPR 10MG	A	Nota 13	

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]

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		Scheda 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] Det. 3966/2020Det. 14465/2021

C10AX14 **Alirocumab**

PRALUENT*SC 2PEN 150MG 1ML	A		Scheda AIFA
PRALUENT*SC 2PEN 75MG 1ML	A		Scheda 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] Det. 11195/2020Det. 14465/2021

C10AX15 **Acido Bempedoico**

NILEMDO*28CPR RIV 180MG	A	Scheda di prescrizione regionale di acido bempedoico	PHT

Det. 11509/2023 Scheda di prescrizione regionale acido bempedoico **(marzo 2023)**. Doc PTR 337_Scheda prescrizione acido bempedoico_mar2023 [PDF - 304kB]

C10AX18 **Volanesorsen**

WAYLIVRA*SC 1SIR 1,5ML 285MG	H		Scheda AIFA

Det. 7846/2021

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.

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]

C10BA05 **Atorvastatina ed Ezetimibe**

ANCILLEG*30CPS 10MG+10MG	A	Nota 13	
ANCILLEG*30CPS 10MG+20MG	A	Nota 13	
ANCILLEG*30CPS 10MG+40MG	A	Nota 13	
EZETIMIBE ATORV DOC*30CPS10+10	A	Nota 13	
EZETIMIBE ATORV DOC*30CPS10+20	A	Nota 13	
EZETIMIBE ATORV DOC*30CPS10+40	A	Nota 13	
EZEVAST*30CPR RIV 10MG+10MG	A	Nota 13	
EZEVAST*30CPR RIV 10MG+20MG	A	Nota 13	
EZEVAST*30CPR RIV 10MG+40MG	A	Nota 13	
EZEVAST*30CPR RIV 10MG+80MG	A	Nota 13	

Det. 5109/2022 inserimento in PTR dell'associazione precostituita di ezetimibe con atorvastatina in tutti i dosaggi rimborsati in classe A Nota AIFA 13Doc PTR 301 Documento regionale sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare (aggiornamento **maggio 2017**)

C10BA06 **Rosuvastatina ed Ezetimibe**

ROSUMIBE*30CPR 10MG+10MG	A	Nota 13	
ROSUMIBE*30CPR 20MG+10MG	A	Nota 13	
ROSUMIBE*30CPR 5MG+10MG	A	Nota 13	

Det. 1416/2020

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]

C10BA10 **Acido Bempedoico ed Ezetimibe**

NUSTENDI*28CPR RIV 180MG+10MG	A	Scheda di prescrizione regionale di acido bempedoico	PHT

Det. 11509/2023 Scheda di prescrizione regionale di acido bempedoico **(marzo 2023)**. Doc PTR 337_Scheda prescrizione acido bempedoico_mar2023 [PDF - 304kB]

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		

Doc. PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

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/95	Nota 95	Escusiva erogazione diretta

Det. 2560/2017Det. 15515/2020

D06BX **Altri chemioterapici**

D06BX03 **Tirbanibulina**

KLISYRI*UNG CUT 5BUST 250MG	A/95	Nota 95	

Det. 3146/2023

D07 **Corticosteroidi, preparati dermatologici**

D07A **Corticosteroidi, non associati**

D07AB **Corticosteroidi, moderatamente attivi (gruppo II)**

D07AB02 **Idrocortisone butirrato**

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*1PEN 300MG 2ML	A	PT RER CRSwNP	Rinosisusite cronica con poliposi nasale; PHT
DUPIXENT*1SIR 200MG 1,14ML	A	PT AIFA Asma	Asma
DUPIXENT*1SIR 300MG 2ML	A	PT AIFA Asma	Asma
DUPIXENT*2SIR 200MG 1,14ML	H		Dermatite Atopica - Registro AIFA
DUPIXENT*2SIR 300MG 2ML	H		Dermatite Atopica - Registro AIFA

Det. 19842/2018Det. 1783/2021Det. 13687/2022

D11AX **Altri dermatologici**

D11AX18 **DICLOFENAC**

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

D11AX19 **Alitretinoina**

TOCTINO*30CPS MOLLI 30MG	H		

[DocCRF] n. 133 Luglio 2011Scheda 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 **Oxitocici**

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		

G02AD06 **Misoprostolo**

MISOONE 400 mcg cpr	C osp		

Det. 1128/2019

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-ossoandrostene (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
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 **Coriogonadotropina 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]

G03GA10 **Follitropina delta**

REKOVELLE*SC 1CART 72MCG+9AGHI	A	DocPTR 242 PT RER prescrizione farmaci Nota 74_ott2021	
REKOVELLE*SC 1PEN 12MCG+3AGHI	A	DocPTR 242 PT RER prescrizione farmaci Nota 74_ott2021	
REKOVELLE*SC 1PEN 36MCG+9AGHI	A	DocPTR 242 PT RER prescrizione farmaci Nota 74_ott2021	
REKOVELLE*SC 1PEN 72MCG+15AGHI	A	DocPTR 242 PT RER prescrizione farmaci Nota 74_ott2021	

Det. 1334/2022

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 RER Ulipristal 5 mg (ott 2021)	

Det. 2363/2015Det. 2560/2017Det. 11195/2020Det. 1334/2022

G04 **Urologici**

G04B **Altri urologici, inclusi gli antispastici**

G04BD **Antispastici urinari**

G04BD04 **Ossibutinina**

OSSIBUTININA CL M.G.*BL30CPR5M	A	Nota 87	

Det 3966/2020

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.
l 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 dell 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 sovrapponibilità 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 fomulazione monodose.L'unica specialità presente in commercio a base di somatropina in confezione monodese (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 addizionale

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]**

TRIACORT*INIET 3FL 40MG 1ML	A		

H02AB09 **Idrocortisone [d. az.breve]**

ALKINDI*50CPS GRANULI 0,5MG FL	A		
ALKINDI*50CPS GRANULI 1MG FL	A		
ALKINDI*50CPS GRANULI 2MG FL	A		
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		

Det. 18521/2019

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**

BAQSIMI*1FL POLV NASALE 3MG	A		
GLUCAGEN HYPOKIT*FL 1MG+SIR1ML	A		
GLUCAGEN*FL 1MG+FL 1ML SOLV	H/OSP		

Det. 20586/2021Det. 1334/2022
H05 **Calcio-omeostatici**
H05A **Ormoni paratiroidei e analoghi**
H05AA **Ormoni paratiroidei e analoghi**
H05AA02 **Teriparatide**

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

Det. 23678/2019 [biosimilare/Crinos; sintesi chimica/Teva]Det. 10044/2015
H05B **Ormoni antiparatiroidei**
H05BX **Altre sostanze paratiroidee**

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 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]

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 **Tetracicline**

J01AA **Tetracicline**

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*1200000UI/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/OSP		
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/OSP		

J01D **Altri antibatterici beta-lattamici**

J01D104 **Cefiderocol**

FETCROJA*10FL EV 1G POLV	H/OSP	Scheda cartacea AIFA	

Det. 17075/2021

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. Ritiene 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 Acinetobactere** posti in gara in alternativa.Il lotto di gara è stato aggiudicato al principio attivo ceftazidima.In caso di resistenza a ceftadizima, documentata con antibiogramma, è possibile richiedere cefepime con RMP.

J01DD04 **Ceftriaxone**

CEFTRIAXONE MG*INIET 10FL 1G	H/OSP		
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/Avibactam sodico**

ZAVICEFTA*INFUS 10FL 2G+500MG	H/OSP	Scheda cartacea AIFA Ceftazidime/Avibactam	Monitoraggio Addizionale

Det. 4081/2018Det. 7846/2021Doc RER 309 Scheda di valutazione del medicinale Ceftazidima / Avibactam (**febbraio 2018**)

J01DF **Monobattami**

J01DF01 **AztreonamSpettro 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.

J01DH52 **Meropenem triidrato/Vaborbactam**

VABOREM*6FL 1G+1G	H/OSP	Scheda cartacea AIFA Meropenem Vaborbactam	

Det. 10470/2021

J01DH56 **Imipenem, Cilastatina, Relebactam**

RECARBRIO*EV 25FL500+500+250MG	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 15173/2022

J01DI **Altre cefalosporine e penemi**

J01DI01 **Ceftobiprolo**

MABELIO*INFUS 10FL 500MG 20ML	H/OSP		Monitoraggio addizionale, richiesta motivata personalizzata (RMP)

Scheda di valutazione del Ceftobiprolo (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		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/OSP	Scheda cartacea AIFA Ceftolozano/Tazobactam	

Det. 2560/2017Det. 7846/2021Doc RER 295 Scheda di valutazione del farmaco Ceftolozano + Tazobactam (gennaio 2017)

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/OSP		

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/OSP		
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/OSP		
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 AIFA Dalbavancina e Oritavancina	Scheda AIFA

J01XA05 **Oritavancina**

TENKASI*EV 3FL POLV 400MG	H/OSP	Scheda AIFA Dalbavancina e Oritavancina	Scheda AIFA

Det. 15173/2022

J01XB **Polimixine**

J01XB01 **Colistimetato sodico**

COLIMICINA*FL 1000000U 4ML+F	C		

J01XD **Derivati imidazolici**

J01XD01 **Metronidazolo**

METRONIDAZOLO KABI*EV 20FL 500M	H/OSP		

J01XE **Derivati nitrofuranici**

J01XE01 **Nitrofurantoina**

NEOFURADANTIN*20CPS 50MG	A		

Det. 11195/2020

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 POLV1FL 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/OSP		
MYCAMINE*EV FL 50MG 10ML	H/OSP		

Doc. PTR n. 222 - giugno 2014 "Echinocandine: Caspofungin, Micafungin e Anidulafungin"

J02AX06 **Anidulafungina**

ECALTA*EV FL 100MG 30ML	H/OSP		

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

Det. 4625/2015Det. 1334/2022

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		

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)

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		

J05AF13 **Tenofovir alafenamide**

VEMLIDY*30CPR RIV 25MG FL	A	PT RER (gennaio 2020)	

Det. 3966/2020

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		

Det. 5866/2019

J05AG04 **Etravirina**

INTELENCE*FL 120CPR 100MG	H		
INTELENCE*FL 60CPS 200MG	H		

[DocCRF] n.92

J05AG05 **Rilpivirina**

EDURANT*FL 30CPR RIV 25MG	H		
REKAMBYS*IM 1FL 900MG 3ML+1SIR	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] Det. 25377/2022

J05AG06 **Doravirina**

PIFELTRO*30CPR RIV 100MG	H		

Det. 7621/2020

J05AJ04 **Cabotegravir**

VOCABRIA*30CPR RIV 30MG FL	H		
VOCABRIA*IM 3ML 600MG+1SIR RP	H		

Det. 25377/2022

J05AP **Antivirali per il trattamento delle infezioni da HCV**

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 **settembre 2020**)

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 **settembre 2020**)

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 **settembre 2020**)

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 **settembre 2020**)Det. 18376/2020

J05AP57 **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 **settembre 2020**)Det. 20720/2017Det. 15515/2020

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		

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

J05AR20 **Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamide fumarato**

BIKTARVY*30CPR 50+200+25MG FL	H		Monitoraggio addizionale

Det 15839/2019

J05AR21 **Dolutegravir/Rilpivirina**

JULUCA*30CPR RIV 50+25MG FL	H		

Det. 23678/2019

J05AR22 **Darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamide**

SYMTUZA*30CPR 800+150+200+10MG	H		Monitoraggio addizionale

J05AR24 **Lamivudina, Tenofovir disoproxil e Doravirina**

DELSTRIGO*30CPR 100+300+245MG	H		

Det. 7621/2020

J05AR25 **Lamivudina e Dolutegravir**

DOVATO*30CPR RIV 50MG+300MG	H		

Det. 15515/2020

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**

CELSENTRI*60CPR RIV 150MG	H		
CELSENTRI*60CPR RIV 300MG	H		

Det. 5866/2019

J05AX12 **Dolutegravir**

TIVICAY*30CPR RIV 10MG FL	H		Scheda AIFA
TIVICAY*30CPR RIV 25MG FL	H		Scheda AIFA
TIVICAY*30CPR RIV 50MG	H		Scheda AIFA

Doc. PTR 244 nov-2014 [PDF - 580kB] Scheda di valutazione del medicinale DolutegravirDet.18844/2014Det. 5866/2019

J05AX18 **Letermovir**

PREVYMIS*28CPR RIV 240MG	A		Scheda AIFA
PREVYMIS*28CPR RIV 480MG	A		Scheda AIFA
PREVYMIS*INFUS 1FL 240MG 12ML	H/OSP		Scheda AIFA
PREVYMIS*INFUS 1FL 480MG 24ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 150/2019Det. 20944/2020

J05AX28 **Bulevirtide**

HEPCLUDEX*SC 30FL POLV 2MG	A		PHT

Det. 7248/2023 Trattamento inferzione da virus dell'epatite delta (HD) cronica. INNOVATIVITA' CONDIZIONATA.

