

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 + Algedrato | | | |
| 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 acida Inibitori di pompa protonica. Poche conoscenze per un impiego molto diffuso Pacchetto Informativo sui Farmaci 1/2012 | | | |
| A02BC02 Pantoprazolo | | | |
| PANTORC* 14CPR GASTR 40MG | A | Nota 1 - Nota 48 | Molecola a brevetto scaduto |
| PANTORC*14CPR GASTR 20MG | A | Nota 1 - Nota 48 | |
| PANTORC*IV 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 ammoniacali quaternari | | | |

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

A03BB01 Butilscolamina

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

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

A03F Procinetici

A03FA Procinetici

A03FA01 Metoclopramide

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

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

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

A03FA01 Metoclopramide

A03FA01 Metoclopramide

A03FA03 Domperidone

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

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

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

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

Documento del gruppo di esperti per i farmaci in età pediatrica "Il trattamento farmacologico del vomito in età pediatrica. Bilancio tra rischi e benefici." [AIFA B.I.F. n.5/2007](#) [PDF - 578kB] [Reazioni avverse a PERIDON supposte nei bambini](#) [PDF - 86kB]

A04 Antiemetici e antinausea

A04A Antiemetici e antinausea

A04AA Antagonisti della serotonina (5HT3)

A04AA01 Ondansetron

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

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

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

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

La classe omogenea degli antagonisti della serotonina (5HT3) è stata valutata secondo il criterio della sovrapposibilità terapeutica per le indicazioni terapeutiche comuni. Tra i principi attivi ondansetron, granisetron, tropisetron, **ai fini della gara, sono stati selezionati ondansetron e granisetron per aree di sovrapposibilità clinica più estese. Il lotto di gara è stato aggiudicato al prodotto risultato economicamente più vantaggioso: Ondansetron Mylan Generics (a base di ondansetron).** Nel caso di pazienti che non rispondono in modo ottimale o che mostrano effetti collaterali importanti a seguito di assunzione di ondansetron è possibile richiedere un prodotto alternativo nell'ambito della valutazione effettuata.

A04AA05 Palonosetron

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

| 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 sovrapposibilità terapeutica lattulosio e lattitolo sono stati messi in gara in alternativa. Il lotto di gara è stato aggiudicato alla specialità medicinale risultata economicamente più conveniente. | | | |
| A06AD12 Lattitolo Considerata la loro sovrapposibilità terapeutica lattulosio e lattitolo sono stati messi in gara in alternativa. Il lotto di gara è stato aggiudicato alla specialità medicinale risultata economicamente più conveniente. | | | |
| A06AD15 Macrogol 4000 | | | |
| LAXIPEG*OS POLV 20BUST 9,7G | C | | |
| A06AD17 Sodio fosfato acido + Disodio fosfato | | | |
| PHOSPHOLAX*OS 10BUST 20ML | C | | |
| A06AD65 Macrogol+Sali di Na e K | | | |
| 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 aggironamento
[Doc 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 | | |
| CREONIPÉ*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. 5724/2015 Det. 8042/2017 Det. 4081/2018 Det. 5866/2019 Det. 8533/2022 aggiornamento PT-RER Det. 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. 1128/2019 Det. 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. 4081/2018 Det. 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 basale È 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 basale È 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. 1416/2020](#)[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](#)

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. 1416/2020](#)[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](#)

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. 3966/2020](#)[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](#)

| 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 diretta [Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**) **L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN**:La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa [Det. 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 diretta [Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**) **L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN**:La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa [Det. 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 diretta [Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento **maggio 2016**) [Doc PTR 112](#) Scheda di valutazione del farmaco Saxagliptin (**settembre 2010**) **L'AIFA ha reso rimborsabile a carico SSN**:La prescrizione in associazione a insulina limitatamente agli inibitori DPP-4 in caso di associazione alla sola insulina basale È confermata la prescrizione in monoterapia di sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin limitatamente ai pazienti con insufficienza renale cronica moderata-severa

| 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 basale. È 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. 17573/2015](#)[Det. 17218/2018](#)[Doc PTR 227](#) Documento relativo a Lixisenatide (luglio 2014) [Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento maggio 2016)[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 diretta[Det. 9658/2016](#)[Det. 4081/2018](#)[Det. 17218/2018](#)[Doc PTR 279](#) Scheda di valutazione del farmaco Dulaglutide (aggiornamento febbraio 2018)[Doc PTR 173](#) Linee guida terapeutiche n. 5: "Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)" (aggiornamento maggio 2016)[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. 18521/2019](#)[Det. 1334/2022](#)[Det. 8533/2022](#)[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)