J05AX29 **Fostemsavir**

RUKOBIA*60CPR RP 600MG FL	H		

Det. 3146/2023

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 Immunodeficenza 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		
IMMUNOHBS*IM 1F 1ML 180UI	A		
IMMUNOHBS*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	H/OSP	Piano terapeutico regionale per la prescrizione di Palivizumab	
SYNAGIS*IM 1F 50MG+1AMP SOLV	H/OSP	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/OSP		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 morbillosi**

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**

L01 **Tisagenlecleucel**

KYMRIAH*EV 1-3 SACCHE	H OSP		Scheda AIFA

Det. 18521/2019

L01 **Axicabtagene ciloleucel**

YESCARTA*EV 1 SACCA	H OSP		Scheda AIFA

Det. 23678/2019

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		

Det. 13861/2020

L01AA03 **Melfalan**

ALKERAN*1FL 50MG/10ML+FL 10ML	H/OSP		
ALKERAN*25CPR RIV 2MG	A		

L01AA05 **Clormetina**

LEDAGA*GEL TOPICO 60G 160MCG/G	H		

Det. 15173/2022

L01AA06 **Ifosfamide**

HOLOXAN*EV 1FL 1G	H/OSP		

L01AA09 **Bendamustina**Det. 1641/2011Det 9757/2018Det. 13861/2020

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		

Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**dicembre 2018**)Doc. PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L01BA03 **Raltitrexed**

TOMUDEX*IV FL POLV 2MG	H/OSP		

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 07/2009Scheda 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/OSP		

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/OSP		
GEMSOL*INF 1FL 2G 50ML 40MG/ML	H/OSP		
GEMSOL*INF 5FL 200MG 5ML 40MG/ML	H/OSP		

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]

L01BC52 **Fluorouracile/acido salicilico**

ACTIKERALL*1FLSOL CUT5+100MG/G	A/95 RRL	Nota 95	

Det. 150/2019

L01BC59 **Trifluridina/tipiracil cloridrato**

LONSURF*60CPR RIV 15MG+6,14MG	A		Monitoraggio addizionale - PHT
LONSURF*60CPR RIV 20MG+8,19MG	A		Monitoraggio addizionale - PHT

Det. 13687/2022 Raccomandazione GReFO per il trattamento negli adulti del tumore gastrico metastatico incluso adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea dopo due precedenti regimi per malattia avanzata.

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/OSP		
VINORELBINA SAN*5FL 5ML 10MG/ML	H/OSP		

L01CA05 **Vinflunina**

JAVLOR*EV 1FL 10ML 25MG/ML	H/OSP		

Doc PTR 136 Raccomandazioni evidence-based. Vinflunina nel carcinoma a cellule transizionali del tratto uroteliale avanzato o metastatico (**gennaio 2019**)

L01CB **Derivati della podofillotossina**

L01CB01 **Etoposide**

ETOPOSIDE SAND*EV 10ML 20MG/ML	H/OSP		
ETOPOSIDE SAND*EV 50ML 20MG/ML	H/OSP		
ETOPOSIDE SAND*EV 5ML 20MG/ML	H/OSP		

L01CD **Taxani**

L01CD01 **Paclitaxel**

ABRAXANE*INF 100MG 5MG/ML	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA
PACLITAXEL ACC*FL 100MG/16,7ML	H/OSP		

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/OSP		
DOCETAXEL ACC*INF 80MG/4ML	H/OSP		

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 naturaliprodotti 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/OSP		
DOXORUBICINA ACC*IV 200MG/100ML	H/OSP		
DOXORUBICINA ACC*IV 50MG/25ML	H/OSP		

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 cardiotossicità.

L01DB02 **Daunorubicina**

DAUNOBLASTINA*EV 1FL 20MG+FL	H/OSP		

L01DB03 **Epirubicina**

EPIRUBICINA AHCL*1FL 25ML 2MG/ML	H/OSP		
EPIRUBICINA AHCL*1FL 5ML 2MG/ML	H/OSP		

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/OSP		
ONKOTRONE*EV 1FL 20MG 10ML	H/OSP		

L01DB11 **Pixantrone**

PIXUVRI*EV 1FL 29MG POLV	H/OSP		Monitoraggio addizionale - Scheda di monitoraggio AIFA

Det. 13164/2019

L01DC **Altri antibiotici citotossici**

L01DC01 **Bleomicina**

BLEOMICINA NIPPON K.*1FL 15MG	H/OSP		

L01DC03 **Mitomicina**

MITOMYCIN C*INIET 1FL 10MG	H/OSP		

L01E **Inibitori della proteina chinasi**

L01ED **Inibitori della chinasi del linfoma anaplastico (ALK)**

L01ED01 **Crizotinib**

XALKORI*60CPS 200MG	H		Scheda AIFA

Det. 10044/2015 NSCLC ALK positivo dopo regime chemioterapico a base di platinoDet. 8042/2017 NSCLC ALK positivo prima lineaDet. 14483/2018 NSCLC ALK positivo, prima linea e linee successiveDet. 5866/2019 NSCLC ROS1 positivoDet. 23071/2020 NSCLC

L01ED02 **Ceritinib**

ZYKADIA*150CPS 150MG	H		Scheda AIFA

Det. 2295/2018Det. 14483/2018Det. 23071/2020 NSCLC

L01ED03 **Alectinib**

ALECENSA*224CPS 150MG	H		Scheda AIFA

Det. 14483/2018Det. 23071/2020 NSCLC

L01ED04 **Brigatinib**

ALUNBRIG*28CPR RIV 180MG	H		Scheda AIFA
ALUNBRIG*28CPR RIV 30MG	H		Scheda AIFA
ALUNBRIG*28CPR RIV 90MG	H		Scheda AIFA
ALUNBRIG*7CPR 90MG+21CPR 180MG	H		Scheda AIFA

Det. 20944/2020 NSCLCDet. 23071/2020 NSCLC

L01ED05 **Lorlatinib**

LORVIQUA*30CPR RIV 100MG	H		Scheda AIFA
LORVIQUA*90CPR RIV 25MG	H		Scheda AIFA

Det 17075/2021 NSCLC

L01EH **Inibitori della tirosina chinasi del recettore 2 del fattore di crescita epidermico (HER-2)**

L01EH03 **Tucatinib**

TUKYSA*84CPR RIV 150MG	H		Registro AIFA
TUKYSA*88CPR RIV 50MG	H		Registro AIFA

Det. 3146/2023 “in associazione a trastuzumab e capecitabina per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro della mammella localmente avanzato o metastatico HER2-positivo che abbiano ricevuto almeno 2 precedenti regimi di trattamento anti-HER2"

L01EJ **Inibitori della chinasi Janus associata (JAK)**

L01EJ02 **Fedratinib**

INREBIC*120CPS 100MG FL	H		Registro AIFA web based

Det.1440/2023

L01EL **Inibitori della tirosina chinasi di Bruton (BTK)**

L01EL01 **Ibrutinib**

IMBRUVICA*120 CPR 140MG	H		Scheda AIFA
IMBRUVICA*FL 90CPS 140MG	H		Scheda AIFA

Det. 2447/2016 Det.3783/2016Det. 9658/2016 Det. 3086/2019 raccomandazioni GReFO 1° linea di terapia per i pazienti con LLC non idonei a terapia a base di fludarabina.Det. 13861/2020 raccomandazione GREFO LLCDoc 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, Temsirolimus" (maggio 2016) Doc. PTR N.286 [PDF - 1.407kB] Det. 11509/2023 Raccomandazioni GReFO per la definizione del posto in terapia dei trattamenti disponibili per la macroglobulinemia di Waldenstrom (WM) nei pazienti recidivati/refrattari e 1° linea nei pazienti non candidabili a immunochemioterapia.

L01EL02 **Acalabrutinib**

CALQUENCE*56CPS 100MG	H		Registro AIFA

Det. 13687/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento della Leucemia linfatica cronica (LLC) nel setting 1: prima linea di terapia in assenza di mutazione TP53 o delezione 17p - pazienti UNFIT o LESS FIT (non idonei a terapia a base di fludarabina); setting 2: LLC, prima linea di terapia in presenza di mutazione Tp53 o delezione 17p; setting 3: LLC, prima linea di terapia, pazienti FIT (candidabili a chemio-immunoterapia a base di fludarabina); setting 4: LLC recidivata refrattaria, seconda linea di terapia.

L01EL03 **Zanubrutinib**

BRUKINSA*120CPS 80MG FL	H		Scheda AIFA

Det. 11509/2023 Raccomandazioni GReFO per la definizione del posto in terapia dei trattamento disponibili per la macroglobulinemia di Waldenstrom (WM) nei pazienti recidivati/refrattari e in 1° linea nei pazienti non candidabili a immunochemioterapia.

L01EN02 **Pemigatinib**

PEMAZYRE*14CPR 13,5MG	H		Scheda AIFA
PEMAZYRE*14CPR 4,5MG	H		Scheda AIFA
PEMAZYRE*14CPR 9MG	H		Scheda AIFA

Det. 23028/2022 trattamento di colangiocarcinoma localmente avanzato o metastatico negli adulti, con fusione o riarrangiamento FGFR2, in progressione dopo precedente linea di terapia sistemica.

L01EX **Altri inibitori della proteina chinasi**

L01EX09 **Nintedanib**

OFEV*60CPS MOLLI 150MG	H		Registro AIFA
VARGATEF*60CPS MOLLI 150MG	H		Registro AIFA

Det. 13687/2022 Nuova indicazione nel trattamento di malattie interstiziali polmonari (ILD) fibrosanti croniche con fenotipo progressivo.

L01EX13 **Gilteritinib**

XOSPATA*84CPR RIV 40MG	H		Scheda AIFA

Det. 5673/2021

L01EX14 **Entrectinib**

ROZLYTREK*30CPS 100MG FL	H		Scheda AIFA
ROZLYTREK*90CPS 200MG FL	H		Scheda AIFA

Det. 7248/2023 Raccomandazione GReFO per il trattamento pazienti adulti con tumore polmonare NSCLC ROS1 positivo, non precedentemente trattato con inibitori di ROS-1.

L01EX22 **Selpercatinib**

RETSEVMO*112CPS 80MG	H		Scheda AIFA
RETSEVMO*56CPS 40MG	H		Scheda AIFA
RETSEVMO*56CPS 80MG	H		Scheda AIFA
RETSEVMO*60CPS 40MG FL	H		Scheda AIFA
RETSEVMO*60CPS 80MG FL	H		Scheda AIFA

Det. 25377/2022 in monoterapia per il trattamento di adulti con NSCLC avanzato RET fusione-positivo dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino.

L01EX23 **Pralsetinib**

GAVRETO*120CPS 100MG FL	H		Scheda AIFA

Det. 7248/2023 Raccomandazione GReFO per il trattamento di pazienti adulti con tumore polmonare NSCLC RET positivo, in stadio avanzato non precedentemente trattato con inibitori di RET, in linee di terapia successive alla prima.

L01F **Anticorpi monoclonali e coniugati anticorpo-farmaco**

L01FC01 **Daratumumab**

DARZALEX*EV 1FL 20ML 20MG/ML	H osp		Registro AIFA
DARZALEX*EV 1FL 5ML 20MG/ML	H osp		Registro AIFA
DARZALEX*SC 1FL 15ML 120MG/ML	H osp		Registro AIFA

Det. 7846/2021Det. 5109/2022Det. 13687/2022 Raccomandazioni GReFO nel trattamento del mieloma multiplo di nuova diagnosi di pazienti eleggibili al trapianto autologo, in associazione con bortezomib, talidomide e desametasone. Det. 7248/2023 Trattamento di pazienti adulti con amiloidosi sistemica AL di nuova diagnosi, in associazione con ciclofosfamide, bortezomib e desametasone. INNOVATIVITA'.

L01FC02 **Isatuximab**

SARCLISA*EV FL 100MG/5ML	H osp		Scheda AIFA
SARCLISA*EV FL 500MG/25ML	H osp		Scheda AIFA

Det. 13687/2022 Raccomandazioni **GReFO** nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo, recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma, in associazione a pomalidomide e desametasone.Det. 1440/2023 Raccomandazioni **GReFO** nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo, recidivato e refrattario che hanno ricevuto una e non più di 3 linee di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma, in associazione a Carfilzomib e Desametasone.

L01FF01 **Nivolumab**

OPDIVO*INFUS 1FL 10ML 10MG/ML	H osp		Scheda AIFA
OPDIVO*INFUS 1FL 24ML 10MG/ML	H osp		Scheda AIFA
OPDIVO*INFUS 1FL 4ML 10MG/ML	H osp		Scheda AIFA

Det. 3966/2020 raccomandazioni elaborate dal GReFO riguardo ai farmaci per il trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma, dopo resezione completaDet. 23678/2019 Det. 150/2019 HNSCCDet. 17218/2018 raccomandazioni elaborate dal GReFO relativamente all'uso di nivolumab nel "trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico (cHL) recidivante o refrattario dopo trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e trattamento con brentuximab vedotin"Det. 11981/2018 NSCLC avanzato, wild type, II lineaDet. 8042/2017Det. 15926/2017 raccomandazioni elaborate dal Panel GReFO sul trattamento del tumore renale avanzato, dopo precedente terapia Det. 8419/2016 raccomandazioni elaborate dal GReFO relative a prima linea di terapia nel melanoma avanzatoDet. 9658/2016Doc. 1334/2022 Raccomandazioni elaborate dal GReFO sul trattamento del carcinoma renale avanzato, non precedentemente sottoposti a terapiaDet. 8533/2022 Raccomandazioni elaborate dal GReFO sul trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in associazione a ipilimumab e 2 cicli di chemioterapia a base di platino, in assenza di mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK; raccomandazioni GReFO sul trattamento del melanoma metastatico negli adulti in prima linea di terapia in associazione ad ipilimumab.Det. 13687/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore dell'esofago avanzato/non resecabile, istotipo squamoso, 2°linea di terapia.Det. 1440/2023 Indicazione INNOVATIVA PIENA in associazione ad Ipilimumab per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epiteiolide.Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore del colon retto metastatico in pazienti con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioteraia di associazione a base di fluoropirimidina. 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**)Det. 3146/2023 Raccomandazione Grefo per nivolumab in associazione a Cabozantinib, nei pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule renali avanzato, con rischio di progressione rapida intermedio-sfavorevole, in prima linea di terapia.Det. 7248/2023 Raccomandazione GReFO per la definizione del posto in terapia di nivolumab in associazione a chemioterapia nel trattamento del tumore gastrico, giunzione gastroesofagea (GEJ) ed esofago, HER2-, metastatico, 1° linea di terapia.

L01FF02 **Pembrolizumab**

KEYTRUDA*1FL 4ML 25MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 5109/2022 Raccomandazione GReFO per il trattamento del carcinoma metastatico colon retto (CRC)/non operabile in 1° linea di terapia nei pazienti adulti con instabilità dei microsatelliti.Det. 14465/2021 NSCLCDet. 1783/2021 RCCDet. 23071/2020 Testa collo Det. 3966/2020 NSCLC - Melanoma adiuvante Det. 23678/2019 Linfoma di Hodgkin classico - Carcinoma uroteliale Det. 11981/2018 Det. 12591/2017Det. 15926/2017Det. 9658/2016Det. 8419/2016Doc. PTR 280 "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico" (**gennaio 2017**)

L01FF05 **Atezolizumab**

TECENTRIQ*INFUS 1200MG 20ML	H/OSP		Scheda AIFA
TECENTRIQ*INFUS 840MG 14ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 11981/2018Det. 15515/2020Det. 15173/2022 Raccomandazione GReFO sul trattamento di 1°Linea del tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico, focus sul setting di pazienti con valori di PD-L1>50%Det. 1440/2023 Raccomandazione GReFO per la definizione del posto in terapia di Atezolizumab+Bevacizumab nel trattamento dell'epatocarcinoma avanzato o non resecabile, focus sulla 1° linea. INNOVATIVITA' PIENA.

L01FF07 **Dostarlimab**

JEMPERLI*EV 1FL 10ML 50MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 25377/2022

L01FX **Altri anticorpi monoclonali e coniugati anticorpo-farmaco**

L01FX08 **Elotuzumab**

EMPLICITI*EV 1FL 300MG	H osp		Scheda AIFA
EMPLICITI*EV 1FL 400MG	H osp		Scheda AIFA

Det. 13687/2022 Raccomanzione GReFO per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo, recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee di terapia comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma, in associazione a pomalidomide e desametasone.

L01FX12 **Tafasitamab**

MINJUVI*EV 1FL POLV 200MG	H/OSP		Registro AIFA

Det. 3146/2023 Raccomandazione GReFO per il trattamento del linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario, pazienti non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (ASCT).

L01FX14 **Polatuzumab vedotin**

POLIVY*EV 1FL POLV 140MG	H/OSP		Scheda AIFA
POLIVY*EV 1FL POLV 30MG	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 15173/2022 Raccomandazione GReFO su polatuzumab vedotin in associazione a bendamustina e rituximab, per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

L01FX15 **Belantamab mafodotin**

BLENREP*EV 1FL POLV 100MG	H osp		Scheda AIFA

Det. 13687/2022 Raccomandazioni GReFO nei pazienti con mieloma multiplo recidivato refrattario.

L01FX17 **Sacituzumab Govitecan**

TRODELVY*EV 1FL POLV 200MG	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 25377/2022 ricoosciuta INNOVATIVITA' in monoterapia per il trattamento tumore mammella triplo negativo metastatico o non resecabile dopo almeno due terapie sistemiche, almeno una delle quali per malattia avanzata.

L01X **Altri antineoplastici**

L01X **Brexucabtagene Autoleucel**

TECARTUS*EV 1 SACCA	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 23028/2022 Linfoma a cellule mantellari r/r (Innovatività)

L01XA **Composti del platino**

L01XA01 **Cisplatino**

CISPLATINO SAND*EV 10MG 20ML	H/OSP		
CISPLATINO SAND*EV 50MG 100ML	H/OSP		

L01XA02 **Carboplatino**

CARBOPLATINO SUN*INF 150MG 15M	H/OSP		
CARBOPLATINO SUN*INF 450MG 45ML	H/OSP		
CARBOPLATINO SUN*INF 50MG 5ML	H/OSP		

L01XA03 **Oxaliplatino**

OXALIPLATINO KABI*INF 50MG 10M	H/OSP		
OXALIPLATINO KABI*INF100MG 20M	H/OSP		

L01XB **Metilidrazine**

L01XB01 **Procarbazina**

NATULAN*50CPS 50MG	A		

L01XC **Anticorpi monoclonali**

L01XC02 **Rituximab**

RIXATHON*EV 1FL 50ML 10MG/ML	H/OSP		
RIXATHON*EV 2FL 10ML 10MG/ML	H/OSP		

Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento dicembre **2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (gennaio **2014**) documento in aggironamentoDet.1986/2014Det.385/2016Det. 18246/2017 [biosimilare Truxima/Mundipharma]Det. 20720/2017 [biosimilare Truxima/Mundipharma]Det. 6822/2018Det. 11981/2018 [biosimilare Rixathon/Sandoz]Det. 13164/2019 raccomandazione GREFO Linfoma FollicolareDet. 18521/2019 rettifica Det. 13164/2019 su raccomandazione GREFO Linfoma Follicolare Det. 13861/2020 LLC Det. 7846/2021 PemfigoDet. 14465/2021 Granulomatosi con poliangine di Wegner e poliangite microscopica

L01XC03 **Trastuzumab**

TRAZIMERA*EV POLV 1FL 150MG	H/OSP		

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

L01XC05 **Gemtuzumab ozogamicin**

MYLOTARG*EV 1FL 5MG	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 13861/2020

L01XC06 **Cetuximab**

ERBITUX*INFUS 1FL 20ML 5MG/ML	H/OSP		

Det. 8024/2012Det. 23071/2020 Testa colloDoc RER 35 PRIE-R: raccomandazioni su farmaci innovativi (Bevacizumab, Cetuximab) Doc RER 101 Raccomandazioni d'uso: "Tumore del colon-retto metastatico - Parte B: Cetuximab"Doc RER 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**)

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] Det. 13861/2020 [Biosimilari: Mvasi/Amgen; Zirabev/Pfizer]

L01XC08 **Panitumumab**

VECTIBIX*INFUS 1FL 20ML 20MG/ML	H/OSP		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/OSP		

YERVOY*EV 1FL 40ML 5MG/ML	H/OSP		

Doc. CRF N. 280 "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico. 1° linea di terapia" (maggio 2016) Doc PTR N.280 genn2017 [PDF - 2.886kB] Det. 8419/2016Det. 9658/2016Det. 5866/2019Det. 1334/2022Det. 8533/2022 Raccomandazioni elaborate dal GReFO sul trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in associazione a ipilimumab e 2 cicli di chemioterapia a base di platino, in assenza di mutazioni per EGFR o traslocazioni di ALK; raccomandazioni GReFO sul trattamento del melanoma metastatico negli adulti in prima linea di terapia in associazione ad ipilimumab.Det. 1440/2023 Indicazione INNOVATIVA PIENA in associazione ad Ipilimumab per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epiteiolide.Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore del colon retto metastatico in pazienti con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioteraia di associazione a base di fluoropirimidina.

L01XC12 **BRENTUXIMAB VEDOTIN**

ADCETRIS*1FL EV 50MG POLV	H/OSP		Scheda AIFA

Det.10044/2015Det.11195/2020Doc. RER 265 Raccomandazioni evidence-based: “Brentuximab vedotin Linfoma di Hodgkin (CD30+) recidivante o refrattario” (**luglio 2015**)Det. 11509/2023 Raccomandazioni GReFO per il trattamento di pazienti adulti con linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico (sALCL).Raccomandazioni GReFO per la definizione del posto in terapia dei trattamenti disponibili per il linfoma di Hodgkin in stadio avanzato in prima linea di terapia.

L01XC13 **Pertuzumab**

PERJETA*EV 1F 420MG 30MG/ML	H/OSP		

Doc. PTR n. 215 [PDF - 776kB] Raccomandazioni evidence-based: "Pertuzumab nel carcinoma mammario avanzato HER2/neu positivo (I linea di terapia)" (maggio 2014)Det. 14465/2021

L01XC14 **Trastuzumab emtansine**

KADCYLA*INF 1FL POLV 100MG	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

KADCYLA*INF 1FL POLV 160MG	H/OSP		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/OSP		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

Det. 8042/2017Det. 9757/2018 Det. 3086/2019 raccomandazioni GReFO 1° linea di terapia per i pazienti con LLC non idonei a terapia a base di fludarabina.Det. 13164/2019 raccomandazione GREFO Linfoma FollicolareDet. 18521/2019 rettifica Det. 13164/2019 su raccomandazione GREFO Linfoma Follicolare Det. 13861/2020 raccomandazione GREFO LLC

L01XC16 **Dinutuximab beta**

QARZIBA*1FL 4,5ML 4,5MG/ML	H/OSP		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa

Det. 5866/2019

L01XC19 **Blinatumomab**

BLINCYTO*1FL POLV INFUS38,5MCG	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

Det. 8042/2017 LLA da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria, negativa per il cromosoma Philadelphia. Det. 3086/2019 LLA da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria, negativa per il cromosoma Philadelphia. (agg 8042/17)Det. 7846/2021 LLA da precursori delle cellule B negativa per il cromosoma Philadelphia, positiva per il CD19, in prima o seconda remissione completa con malattia minima residua (MRD), superiore o uguale allo 0,1%.