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. 13861/2020](#)[Det. 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 ISS](#)Esclusiva 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

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| ASCRIPIN*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 Ilprost

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

B01AD04 Urokinasi

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

B01AD11 Tenecteplase

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

B01AD12 Proteina C umana

| | | | |
|--------------------|-------|--|--|
| CEPROTIN*IV 1000UI | H/OSP | | |
| CEPROTIN*IV 500UI | H/OSP | | |

B01AE Inibitori diretti della trombina**B01AE03 Argatroban**

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

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

B01AE06 Bivaluridina

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

[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; **la CF AVEC rende disponibile il RIVAROXABAN per l'uso in chirurgia ortopedica.**

B01AF Inibitori diretti del fattore Xa

B01AF01 Rivaroxaban

| | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| XARELTO*10CPR RIV 10MG PP/ALU | A | | |
| XARELTO*28 CPR RIV 20MG | A | | |
| XARELTO*30CPR RIV 10MG PP/ALU | A | | |
| XARELTO*42 CPR RIV 15MG | A | - | |

[Det.14621/2013](#)[Det. 18246/2017](#)[Det. 6822/2018](#)[Det. 18521/2019](#)[Det. 13861/2020](#) Recepimento della nota AIFA 97 relativa alla prescrizione di NAO/DOAC e AVK nei pazienti con FANV.[Det. 5673/2021](#)[Det. 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; **la 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. 5673/2021](#)[Det. 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; **la CF AVEC rende disponibile il RIVAROXABAN per l'uso in chirurgia ortopedica.**

B01AF03 Edoxaban

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

[Doc PTR 182](#) Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare (aggiornamento **giugno 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. 21664/2019](#)[Det. 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 142 [Scheda registro AIFA](#)

B02BX05 Eltrombopag

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

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

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. 1128/2019](#)[Det. 11195/2020](#)[Det. 13861/2020](#)

B02BX07 Lusutrombopag

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| MUPLEO*7CPR 3MG | H | | |
|-----------------|---|--|--|

[Det. 23071/2020](#)

B02BX08 Avatrombopag

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

[Det. 15173/2022](#)[Det. 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 orali[Det. 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. 18376/2020](#)Scheda 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 4000UI/ML 1ML | A | | PHT - PT |
|--------------------------|---|--|----------|

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

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

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

Prescrizione da riservare a **garanzia della CONTINUITA' TERAPEUTICA in pazienti adulti e pediatrici già in trattamento con 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 complianti 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 polialinica 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. 16232/2013](#)[Det. 20720/2017](#)[Det. 20944/2020](#)[Doc 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. 16232/2013](#)[Det. 20720/2017](#)[Det. 20944/2020](#)[Doc 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. 5109/2022](#)[Det. 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 autoinieffabile | |
| CHENPEN*1SIR 300MCG/0,3ML | H | PT RER adrenalina autoinieffabile | |
| CHENPEN*1SIR 500MCG/0,3ML | H | PT RER adrenalina autoinieffabile | |

[Det. 4635/2012](#)[Det. 17000/2016](#)[Det. 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 nitroferriicianurici**

C02DD01 **Nitroprussiato**

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

C02K **Altri antiipertensivi**

C02KX **Altri antiipertensivi**

C02KX01 **Bosentan**

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

[DocCRF] n.77 Luglio 2012: "[Trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare e scheda di prescrizione: percorso organizzativo e documento specialistico](#)" Per l'indicazione terapeutica "riduzione del numero di nuove ulcere digitali in pazienti con sclerosi sistemica e ulcere digitali attive" la Commissione Farmaci di AVEC ha redatto una [Scheda terapeutica](#) [DOC - 82kB] che ha validità di 6 mesi. La prosecuzione della terapia oltre i 6 mesi verrà valutata caso per caso dalla CF AVEC.

C02KX02 **Ambrisentan**

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

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

C02KX04 **Macitentan**

| | | | |
|------------------------|---|------------------------------------|---|
| OPSUMIT*30CPR RIV 10MG | A | 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

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| TRIA TEC*14CPR DIV 5MG | A | | |
| TRIA TEC*28CPR DIV 10MG | A | | |
| TRIA TEC*28CPR DIV 2,5MG | A | | |

C09B Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina

C09BA Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e diuretici *La Commissione Farmaci di AVEC raccomanda di riservare la prescrizione di ACE inibitori e diuretici in associazione preconstituita in fase di dimissione, in pazienti politrattati e/o seguiti in Casa Protetta/RSA

C09BA02 Enalapril + Idroclorotiazide

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

C09BA03 Lisinopril + Idroclorotiazide

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

C09BA05 Ramipril + Idroclorotiazide

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| TRIA TEC HCT*14CPR 2,5+12,5MG | A | | |
| TRIA TEC HCT*14CPR 5MG+25MG | A | | |

C09C Antagonisti dell'angiotensina II**C09CA Antagonisti dell'angiotensina II, non associati****C09CA01 Losartan**

| | | | |
|----------------------------|---|--|--|
| LORTAAN*28CPR RIV 100MG | A | | |
| LORTAAN*28CPR RIV DIV 50MG | A | | |

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

C09CA03 Valsartan

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| VALSARTAN TEVA*14CPR RIV 40MG | A | | |
| VALSARTAN TEVA*28CPS 160MG | A | | |
| VALSARTAN TEVA*28CPS 80MG | A | | |

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

C09D Antagonisti dell'angiotensina II, associazioni

C09DA Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici *La Commissione Farmaci di AVEC raccomanda di riservare la prescrizione di Sartani e diuretici in associazione preconstituita in fase di dimissione, in pazienti politrattati e/o seguiti in Casa Protetta/RSA

C09DA01 Losartan + Idroclorotiazide

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| FORZAAR*28CPR RIV 100MG+25MG | A | | |
| HIZAAR*28CPR RIV 50MG+12,5MG | A | | |

C09DA03 Valsartan + Idroclorotiazide

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| COTAREG*28CPR RIV 160MG/12,5MG | A | | |
| COTAREG*28CPR RIV 80MG/12,5MG | A | | |

C09DX Antagonisti dell'angiotensina II, altre associazioni

| | | | |
|-------------------------------|---|--|---------------|
| ENTRESTO*28CPR RIV 24MG+26MG | A | | PHT- PT AIFA |
| ENTRESTO*28CPR RIV 49MG+51MG | A | | PHT - PT AIFA |
| ENTRESTO*56CPR RIV 49MG+51MG | A | | PHT - PT AIFA |
| ENTRESTO*56CPR RIV 97MG+103MG | A | | PHT - PT AIFA |

C10 Sostanze ipolipemizzanti

C10A Ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti

C10AA Inibitori della HMG CoA reduttasi "L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale così come la modifica dello stile di vita. E' inoltre raccomandabile, nell'ambito di ciascuna classe di farmaci, la scelta dell'opzione terapeutica meno costosa."(AIFA Nota 13 -aggiornamento 05/2013)[Criteri di interpretazione](#) della nuova nota AIFA n.13 emanata in aprile 2013 e [allegato](#) " Carte del rischio Europee (progetto SCORE) e italiane (progetto CUORE) - (maggio 2013)

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, (JUPITER- 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. 3966/2020](#)[Det. 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. 11195/2020](#)[Det. 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 preconstituita di ezetimibe con atorvastatina in tutti i dosaggi rimborsati in classe A Nota AIFA 13 [Doc 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 argantica

| | | | |
|------------------------|-------|--|--|
| 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. 2560/2017](#)[Det. 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 | Rinosinusite 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. 19842/2018](#)[Det. 1783/2021](#)[Det. 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 2011](#)[Scheda Registro AIFA](#)

G Sistema genito-urinario e ormoni sessuali**G01 Antimicrobici e antisettici ginecologici****G01A Antimicrobici e antisettici, escluse le associazioni con corticosteroidi****G01AF Derivati imidazolici****G01AF01 Metronidazolo**

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

G01AF04 Miconazolo

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

G01AX Altri antimicrobici e antisettici**G01AX11 Iodopovidone**

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

G02 Altri ginecologici**G02A 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 **Antiprogesterinici**

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. 2363/2015](#)[Det. 2560/2017](#)[Det. 11195/2020](#)[Det. 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.
Il lotto di gara è stato aggiudicato a tamsulosina.