L01XC21 **Ramucirumab**

CYRAMZA*EV 1FL 10ML 10MG/ML	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale
CYRAMZA*EV 1FL 50ML 10MG/ML	H/OSP		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/OSP		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
EMPLICITI*EV 1FL 400MG	H/OSP		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

Det. 14483/2018 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO sui farmaci disponibili per il trattamento del mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapiaDet. 17075/2021 Mieloma Multiplo linee successive alla prima

L01XC24 **Daratumumab**

DARZALEX*EV 1FL 20ML 20MG/ML	H/OSP		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
DARZALEX*EV 1FL 5ML 20MG/ML	H/OSP		Scheda di monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

Det. 20720/2017 3° linea del mieloma multiplo recidivato o refrattarioDet. 14483/2018 mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapiaDet. 7846/2021 mieloma multiplo di nuova diagnosi in pazienti non eleggibili a trapianto autologo di cellule staminali

L01XC25 **Mogamulizumab**

POTELIGEO*EV 1FL 5ML 4MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 3757/2021

L01XC26 **Inotuzumab ozogamicin**

BESPONSA*INF 1FL 1MG	H/OSP		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa

Det.3086/2019 raccomandazioni formulate dal panel GReFO sui farmaci biotecnologici disponibili per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta.

L01XC28 **Durvalumab**

IMFINZI*EV 1FL 10ML 50MG/ML	H/OSP		Registro AIFA
IMFINZI*EV 1FL 2,4ML 50MG/ML	H/OSP		Registro AIFA

Det. 18521/2019Det. 3146/2023 Raccomandazione GReFO per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC) in associazione ad etoposide e carboplatino o cisplatino.

L01XC31 **Avelumab**

BAVENCIO*EV 1FL 10ML 20MG/ML	H/OSP		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa

Det. 150/2019 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO sull'uso "in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule di Merkel (Merkel Cell Carcinoma, MCC) metastatico" Det. 1440/2023 indicazione INNOVATIVA PIENA per il trattamento di mantenimento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma endoteliale localmente avanzato o metastatico dopo chemioterapia a base di platino.

L01XC33 **Cemiplimab**

LIBTAYO*EV 1FL 350MG	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 11195/2020Det. 23028/2022 trattamento in 1°linea di NSCLC localmente avanzato o metastatico con PD-L1 ?50%, senza aberrazioni EGFR, ALK o ROS1, negli adulti.Det. 25377/2022 rulo in terapia nel trattamento dei tumori basocellulari localmente avanzati o metastatici

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		Scheda AIFA

L01XE03 **Erlotinib**

TARCEVA*30CPR RIV 100MG	H		
TARCEVA*30CPR RIV 150MG	H		

Doc RER 191 Settembre 2013. Raccomandazioni evidence-based: "Erlotinib nel tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico o non operabile (I linea di terapia)"Doc RER 281 Maggio 2016 "Farmaci per il tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), avanzato, (2° linea di terapia)"

L01XE04 **Sunitinib**

SUTENT*30CPS 12,5MG	H		
SUTENT*30CPS 25MG	H		
SUTENT*30CPS 50MG	H		

Det. 8419/2016Det. 9658/2016Det. 7966/2019Det. 3966/2020Det. 1783/2021Doc CRF 282 maggio 2016 "Farmaci per il tumore neuroendocrino del pancreas (PNET), metastatico o non operabile, in progressione di malattia"Doc CRF 116 novembre 2010. Raccomandazioni d'uso: "Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia"

L01XE05 **Sorafenib**

NEXAVAR*112CPR RIV 200MG	H		

Doc RER 116Det. 15035/2010Det. 7621/2020

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 2011Nota Informativa Importante del 10.12.2012Scheda 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 **Temsirolimus**

TORISEL*EV FL 25MG/ML	H/OSP		

Doc PTR 286 "Linfoma mantellare, recidivato o refrattario, dopo una prima linea di terapia. Imbrutinib, Temsirolimus" (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		Scheda AIFA
VOTUBIA*30CPR DISPERS 2MG	A		Scheda AIFA
VOTUBIA*30CPR DISPERS 3MG	A		Scheda AIFA

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 antiaromatasico" (**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		Scheda AIFA
VOTRIENT*400MG 30CPR	H		Scheda AIFA

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		Scheda AIFA
CAPRELSA*30 CPR RIV 300MG	H		Scheda AIFA

Det. 1416/2020 Racomandazioni GREFO e posto in terapia di vandetanib e cabozantinib nel trattamento del carcinoma midollare della tiroide (MTC) avanzato.

L01XE13 **Afatinib**

GIOTRIF*28CPR RIV 20MG	H		Scheda AIFA
GIOTRIF*28CPR RIV 30MG	H		Scheda AIFA
GIOTRIF*28CPR RIV 40MG	H		Scheda AIFA
GIOTRIF*28CPR RIV 50MG	H		Scheda AIFA

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 AIFA
BOSULIF*28CPR RIV 500MG	H		Scheda AIFA

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		Scheda AIFA

Doc. PTR N.280 [PDF - 1.887kB] Scheda registro AIFA

L01XE17 **Axitinib**

INLYTA*56 CPR RIV 1MG	H		
INLYTA*56 CPR RIV 5MG	H		
INLYTA*56 CPR RIV 7MG	H		

Det. 15926/2017Det. 1783/2021 RCC

L01XE18 **Ruxolitinib**

JAKAVI*56 CPR 15MG	H		Scheda AIFA
JAKAVI*56CPR 5MG	H		Scheda AIFA

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 AIFA

Det. 14435/2015Det. 3783/2016Det. 9658/2016Det. 4081/2018Det 19842/2018Det 23071/2020Doc 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		Scheda AIFA

Det. 20944/2020 GReFO NSCLCDet. 3966/2020 GReFO trattamento adiuvante melanoma, dopo resezione completaDet. 23678/2019 Det. 2560/2017 GReFO melanoma inoperabile o metastaticoDet. 9658/2016Det. 8419/2016Doc PTR 280 Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico" (aggiornamento **gennaio 2017**)

L01XE24 **Ponatinib**

ICLUSIG*FL 30CPR RIV 45MG	H		Scheda AIFA
ICLUSIG*FL 60CPR RIV 15MG	H		Scheda AIFA

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		Scheda AIFA
MEKINIST*FL 30CPR RIV 2MG	H		Scheda AIFA

Det. 20944/2020 GReFO NSCLCDet. 3966/2020 GReFO trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma, dopo resezione completaDet. 23678/2019Det. 2560/2017 Doc PTR 280 Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il melanoma avanzato, non resecabile o metastatico" (aggiornamento **gennaio 2017**)

L01XE26 **Cabozantinib**

CABOMETYX*FL 30CPR RIV 20MG	H		Scheda AIFA
CABOMETYX*FL 30CPR RIV 40MG	H		Scheda AIFA
CABOMETYX*FL 30CPR RIV 60MG	H		Scheda AIFA

Det. 20720/2017Det. 1416/2020 Racomandazioni GREFO e posto in terapia di vandetanib e cabozantinib nel trattamento del carcinoma midollare della tiroide (MTC) avanzato.Det. 3966/2020Det. 23071/2020Det. 1783/2021Det. 3146/2023 Raccomandazione GReFO per nivolumab in associazione a cabozantinib per il trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato in pazienti adulti.

L01XE29 **Lenvatinib**

LENVIMA*30CPS 10MG	H		
LENVIMA*30CPS 4MG	H		

Doc RER 297Det. 5830/2017Det. 8042/2017Det. 7621/2020

L01XE31 **Nintedanib**

OFEV*60CPS MOLLI 100MG	H		Scheda AIFA
OFEV*60CPS MOLLI 150MG	H		Scheda AIFA
VARGATEF*120CPS MOLLI 100MG	H		Scheda AIFA
VARGATEF*60CPS MOLLI 150MG	H		Scheda AIFA

Doc PTR n.335 - Nintedanib nel trattamento di pazienti adulti con malattie interstiziali polmonari (ILD) fibrosanti croniche con fenotipo progressivo Det. 15173/2022

L01XE33 **Palbociclib**

IBRANCE*21CPS 100MG	H		Scheda AIFA
IBRANCE*21CPS 125MG	H		Scheda AIFA
IBRANCE*21CPS 75MG	H		Scheda AIFA

Det. 11195/2020Det. 23678/2019 Det.19842/2018 Raccomandazioni GREFO per la terapia ormonale del tumore della mammella in stadio avanzato/metastatico, in post menopausa.Det. 17218/2018Det. 2295/2018

L01XE35 **Osimertinib**

TAGRISSO*28CPR RIV 40MG	H		Scheda AIFA
TAGRISSO*28CPR RIV 80MG	H		Scheda AIFA

Det. 18246/2017Det. 23678/2019 Flow chart GReFO NSCLC, localmente avanzato o metastatico, nei pazienti mutatiDet. 23028/2022 Riconosciuta Innovatività per il trattamento adiuvante negli adulti di NSCLC stadio IB-IIIA con delezione esone 19 o mutazione sostitutiva esone 21 del recettore EFGR.

L01XE38 **Cobimetinib**

COTELLIC*63CPR RIV 20MG	H		Scheda AIFA

L01XE39 **Midostaurina**

RYDAPT*112CPS MOLLI 25MG	H		Scheda AIFA

Det. 19842/2018Det. 13861/2020

L01XE41 **Binimetinib**

MEKTOVI*84CPR RIV 15MG	H		Scheda AIFA

Det. 7621/2020

L01XE42 **Ribociclib**

KISQALI*42CPR RIV 200MG	H		Scheda AIFA

Det. 11195/2020 Det. 23678/2019 Det.19842/2018 Raccomandazioni GREFO per la terapia ormonale del tumore della mammella in stadio avanzato/metastatico, in post menopausa.Det. 17218/2018

L01XE46 **Encorafenib**

BRAFTOVI*28CPS 50MG	H		Scheda AIFA
BRAFTOVI*42CPS 75MG	H		Scheda AIFA

Det. 7621/2020Det. 8533/2022 Raccomandazioni GReFO per il carcinoma metastatico colon retto BRAF V600E positivo, in associazione a cetuximab.

L01XE50 **Abemaciclib**

VERZENIOS*28CPR RIV 100MG	H		Scheda AIFA
VERZENIOS*28CPR RIV 150MG	H		Scheda AIFA
VERZENIOS*28CPR RIV 50MG	H		Scheda AIFA

Det. 11195/2020Det. 23678/2019

L01XJ **Inibitori della via di Hedgehog**

L01XJ03 **Glasdegib**

DAURISMO*30CPR RIV 100MG	H		Registro AIFA
DAURISMO*60CPR RIV 25MG	H		Registro AIFA

Det. 3146/2023 Raccomandazione GReFO per il trattamento la leucemia mieloide acuta (LMA), focus su LMA di nuova diagnosi, non candidabili alla chemioterapia di induzione standard.

L01XK **Inibitori della poli (adp-ribose) polimerasi (parp)**

L01XK01 **Olaparib**

LYNPARZA*448CPS 50MG FL	H		Scheda AIFA
LYNPARZA*56CPR RIV 100MG	H		Scheda AIFA
LYNPARZA*56CPR RIV 150MG	H		Scheda AIFA

Det. 15673/2016 Raccomandazione GREFO sulla recidiva platino–sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma alle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario, BRCA–mutato, in fase di risposta alla chemioterapia a base di platino, olaparib, come terapia di mantenimento.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.Det. 150/2019 Raccomandazioni GREFO Carcinoma ovarico epiteliale, carcinoma delle tube di Falloppio, carcinoma peritoneale primario. PARP–inibitori (olaparib e niraparib). Terapia di mantenimento - 1° recidiva" che ricomprende le raccomandazioni elaborate dal GReFO e approvate con Determina 19842 del 28/11/2018.Det. 7621/2020 Posto in terapia di olaparib, niraparib e rucaparib nel trattamento del carcinoma ovarico platino-sensibile in recidivaDet. 23071/2020 Monoterapia di mantenimento in pazienti con carcinoma ovarico in risposta (completa o parziale) dopo una prima linea a base di platino (popolazione BRCA mutata) Det. 1783/2021 Tumore della mammella localmente avanzato o metastatico, HER2 negativo, con mutazioni della linea germinale BRCA1/2.Det. 8533/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore ovarico in prima linea in monoterapia (popolazione BRCA mutata) o in associazione a bevacizumab (popolazione BRCA wild type/HRD positive).Det. 13687/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento negli adulti del umore della prostata metastatico resistente ala castrazione e mutazioni nei geni BRCA1/2 in progressione dopo precedente trattamento che includeva un nuovo agente ormonale.Doc PTR 316 Raccomandazioni evidence-based. carcinoma ovarico epiteliale, carcinoma delle tube di falloppio, carcinoma peritoneale primario. parp–inibitori (olaparib e niraparib). Terapia di mantenimento - 1° recidiva" (**novembre 2018**)

L01XK02 **Niraparib**

ZEJULA*56CPS 100MG	H		Scheda AIFA
ZEJULA*84CPS 100MG	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.Det. 7621/2020 Posto in terapia di olaparib, niraparib e rucaparib nel trattamento del carcinoma ovarico platino-sensibile in recidivaDet. 1334/2022 Raccomandazioni GReFO sulla terapia di mantenimento della risposta da chemioterapia di prima linea a base di platino in donne con tumore epiteliale, di alto grado, avanzato dell'ovaio, della tuba di Falloppio o peritoneale primitivo, riguardo a Olaparib, Niraparib e Bevacizumab in popolazione con BRCA mutata, BRCA wild type/HRD positive e BRCA wild type/HRD negativa.Doc PTR 316 Raccomandazioni evidence-based. carcinoma ovarico epiteliale, carcinoma delle tube di falloppio, carcinoma peritoneale primario. parp–inibitori (olaparib e niraparib). Terapia di mantenimento - 1° recidiva" (**novembre 2018**)

L01XK03 **Rucaparib**

RUBRACA*60CPR RIV 200MG FL	H		Scheda AIFA
RUBRACA*60CPR RIV 250MG FL	H		Scheda AIFA
RUBRACA*60CPR RIV 300MG FL	H		Scheda AIFA

Det. 7621/2020 Posto in terapia di olaparib, niraparib e rucaparib nel trattamento del carcinoma ovarico platino-sensibile in recidiva

L01XK04 **Talazoparib**

TALZENNA*30CPS 0,25MG FL	H		
TALZENNA*30CPS 1MG FL	H		

Det. 1334/2022 Raccomandazioni GREFO per il trattamento del tumore della mammella localmente avanzato o metastatico HER2 negativo, recettori ormonali positivi, con mutazioni della linea germinale BRCA1/2, dopo precedente linea di terapia sistemica con atraciclina e/o texano.

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/OSP		

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		

Det. 20720/2017 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO rispetto ai farmaci considerati per il trattamento di 3° linea del mieloma multiplo recidivato o refrattarioDet. 14483/2018 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO sui farmaci disponibili per il trattamento del mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapia

L01XX35 **Anagrelide**

XAGRID*FL 100CPS 0,5MG	A		

Scheda Registro AIFA

L01XX41 **Eribulina**

HALAVEN*EV 1FL 2ML 0,44MG/ML	H/OSP		

Doc PTR 163 Raccomandazioni evidence-based. eribulina. tumore della mammella localmente avanzato o metastatico (dopo la i linea di terapia)" (**novembre 2018**)Det 6822/2018 LiposarcomaDet 9757/2018 Mammella

L01XX42 **Panobinostat**Det. 20720/2017 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO rispetto ai farmaci considerati per il trattamento di 3° linea del mieloma multiplo recidivato o refrattarioDet. 14483/2018 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO sui farmaci disponibili per il trattamento del mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapia

L01XX43 **Vismodegib**

ERIVEDGE*FL 28CPS 150MG	H		Monitoraggio addizionale

Det. 1416/2020 Raccomandazioni GREFO Vismodegib e Sonidegib nel carcinoma basocellulare.

L01XX44 **Aflibercept**

ZALTRAP*EV 1FL 4ML 100MG 25MG/ML	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale
ZALTRAP*EV 1FL 8ML 200MG 25MG/ML	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA - Monitoraggio addizionale

Det. 16785/2014Doc PTR 2016 Raccomandazioni evidence-based: "Aflibercept nel carcinoma del colon retto avanzato (II linea di terapia)" (**febbraio 2014**)

L01XX45 **Carfilzomib**

KYPROLIS*INFUS 1FL 60MG	H/OSP		Scheda monitoraggio AIFA, monitoraggio addizionale

Det. 14483/2018 raccomandazioni formulate dal gruppo GReFO sui farmaci disponibili per il trattamento del mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapia

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]

L01XX48 **Sonidegib**

ODOMZO*30CPS 200MG	H		Scheda AIFA

Det. 1416/2020 Raccomandazioni GREFO Vismodegib e Sonidegib nel carcinoma basocellulare.

L01XX50 **Ixazomib**

NINLARO*3CPS 2,3MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di monitoraggio AIFA
NINLARO*3CPS 3MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di monitoraggio AIFA
NINLARO*3CPS 4MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di monitoraggio AIFA

Det. 13164/2019

L01XX52 **Venetoclax**

VENCLYXTO CPR RIV 100MG	H		Scheda AIFA
VENCLYXTO*14CPR RIV 10MG	H		Scheda AIFA
VENCLYXTO*7CPR RIV 50MG	H		Scheda AIFA

Det. 20720/2017Det. 11195/2020Det. 13861/2020Det. 15173/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento della leucemia linfatica cronica in 1° Linea di terapia, in assenza di mutazione TP53 o delezione 17p - pazienti UNFIT o LESS FIT (non idonei a terapia a base di fludarabina).Det. 11509/2023 Raccomandazioni GReFO relative all'uso di venetoclax + azacitidina per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta.

L01XX67 **Tagraxofusp**

ELZONRIS*EV 1FL 1ML 1MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 11509/2023 Raccomandazioni GReFO per il trattamento di pazienti adulti con neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCN) in prima linea di terapia.

L01XY01 **Daunorubicina/Citarabina**

VYXEOS LIPOSOMIALE*EV 44+100MG	H/OSP		

Det 15839/2019Det. 13861/2020

L02 **Terapia endocrina**

L02A **Ormoni ed agenti correlati**

L02AB **Progestinici**

L02AB01 **Megestrolo**

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 gonadotropineI** principi attivi **leuprorelina e triptorelina** (formulazione trimestrale), data la loro sovrapponibilità 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	PHT - PT
DECAPEPTYL*FL22,5MG/2ML RP+SIR	A	Nota 51	PHT - 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**)Det. 15173/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore della prostata metastatico ormono-sensibile (mHSPC).

L02BB05 **Apalutamide**

ERLEADA*112CPR RIV 60MG	H		Scheda AIFA

Det. 7621/2020Det. 14465/2021Det. 15173/2022 Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore della prostata metastatico ormono-sensibile (mHSPC).

L02BB06 **Darolutamide**

NUBEQA*112CPR RIV 300MG	H		

Det. 14465/2021

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 correllate**

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**

ACCOFIL*1SIR 30MU 0,5ML+AGO	A	PT RER fattori di crescita granulocitari	

Det. 14465/2021

L03AB **Interferoni**

L03AB01 **Interferone alfa**

ALFAFERONE*1F 1000000UI 1ML	A	PT inferferone 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 inferferone 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 inferferone 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 RER SM RR (febbraio 2016)	PHT- PT
REBIF*SC 12SIR 12000000UI44MCG	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PHT - PT
REBIF*SC 12SIR 6000000UI 22MCG	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PHT - PT
REBIF*SC 4CAR 22MCG/0,5ML1,5ML	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PHT - PT
REBIF*SC 4CAR 44MCG/0,5ML1,5ML	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PHT - PT

Det. 385/2016 Doc. PTR 128 Percorso regionale di diagnosi e terapia della sclerosi multipla (**maggio 2011**)Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.

L03AB08 **Interferone beta -1b**

EXTAVIA*SC 15FL 250MCG/ML+15SI	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PHT- PT

Det. 385/2016 Doc. PTR 128 Percorso regionale di diagnosi e terapia della sclerosi multipla (**maggio 2011**)Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.

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 inferferone 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 inferferone alfa	PHT - PT

L03AB13 **Interferone beta 1a pegilato**

PLEGRIDY*SC 2PEN 125MCG 0,5ML	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PT, monitoraggio addizionale
PLEGRIDY*SC 2SIR 125MCG 0,5ML	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PT, monitoraggio addizionale
PLEGRIDY*SC PEN 63MCG+PEN 94MCG	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PT, Monitoraggio addizionale
PLEGRIDY*SC SIR 63MCG+SIR 94MCG	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	PT, Monitoraggio addizionale

Det. 385/2016 Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.

L03AB15 **Ropeginterferon alfa-2b**

BESREMI*SC 1PEN 250MCG/0,5 ML	H		Registro AIFA web based

Det. 1440/2023 Raccomandazione GReFO nei pazienti adulti con policitemia vera senza splenomegalia sintomatica, intolleranti ad idrossiurea.

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 RER SM RR (febbraio 2016)	
COPAXONE*SC 28SIR 20MG/ML	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	

Det. 385/2016 Doc. PTR 128 Percorso regionale di diagnosi e terapia della sclerosi multipla (**maggio 2011**)Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.

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

Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento dicembre **2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (gennaio **2014**) documento in aggironamento

L04AA18 **Everolimus**

CERTICAN*60CPR 0,25MG	A		PHT- PT
CERTICAN*60CPR 0,75MG	A		PHT - PT

Det. 18246/2017Det. 5866/2019

L04AA23 **Natalizumab**

TYSABRI*IV 1FL 300MG 15ML	H/OSP	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	

Det. 3783/2016Det. 3757/2021Doc. PTR 128 Percorso regionale di diagnosi e terapia della sclerosi multipla (**maggio 2011**)

L04AA24 **Abatacept**

ORENCIA*IV 3FL 250MG+3SIR	H		
ORENCIA*SC 4SIR 125MG/ML	H		Su prescrizione specialistica (reumatologo, internista)

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 "Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)"Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento dicembre **2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (gennaio **2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 164 Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento marzo **2015**)

L04AA25 **Eculizumab**

SOLIRIS*EV 1FL 300MG 30ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 18246/2017Det. 23028/2022 - Disturbo spettro delle neuromielite ottica (NMOSD) adulti in seconda linea (Innovatività piena)- Miastenia Gravis generalizzata (MGg) negli adulti (Innovatività condizionata)

L04AA26 **Belimumab**

BENLYSTA*EV 1FL 120MG	H/OSP		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
BENLYSTA*EV 1FL 400MG	H/OSP		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale
BENLYSTA*SC 4PEN 200MG	H		Scheda monitoraggio aifa - Monitoraggio addizionale

Det. 23028/2022 Nefrite lupica attiva negli adultiDoc. PTR n. 185 ottobre 2019Det. 21664/2019Det. 3086/2019Det. 14483/2018 Det. 10598/2013

L04AA27 **Fingolimod**

GILENYA*28CPS 0,5MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	Registro web based età pediatrica (dai 10 anni)

Det. 8024/2012Det. 3783/2016Det. 20944/2020Det. 3757/2021Doc RER 159 Indicazioni per erogazione del Fingolimod presso i centri sclerosi multipla dell'Emilia-Romagna (**maggio 2012**)

L04AA27 **Bracco**

L04AA29 **Tofacitinib**

XELJANZ*112CPR RIV 10MG	H		Scheda AIFA
XELJANZ*112CPR RIV 5MG	H		Scheda AIFA
XELJANZ*182CPR RIV 5MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di prescrizione AIFA
XELJANZ*56CPR RIV 5MG FL	H		Monitoraggio addizionale - Scheda di prescrizione AIFA

Det. 5109/2022 Trattamento colite ulcerosa.Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”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 RER SM RR (febbraio 2016)	

Det. 8791/2015Det. 385/2016Det. 9757/2018Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.

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
ENTYVIO*SC 1PEN 108MG	H		
ENTYVIO*SC 2PEN 108MG	H		
ENTYVIO*SC 2SIR 108MG	H		

Det. 2560/2017Det.7621/2020Det. 1334/2022Doc. RER 306 Linee guida terapeutiche n.12 “Trattamento farmacologico della colite ulcerosa nell’adulto, con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici” (**ottobre 2017**)Doc. RER 324 Trattamento farmacologico della Malattia di Crohn nell'adulto (**maggio 2020**)

L04AA34 **Alemtuzumab**

LEMTRADA*EV 1FL 12MG/1,2ML	H/OSP	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	

Det. 14435/2015Det. 385/2016Det. 3757/2021Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.

L04AA36 **Ocrelizumab**

OCREVUS*EV 1FL 300MG 10ML	H/OSP	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	

Det. 1128/2019Det. 3757/2021

L04AA37 **Baricitinib**

OLUMIANT*28CPR RIV 2MG	H		Monitoraggio addizionale, Scheda AIFA
OLUMIANT*28CPR RIV 4MG	H		Monitoraggio addizionale, Scheda AIFA

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”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

L04AA38 **Ozanimod**

ZEPOSIA*28CPS 0,92MG	A		Scheda AIFA
ZEPOSIA*4CPS 0,23MG+3CPS 0,46	A		Scheda AIFA

Det. 1334/2022

L04AA40 **Cladribina**

MAVENCLAD*1CPR 10MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	
MAVENCLAD*4CPR 10MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	
MAVENCLAD*6CPR 10MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	

Det. 7966/2019Det. 3757/2021

L04AA42 **Siponimod**

MAYZENT*120CPR RIV 0,25MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	
MAYZENT*12CPR RIV 0,25MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	
MAYZENT*28CPR RIV 2MG	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	
REMSIMA*SC 1PEN 1ML 120MG/ML	H		

Det. 17075/2021

L04AA43 **Ravulizumab**

ULTOMIRIS*EV 1FL 11ML 100MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA
ULTOMIRIS*EV 1FL 30ML 10MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA
ULTOMIRIS*EV 1FL 3ML 100MG/ML	H/OSP		Scheda AIFA

Det. 15173/2022

L04AA44 **Upadacitinib**

RINVOQ*28CPR 15MG RP	H		

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”.

L04AA45 **Filgotinib**

JYSELECA*30CPR RIV 200MG FL	H		

Det. 8533/2022

L04AA50 **Ponesimod**

PONVORY*14CPR RIV	A	Scheda AIFA (Ottobre 2022)	PT AIFA

Det. 1440/2023 trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita da caratteristiche cliniche o radiologiche.

L04AA52 **Ofatumumab**

KESIMPTA*SC 1PEN 20MG 0,4ML	H		Scheda cartacea AIFA

Det. 23028/2022 Sclerosi multipla recidivante (SMR) adulti.

L04AA54 **Pegcetacoplan**

ASPAVELI*SC 8FL 1080MG 20ML	H		Scheda AIFA
ASPAVELI*SC FL 1080MG 20ML	H		Scheda AIFA

Det. 23028/2022 emoglobinuria parossistica notturna (EPN) in pazienti adulti anemici dopo trattamento con inibitore di C5 (Innovatività condizionata).

L04AB **Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)**

L04AB01 **Etanercept**

BENEPALI*4PEN 50MG 1ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
BENEPALI*4SIR 50MG 1ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
ENBREL*SC 4FL 25MG+4SIR 1ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
ENBREL*SC 4PEN 50MG 1ML+8TAMP	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
ENBREL*SC 4SIR 50MG 1ML+8TAMP	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”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 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 164 Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**marzo 2015**)Doc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L04AB02 **Infliximab**

FLIXABI*EV FL 100MG	H		
INFLECTRA*EV FL 100MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
REMICADE*EV F 100MG+F 2ML	H		
REMSIMA*EV FL 100MG	H		
REMSIMA*SC 1PEN 1ML 120MG/ML	H		

Det. 17075/2021 Infliximab biosimilare scDet. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDoc. 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 **gennaio2016**)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 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 164 Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**marzo 2015**)Doc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**novembre 2021**)Det. 6751/2015 [biosimilari/Hospira e Mundipharma]Det. 18246/2017 [biosimilare Flixabi/Biogen]

L04AB04 **Adalimumab**

AMGEVITA*SC 1SIR 0,4ML 20MG	H		Monitoraggio addizionale
AMGEVITA*SC 2PEN 0,8ML 40MG	H		Minitoraggio addizionale
AMGEVITA*SC 2SIR 0,8ML 40MG	H		Monitoraggio addizionale
Hulio 40 mg/0,8 ml penne prer	H		Monitoraggio addizionale
Hulio 40 mg/0,8 ml sir prer	H		Monitoraggio addizionale
HUMIRA*SC 2PEN 0,4ML 40MG+2TAM	H		Monitoraggio addizionale
HUMIRA*SC 2SIR+F 40MG 0,8ML+2T	H		Monitoraggio addizionale
HYRIMOZ*SC 2PEN 0,8ML 40MG	H		Monitoraggio addizionale
HYRIMOZ*SC 2SIR 0,8ML 40MG	H		Monitoraggio addizionale
IDACIO*SC 1FL 0,8ML 40MG+1SIR	H		Scheda cartacea AIFA
IDACIO*SC 2PEN 0,8ML 40MG	H		Scheda cartacea AIFA
IDACIO*SC 2SIR 0,8ML 40MG	H		Scheda cartacea AIFA
IMRALDI*SC 2PEN 0,8ML 40MG	H		Monitoraggio addizionale
IMRALDI*SC 2SIR 0,8ML 40MG	H		Monitoraggio addizionale
YUFLYMA*1PEN 0,4ML 40MG+2TAMP	H		Scheda cartacea AIFA
YUFLYMA*1PEN 0,8ML 80MG+2TAMP	H		Scheda cartacea AIFA
YUFLYMA*3PEN 0,8ML 80MG+3TAMP	H		Scheda cartacea AIFA
YUFLYMA*4PEN 0,4ML 40MG+4TAMP	H		Scheda cartacea AIFA

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDet. 19842/2018 inserimento in PTR dei due biosimilari di Adalimumab (Amgevita® e Imraldi®)Det. 3086/2019 inserimento in PTR dei due biosimilari di Adalimumab (Hyrimoz® e Hulio®)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 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 164 Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**marzo 2015**)Doc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)Det. 5866/2019Det. 25377/2022 inserimento in PTR di due ulteriori biosimilari (Idacio® e Yuflyma®)

L04AB05 **Certolizumab pegol**

CIMZIA*SC 2SIR 200MG 1ML+2SALV	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”Det. 20944/2020 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 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamento

L04AB06 **Golimumab**

SIMPONI*SC 1PEN 50MG 0,5ML	H		

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”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 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamento

L04AC **Inibitori dell'interleukina**

L04AC02 **Basiliximab**

SIMULECT*IV 1F 20MG+F 5ML	H/OSP		

L04AC03 **Anakinra**

KINERET*SC 7SIR 100MG 0,67ML	H		Schema di Monitoraggio AIFA

Det. 1986/2014Det. 18246/2017Det. 18376/2020Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDet. 11509/2023

L04AC05 **Ustekinumab**

STELARA*EV FL 26ML 130MG	H		PT AIFA
STELARA*SC 1SIR 0,5ML 45MG	H		PT AIFA
STELARA*SC 1SIR 1ML 90MG	H		PT AIFA
STELARA*SC FL 0,5ML 45MG	H		PT AIFA

Scheda AIFA di prescrizione ospedaliera cartacea per i farmaci biologici psoriasi a placche [PDF - 413kB] Det. 5109/2022 Trattamento colite ulcerosa.Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placche.Doc. RER 324 Tattamento farmacologico della Malattia di Crohn nell'adulto (**maggio 2020**)Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc 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 105 Scheda di valutazione del farmaco UstekinumabDoc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L04AC07 **Tocilizumab**

ROACTEMRA*INF FL 20ML 20MG/ML	H		
ROACTEMRA*SC 4SIR 162MG 0,9ML	H		

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 164 Linee guida terapeutiche n. 4: "Trattamento sistemico dell'artrite idiopatica giovanile, con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento marzo 2015)Det 15839/2019 Arterite a cellule giganti in pazienti adultiDet. 11509/2023

L04AC08 **Canakinumab**

ILARIS*SC 1FL 150MG	H		Scheda di Monitoraggio AIFA

Det. 18246/2017Det. 18637/2020Doc PTR 127 Scheda di valutazione del medicinale Canakinumab (**marzo 2011**)

L04AC10 **Secukinumab**

COSENTYX*SC SOLUZ 1PEN 150MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
COSENTYX*SC SOLUZ 1SIR 150MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
COSENTYX*SC SOLUZ 2PEN 150MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
COSENTYX*SC SOLUZ 2SIR 150MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDet. 2560/2017Det. 12591/2017Doc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L04AC12 **Brodalumab**

KYNTHEUM*2SIR 1,5ML 140MG/ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDet. 9873/2019Doc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L04AC13 **Ixekizumab**

TALTZ*SC 2PEN 1ML 80MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
TALTZ*SC 2SIR 1ML 80MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
TALTZ*SC 3PEN 1ML 80MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	
TALTZ*SC 3SIR 1ML 80MG	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 9757/2018Det. 15515/2020Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDoc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L04AC14 **Sarilumab**

KEVZARA*SC 2PEN 1,14ML 150MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda aifa
KEVZARA*SC 2PEN 1,14ML 200MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda aifa
KEVZARA*SC 2SIR 1,14ML 150MG	h		Monitoraggio addizionale - Scheda aifa
KEVZARA*SC 2SIR 1,14ML 200MG	H		Monitoraggio addizionale - Scheda aifa

Det. 10470/2021 Raccomandazione 5 “Criteri di scelta fra i farmaci biologici (bDMARDs) e gli inibitori della Janus Kinasi (tsDMARDs)”Det. 150/2019 raccomandazioni elaborate dal Gruppo di lavoro sui farmaci biologici sul trattamento sistemico dell’artrite reumatoide nell’adulto

L04AC16 **Guselkumab**

TREMFYA*SC 1SIR 100MG/1ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDet. 1128/2019Doc PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)Det.15173/2022

L04AC17 **Tildrakizumab**

ILUMETRI*SC 1SIR 1ML 100MG/ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placche

L04AC18 **Risankizumab**

SKYRIZI*SC 1PEN 150MG 1ML	H		
SKYRIZI*SC 1SIR 150MG 1ML	H		
SKYRIZI*SC 2SIR 75MG 0,83ML	H	Scheda AIFA biologici Psoriasi a Placche	

Det. 20944/2020 Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placcheDet. 7248/2023 Trattamento artrite psoriasica attiva.

L04AC19 **Satralizumab**

ENSPRYNG*SC 1SIR 1ML 120MG/ML	H		Registro Web Based AIFA

Det. 25377/2022

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		

Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamentoDoc PTR 209 Linee guida terapeutiche n. 7: "Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**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" (**gennaio 2016**)Doc. PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

L04AD02 **Tacrolimus**

ADOPORT*30CPS 0,5MG	A		PHT- PT
ADOPORT*30CPS 5MG	A		PHT - PT
ADOPORT*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		

Det. 14483/2018 mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapiaDet. 3086/2019 monoterapia, per la terapia di mantenimento in pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi sottoposti a trapianto autologo di cellule staminali Det. 7846/2021 mieloma multiplo di nuova diagnosi in pazienti non eleggibili a trapianto autologo di cellule staminaliDet. 14465/2021 Linfoma Follicolare

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*14CPS 1MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*14CPS 2MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*14CPS 3MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*14CPS 4MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*21CPS 1MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*21CPS 2MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*21CPS 3MG	H		Registro AIFA
IMNOVID*21CPS 4MG	H		Registro AIFA

Det. 13687/2022 Raccomandazioni GReFO nel trattamento dei pazienti con mieloma multiplo refrattari a lenalidomide, in associazione a bortezomib e desametasone. 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.

M01AH **Coxib**

M01AH01 **Celecoxib**

M01AX **Altri farmaci antinfiammatori/ antireumatici non steroidei**

M01AX17 **Nimesulide**

AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	A	Nota 66	

[Nota Informativa Importante] AIFA del 17.02.2012L'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 ammonici 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/OSP		

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		
DYSPORT*SC IM 2FL 500U	H/OSP		

Det. 1783/2021 Raccomandazioni RER sull'uso degli anticorpi antiCGRP nella profilassi dell'emicrania episodica ad alta frequenza e dell'emicrania cronica e sull'uso della tossina botulinica di tipo A nell'emicrania cronica.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/OSP		
BACLOFENE SUN*INTRAT 10MG/20ML	H/OSP		
BACLOFENE SUN*INTRAT 10MG/5ML	H/OSP		

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/OSP		

M05BA04 **Acido alendronico**

ADRONAT*14CPR 10MG	A	Nota 79	
ALENDRONATO M.G.*4CPR 70MG	A	Nota 79	

M05BA08 **Acido zoledronico**

ACIDO ZOLENDRONICO 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**

M05BX04 **Denosumab**

PROLIA*SC 1SIR 60MG/ML C/PR	A		PHT- PT
XGEVA*SC 1FL 120MG 1,7ML	H		PHT - PT

Det. 10044/2015Det. 17218/2018 Tumore a cellule giganti dell'ossoDet. 7621/2020**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).

M05BX05 **Burosumab**

CRYSVITA*SC 1FL 10MG/ML	H		Scheda AIFA
CRYSVITA*SC 1FL 20MG/ML	H		Scheda AIFA
CRYSVITA*SC 1FL 30MG/ML	H		Scheda AIFA

Det. 21664/2019

M05BX06 **Romosozumab**

EVENITY*SC 2PEN 90MG/ML 1,17ML	A/79	Nota 79	Scheda AIFA

Det. 25377/2022 trattamento osteoporosi severa in donne in post-menopausa ad alto rischio di frattura

M05BX07 **Vosoritide**

VOXZOGO*SC 10FL 0,4MG	H		Scheda AIFA
VOXZOGO*SC 10FL 0,56MG	H		Scheda AIFA
VOXZOGO*SC 10FL 1,2MG	H		Scheda AIFA

Det. 23028/2022 acondroplasia in pazienti di età tra i 5 e 14 anni le cui epifisi non siano chiuse (Innovatività)

M09 **Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico**

M09AB **Enzimi**

M09AX **Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico**

M09AX **Nusinersen**

SPINRAZA*1FL 12MG 5ML 2,4MG/ML	H/OSP		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa

Doc PTR 308 Procedura operativa per la somministrazione di Nusinersen nel trattamento della SMA 5q (gennaio 2018)

M09AX03 **Ataluren**

TRANSLARNA*30BUST 1000MG	A		Monitoraggio addizionale
TRANSLARNA*30BUST 125MG	A		Monitoraggio addizionale
TRANSLARNA*30BUST 250MG	A		Monitoraggio addizionale

M09AX09 **Onasemnogene abeparvovec**

ZOLGENSMA*EV	H/OSP		Scheda di monitoraggio AIFA

Det. 10470/2021

M09AX10 **Risdiplam**

EVRYSDI*1FL 0,75MG/ML+4SIR	H		Scheda AIFA

Det. 13687/2022 trattamento atrofia muscolare spinale (SMA)

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	H/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	Scheda di prescrizone AIFA cartacea per capsaicina	

Det. 18521/2019

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**

BUSETTE*4CER TRANSD 10MCG/H	A		Tab.IID
BUSETTE*4CER TRANSD 20MCG/H	A		Tab.IID
BUSETTE*4CER TRANSD 5MCG/H	A		Tab.IID
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 oppiodi**

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 **Delta-9-Tetraidrocannabinolo + Cannabidiolo**

SATIVEX*3FL SPRAY 90D 10ML	H	Scheda prescrizione RER gennaio 2020	

Det 10598/2013Det 3966/2020Doc CRF 184 luglio 2013 “Estratto di cannabis sativa in spray per mucosa orale”

N02C **Antiemicranici**

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

N02CD **Antagonisti del peptide correlato al gene della calcitonina**

N02CD01 **Erenumab**

AIMOVIG*1PEN 140MG 1ML	A		Scheda AIFA

Det. 1783/2021 Raccomandazioni RER sull'uso degli anticorpi antiCGRP nella profilassi dell'emicrania episodica ad alta frequenza e dell'emicrania cronica e sull'uso della tossina botulinica di tipo A nell'emicrania cronica.

N02CD02 **Galcanezumab**

EMGALITY*SC 1PEN 120MG 1ML	A		Scheda AIFA

Det. 1783/2021 Raccomandazioni RER sull'uso degli anticorpi antiCGRP nella profilassi dell'emicrania episodica ad alta frequenza e dell'emicrania cronica e sull'uso della tossina botulinica di tipo A nell'emicrania cronica.

N02CD03 **Fremanezumab**

AJOVY*SC 1SIR 1,5ML 225MG	A		Scheda AIFA

Det. 1783/2021 Raccomandazioni RER sull'uso degli anticorpi antiCGRP nella profilassi dell'emicrania episodica ad alta frequenza e dell'emicrania cronica e sull'uso della tossina botulinica di tipo A nell'emicrania cronica.

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/OSP		
DINTOINA*30CPR RIV 100MG	A		

N03AD **Derivati della succinimide**

N03AD01 **Etosuccimide**

ZARONTIN*56CPS MOLLI 250MG FL	A		
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		

[DocCRF] n.108Rufinamide 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.

N03AF04 **Eslicarbazepina**

ZEBINIX*30CPR 800MG	A	PT AIFA (2014)	

Det. 5673/2021

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 visisvo 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" che verrà aggiornata al fine di ricomprendere la valutazione riportata nella Det. 150/2019Det. 150/2019

N03AX22 **Perampanel**

FYCOMPA*28CPR RIV 10MG	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	
FYCOMPA*28CPR RIV 12MG	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	
FYCOMPA*28CPR RIV 4MG	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	
FYCOMPA*28CPR RIV 6MG	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	
FYCOMPA*28CPR RIV 8MG	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	
FYCOMPA*7CPR RIV 2MG	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	
FYCOMPA*SOSP 340ML 1FL+2S+1AD	A	Piano Terapeutico regionale perampanel (luglio 2018)	

Det. 14483/2018Doc PTR 276Doc PTR 313

N03AX23 **Brivaracetam**

NUBRIVEO*14CPR RIV 10MG	A	PT AIFA brivaracetam	
NUBRIVEO*56CPR RIV 100MG	A	PT AIFA brivaracetam	
NUBRIVEO*56CPR RIV 25MG	A	PT AIFA brivaracetam	
NUBRIVEO*56CPR RIV 50MG	A	PT AIFA brivaracetam	
NUBRIVEO*INF 10FL 5ML 10MG/ML	C	PT AIFA brivaracetam	
NUBRIVEO*OS SOL 300ML 10MG/ML	A	PT AIFA brivaracetam	

Det. 150/2019Det. 5866/2019 inserimento in PTR della formulazione ev di brivaracetam, al fine di consentirne l'utilizzo anche nei pazienti transitoriamente impossibilitati a deglutire

N03AX24 **Cannabidiolo**

EPIDYOLEX*OS SOLUZ100MG/ML 100	A	Piano Terapeutico AIFA cartaceo Cannabidiolo	PHT

Det. 17075/2021Det. 3146/2023 come terapia aggiuntiva per le crisi epilettiche associate a sclerosi tuberosa complessa (TSC) nei pazienti a partire da 2 anni di età, limitatamente al trattamento dei pazienti che abbiano mostrato una risposta insufficiente o assente ad almeno due diversi farmaci antiepilettici

N03AX25 **Cenobamato**

ONTOZRY*14CPR 25MG+14CPR 12,5	A		PHT
ONTOZRY*14CPR RIV 100MG	A		PHT
ONTOZRY*14CPR RIV 150MG	A		PHT
ONTOZRY*14CPR RIV 200MG	A		PHT
ONTOZRY*14CPR RIV 50MG	A		PHT
ONTOZRY*28CPR RIV 100MG	A		PHT
ONTOZRY*28CPR RIV 150MG	A		PHT
ONTOZRY*28CPR RIV 200MG	A		PHT
ONTOZRY*28CPR RIV 50MG	A		PHT

Det. 1440/2023

N03AX26 **Fenfluramina**

FINTEPLA*OS SOLUZ 60ML2,2MG/ML	A		PT AIFA; PHT; DD
FINTEPLA*OS SOLUZ120ML2,2MG/ML	A		PT AIFA; PHT; DD
FINTEPLA*OS SOLUZ360ML2,2MG/ML	A		PT AIFA; PHT, DD

Det. 23028/2022 terapia aggiuntiva nel trattamento delle crisi epilettiche associate a sindrome di Dravet a partire dai 2 anni di età (Innovatività condizionata).

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 TerapeuticoRegionale Parkinson(ottobre 2018)	
SIRIO*30CPR EFF 25MG + 100MG	A	Piano TerapeuticoRegionale 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 TerapeuticoRegionale Parkinson(ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
NEUPRO*28 CER 4MG/24H	A	Piano TerapeuticoRegionale Parkinson(ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
NEUPRO*28 CER 6MG/24H	A	Piano TerapeuticoRegionale Parkinson(ottobre 2018)	Monitoraggio intensivo
NEUPRO*28 CER 8MG/24H	A	Piano TerapeuticoRegionale 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 MAINTENA*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 MAINTENA*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/OSP		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**

INVEGA*28CPR 3MG RP	A		
INVEGA*28CPR 6MG RP	A		
INVEGA*28CPR 9MG RP	A		
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)

Det.3225/2014Det. 20720/2017Det. 9873/2019

N05AX15 **Cariprazina**

REAGILA*30CPS 1,5MG	A		PHT
REAGILA*30CPS 3MG	A		PHT
REAGILA*30CPS 4,5MG	A		PHT
REAGILA*30CPS 6MG	A		PHT

DocPTR n. 336 - Documento di confronto. Antipsicotici nel trattamento della schizofrenia in pazienti adulti.Det. 15173/2022

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/OSP		
MIDAZOLAM ACC*10F 3ML 5MG/ML	H/OSP		

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"Det. 3146/2023

N06 **Psicoanalettici**

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		

N06AX26 **Vortioxetina**

BRINTELLIX*28CPR RIV 10MG	A		
BRINTELLIX*28CPR RIV 5MG	A		
BRINTELLIX*OS GTT 15ML 20MG/ML	A		

Det. 5109/2022

N06AX27 **Esketamina**

SPRAVATO*SPRAY 1FL 28MG 0,2ML	H		Scheda cartacea AIFA

Det. 25377/2022

N06B **Psicostimolanti e nootropi**

N06BA **Simpaticomimetici ad azione centrale**

N06BA04 **Metilfenidato**

EQUASYM*30 CPS 10MG RM	A		PHT- PT AIFA WEB BASED
EQUASYM*30 CPS 20 MG RN	A		PHT - PT AIFA WEB BASED
EQUASYM*30 CPS 30MG RM	A		PHT - PT AIFA WEB BASED
MEDIKINET*30 CPS 10MG RM	A		PHT - PT AIFA WEB BASED
RITALIN*30CPR 10MG	A		PHT - PT AIFA WEB BASED

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 AIFA WEB BASED
STRATTERA*28CPS 25MG	A		PHT - PT AIFA WEB BASED
STRATTERA*28CPS 40MG	A		PHT - PT AIFA WEB BASED
STRATTERA*28CPS 60MG	A		PHT - PT AIFA WEB BASED
STRATTERA*7CPS 10MG	A		PHT - PT AIFA WEB BASED

[DocCRF] 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

N06BA14 **Solriamfetol**

SUNOSI*28CPR RIV 150MG	A	Piano Terapeutico Regionale (Doc 329)	
SUNOSI*28CPR RIV 75MG	A	Piano Terapeutico Regionale (Doc 329)	

Det. 17075/2021

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

[DocCRF] 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

[DocCRF] Criteri di applicazione della nota Aifa n. 85 e Piano terapeuticoLa 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

[DocCRF]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

[DocCRF]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**

N07BA **Farmaci utilizzati nella dipendenza da Nicotina**

N07BA03 **Vareniclina**

CHAMPIX*11CPR 0,5MG+14CPR 1MG	A	PT AIFA Vareniclina	esclusiva distribuzione diretta
CHAMPIX*28CPR RIV 1MG	A	PT AIFA Vareniclina	esclusiva distribuzione diretta

Det. 7621/2020

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/OSP		Stupefacente: Tab. A medicinali
BUPRENORFINA MOLT*7CPR 8MG	H/OSP		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*OS1MG/ML1000	H/OSP		PHT - MOD. STUPEFACENTE
METADONE CLOR.MOL*OS5MG/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
TEGLUTIK*OS SOSP FL300ML5MG/ML	A		Esclusiva erogazione diretta

N07XX04 **Sodio oxibato**

XYREM*OS SOLUZ 180ML500MG/ML+M	C		MOD. STUPEFACENTE

N07XX08 **Tafamidis**

VYNDAQEL*30CPS 20MG	H		
VYNDAQEL*30CPS 61MG	H		

Det. 17075/2021Det. 1334/2022Doc. 334 Tafamidis nel trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild type o ereditaria nei pazienti adulti affetti da cardiomiopatia (ATTR-CM)

N07XX09 **Dimetilfumarato**

SKILARENCE*42CPR GASTR 30MG	A		PHT
SKILARENCE*90CPR GASTR 120MG	A		PHT
TECFIDERA*14CPS 120MG	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	esclusiva erogazione diretta
TECFIDERA*56CPS 240MG	A	Nota 65 - PT RER SM RR (febbraio 2016)	esclusiva erogazione diretta

Det. 8791/2015Det. 385/2016Det.9757/2018Doc. PTR 271 Linee guida terapeutiche n. 10: "Farmaci per la cura della sclerosi multipla con particolare riferimento a dimetilfumarato, teriflunomide, alemtuzumab" (**dicembre 2015**). Allegati tabelle Linee guida terapeutiche n. 10.Det. 6976/2019 Psoriasi a placcheDoc. PTR 94 Linee guida terapeutiche 1 trattamento sistemico della psoriasi cronica a placche moderata-grave con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici (**maggio 2019**)

N07XX11 **Pitolisant**

OZAWADE*30CPR RIV 18MG FL (049682026)	A		Scheda AIFA; PHT
OZAWADE*30CPR RIV 4,5MG FL	A		Scheda AIFA; PHT

Det. 15173/2022

N07XX12 **Patisiran**

ONPATTRO*EV FL 2MG/ML 5ML	H		Scheda AIFA

Det. 7621/2020

N07XX15 **Inotersen**

TEGSEDI*SC 4SIR 189MG/ML 1,5ML	H		

Det. 13861/2020

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 **Clorochina**

CLOROCHINA*30CPR RIV 250MG	A		

P01BA02 **Idrossiclorochina**

PLAQUENIL*25CPR RIV 200MG	A		

Doc PTR 203 Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (aggiornamento **dicembre 2018**)Doc PTR 204 Sintesi delle Linee guida terapeutiche n. 2: "Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici" (**gennaio 2014**) documento in aggironamento

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**

STROMECTOL 3 MG COMPRESSE			

P03 **Ectoparassiticidi,compresi gli antiscabbia,insetticidi e repellenti**

P03A **Ectoparassiticidi,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	PT RER Umeclidinio/Vilanterolo (dic 2015)	

Det. 385/2016

R03AL04 **Indacaterolo/Glicopirronio**

ULTIBRO BREEZHALER	A	PT RER Indacaterolo/Glicopirronio (dic 2015)	

Det. 10044/2015Det. 385/2016

R03AL05 **Aclidinio/Formoterolo**

DUAKLIR GENUAIR*INAL 60 DOSI	A	PT RER Aclidinio/Formoterolo (aprile 2017)	

Det. 8042/2017

R03AL06 **Tiotropio/olodaterolo**

SPIOLTO RESPI*1INAL2,5+2,5MCG	A	PT RER Tiotropio/Olodaterolo (aprile 2017)	

Det. 8042/2017

R03AL07 **Formoterolo + Glicopirronio bromuro**

BEVESPI AEROSPH*1INAL 7,2+5MCG	A		nota AIFA 99

Det. 13687/2022

R03AL08 **Vilanterolo trifenatato/umeclidinio bromuro/fluticasone furoato**

ELEBRATO ELL*30D 92+55+22MCG	A	PT RER triplice terapia LABA/LAMA/ICS nella BPCO	

Det. 6976/2019

R03AL09 **Beclometasone/formoterolo/glicopirronio**

TRIMBOW*SOLxINAL120D 87+5+9MCG	A	PT RER triplice terapia LABA/LAMA/ICS nella BPCO	

Det. 150/2019Det. 6976/2019

R03AL11 **Formoterolo + Glicopirronio bromuro + Budesonide**

TRIXEO AEROSPHERE*1INAL 120D	A		PT- AIFA; Nota AIFA 99

Det. 13687/2022 PT-AIFA per triplice terapia LABA_LAMA_ICS per la BPCO [PDF - 222kB]

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 xantinici**

R03DA04 **Teofillina**

THEODUR*30CPR 300MG RP	A		
THEOLAIR SR 350*30CPR 350MG	A		

R03DA05 **Aminofillina**

AMINOFILLINA MON*5F 240MG 10ML	C		

Det. 5109/2022

R03DX **Altri farmaci sistemici per disturbi ostruttivi delle vie respiratoriedelle vie respiratorie**

R03DX05 **Omalizumab**

XOLAIR*SC 1FL 150MG+1F 2ML	A	PT RER Omalizuamab Asma -	PT RER, Monitoraggio addizionale
XOLAIR*SC 1SIR 150MG 1ML	A	PT RER Omalizuamab Asma -	PHT, piano terapeutico web based AIFA
XOLAIR*SC 1SIR 75MG 0,5ML	A	PT RER Omalizuamab Asma -	PHT, piano terapeutico web based AIFA

PT Aifa Omalizumab e Dupilumab CRSwNP (agg. ottobre 2022) [PDF - 1.642kB] Det. 6469/2014Det. 9658/2016Det. 3966/2020 Det. 11195/2020Det. 1334/2022Doc PTR288_Scheda di valutazione Omalizumab nella CSUDet. 3146/2023 PT AIFA per la prescrizione di Dupilumab ed Omalizumab nel trattamento della rinosinusute cornica con poliposi nasale (CRSwNP).

R03DX09 **Mepolizumab**

NUCALA*SC 1FL 100MG	A		PT AIFA, Monitoraggio addizionale
NUCALA*SC 3PEN 100MG/ML 1ML	A		PHT; PT RER
NUCALA*SC 3SIR 100MG/ML 1ML	A		PHT; PT AIFA

Det. 18246/2017Det. 20720/2017Det. 20944/2020Det. 10470/2021Doc PTR 304 Scheda di valutazione del farmaco Mepolizumab (aprile **2021**)Det. 11509/2023 Granulomatosi eosinofilica con poliangite (EGPA) Doc PTR 339_pt-mepolizumab-egpa_mar2023 [PDF - 387kB] Sindrome ipereosinofila (HES)

R03DX10 **Benralizumab**

FASENRA*SC 1SIR 1ML 30MG/ML	A	PT RER benralizumab (marzo 2019)	PT RER - Monitoraggio addizionale

Det. 6976/2019

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*28CPR RIV 150MG	A		Scheda AIFA; PHT

KALYDECO*56CPR RIV 150MG	A		Scheda AIFA; PHT

Det. 10044/2015Det. 12591/2017Det. 17075/2021Doc PTR 259 Scheda di valutazione del faramco Ivacaftor (giugno 2017)Det. 15173/2022

R07AX30 **Lumacaftor/Ivacaftor**

ORKAMBI*112CPR RIV 200+125MG	A		Scheda AIFA

Det. 12591/2017 Det. 20720/2017Det. 17075/2021Doc RER 305 Scheda di valutazione del farmaco Lumacaftor/Ivacaftor (novembre 2017)

R07AX31 **Ivacaftor/Tezacaftor**

SYMKEVI*28CPR RIV 100MG+150MG	A		Scheda AIFA

Det. 17075/2021

R07AX32 **Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor**

KAFTRIO*56CPR RIV 100+50+75MG	A		Scheda AIFA; PHT

Det. 17075/2021Det. 15173/2022Det. 1440/2023

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/OSP		Monitoraggio intensivo

Doc. PTR n. 167 desametasone intravitreale [PDF - 807kB]

S01BA05 **Triamcinolone acetonide**

TRIESENCE*INIET FL 40MG 1ML	H/OSP		Solo uso ospedaliero

S01BA15 **Fluocinolone acetonide**

ILUVIEN*IMPIANTO INTRAV 190MCG	H/OSP		Scheda cartacea AIFA

Det. 150/2019Det. 11509/2023 Prevenzione recidiva dell'uveite non infettiva. Scheda cartacea AIFA fluocinolone acetonide (luglio 2022) [PDF - 1.678kB]

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**

COSOPT*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*20INSERTI0,28/5,4MG	C		

S01FA56 **Tropicamide/fenilefrina/lidocaina**

MYDRANE*20F 0,6ML	C		

Det. 21664/2019

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**Nota 98Det. 4389/2013Det. 3757/2021Doc PTR 168 Bevacizumab intravitreale nella Degenerazione maculare legata all'età - Rapporto tecnico su efficacia e sicurezza. (**febbraio 2013**)

S01LA01 **Verteporfina**

VISUDYNE*INFUS 1FL 15MG 10ML	H/OSP		

S01LA04 **Ranibizumab**

LUCENTIS*INIET 1FL 0,23ML 10MG	H/OSP	NOTA 98	Scheda AIFA multifarmaco
LUCENTIS*INIET 1SIR 0,165ML	H/OSP	NOTA 98	Scheda AIFA multifarmaco

Det. 9930/2014Det. 18246/2017Det. 3757/2021Det. 7248/2023 Nei neonati pretermine per il trattamento della retinopatia del prematuro (ROP) in zona I (stadio 1+, 2+, 3 o 3+) o AP-ROP (Aggresive Posterior ROP).Doc PTR 168 Bevacizumab intravitreale nella Degenerazione maculare legata all'età - Rapporto tecnico su efficacia e sicurezza. (**febbraio 2013**)Doc PTR 223 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**)

S01LA05 **Aflibercept**

EYLEA*INIET 1FL 40MG/ML	H/OSP	NOTA 98	

Det. 4625/2015 Det. 18246/2017Det. 20720/2017Det. 3757/2021Doc. PTR 224 Scheda di valutazione del medicinale Aflibercept per uso intravitreale (**mar 2015**)

S01LA06 **Brolucizumab**

BEOVU*1SIR 120MG/ML 0,165ML	H/98	NOTA 98	

Det. 3757/2021

S01X **Altri oftalmologici**

S01XA **Altri oftalmologici**

S01XA18 **Ciclosporina**

VERKAZIA*120FL MONO COLL1MG/ML	A		Piano Terapeutico

Det. 10470/2021

S01XA19 **Cellule epiteliali corneali umane autologhe vitali**

HOLOCLAR*IMP 79000-316000 CELL	H/OSP		Scheda AIFA

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/OSP		

Det. 6751/2015Doc PTR 234 Raccomandazioni evidence-based: "Ocriplasmina per il trattamento della trazione vitreomaculare" (**settembre 2014**)

S01XA24 **Cenegermin**

OXERVATE*COLL 7FL 20MCG/ML 1ML	C		

Det 4081/2018

S01XA27 **Voretigene neparvovec**

LUXTURNA*1FL CONC+2FL SOLV	H/OSP		Scheda AIFA

Det 3757/2021

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 calcico**

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 **Dimercaprolo**

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 **Idroxocobalamina**

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

Doc PTR 54 Scheda di valutazione del farmaco Deferasirox.

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**

RENVELA*FL 180CPR RIV 800MG	A	PT (gennaio 2018)	PHT- PT - RER
RENVELA*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 osse... [PDF - 1.408kB] 270) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI [PDF - 1.185kB]

V03AE03 **Lantanio 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 osse... [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 osse... [PDF - 1.408kB] 270) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI [PDF - 1.185kB]

V03AE09 **Patiromer**

VELTASSA*OS POLV 30BUST 16,8G	A	PT RER 333_PATIROMER e SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO_ottobre 2021	PHT- PT RER
VELTASSA*OS POLV 30BUST 8,4G	A	PT RER 333_PATIROMER e SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO_ottobre 2021	PHT, PT - RER

Det. 1334/2022

V03AE10 **Sodio Zirconio ciclosilicato**

LOKELMA*OS SOSP 28BUST 10G	A	PT RER 333_PATIROMER e SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO_ottobre 2021	PHT, PT - RER

Det. 1334/2022

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/OSP		
CALCIO LEVOF TEVA*EV FL 100MG	H/OSP		

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 5UI 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*ENDOVESC 85MG 10ML+50ML	C/OSP		

Limitatamente a: "pazienti che presentano una recidiva di Ca vescicale (Ta o TI) 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**

FLUORESCEINA 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/OSP		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**)

V10XX04 **Lutezio-177 oxodotreotide**

LUTATHERA*1FL 370MBQ/ML20,5-25	H/OSP		Monitoraggio addizionale - Scheda monitoraggio aifa

Det. 6976/2019Det. 7966/2019