G04CA03 Terazosina

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

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

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

G04CB Inibitori della testosterone-5-alfa riduttasi

G04CB01 Finasteride

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

H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali

H01 Ormoni ipofisari, ipotalamici e analoghi

H01A Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi

H01AA ACTH

H01AA02 Tetracosactide

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

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

Limitatamente all'uso come diagnostico

H01AC Somatropina e agonisti della somatropina

H01AC01 Somatropina

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

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

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

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

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

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

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

Per l'acquisto del principio attivo somatropina è stata effettuata una **gara regionale**. I diversi prodotti a base di somatropina disponibili (specialità e biosimilari in confezione sia monodose che pluridose) sono stati valutati secondo il criterio della sovrapposibilità terapeutica per gli usi prevalenti (almeno il 70% del fabbisogno totale).Le conclusioni contenute nel documento di valutazione redatto dal Gruppo di lavoro multidisciplinare regionale, appositamente costituito, sono state la base per l'impostazione di un capitolato di gara nel quale era prevista l'aggiudicazione ad almeno tre "specialità/biosimilari", in percentuali anche differenziate, al fine di garantire una corretta somministrazione del farmaco in tutte le situazioni cliniche ed in modo da favorire la compliance del paziente.La gara è stata aggiudicata ai seguenti prodotti in formulazione pluridose in tutti i dosaggi disponibili:**OMNITROPE, NUTROPIN AQ e HUMATROPE** con le seguenti percentuali di fornitura: rispettivamente 50%, 35% e 15%, come indicato sul sito [Intercent-ER](#) .

H01AC01 Somatropina

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| GENOTROPIN MINI*4TBF 1,2MG(3,6 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*4TBF 1,4MG(4,2 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*4TBF 1,6MG(4,8 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*4TBF 1,8MG(5,4 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*4TBF 2MG(6UI) | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*7TBF 0,2MG(0,6 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*7TBF 0,4MG(1,2 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*7TBF 0,6MG(1,8 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*7TBF 0,8MG(2,4 | A | Nota 39 | PHT - PT |
| GENOTROPIN MINI*7TBF 1MG(3UI)+ | A | Nota 39 | PHT - PT |

Farmaci a completamento Il documento regionale sopra citato riporta altresì la necessità, per il completamento delle esigenze cliniche, di una quota ridotta di prodotto in formulazione monodose. L'unica specialità presente in commercio a base di somatropina in confezione monodose (Genotropin) non ha partecipato alla gara regionale; pertanto si è proceduto alla stipula di un contratto in esclusiva per una quota ridotta di fabbisogno (non superiore al 20%) di tale specialità, in tutti i dosaggi in commercio.

H01AX Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi

H01AX01 Pegvisomant

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

H01B Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi

H01BA Vasopressina e analoghi

H01BA02 Desmopressina

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

H01BA04 Terlipressina

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

Limitatamente al trattamento dell'emorragia da varici esofagee

H01BB Oxitocina e suoi derivati

H01BB02 Ossitocina

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

H01C Ormoni ipotalamici

H01CA Ormoni liberatori delle gonadotropine

H01CA01 Gonadorelina acetato

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| KRYPTOCUR*NAS 2FL 10G+2EROG | A | | |
|-----------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| LUTRELEF*FL 0,8MG/10ML+FL+SIR | C | | |
|-------------------------------|---|--|--|

H01CB Ormone anticrescita

H01CB01 Somatostatina

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

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

H01CB02 Octreotide

| | | | |
|------------------------------|---|-------------------------|----------|
| OCTREOTIDE BIO.L.*FL 1MG 5ML | A | Nota 40 | PHT - PT |
|------------------------------|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|---|---|-------------------------|----------|
| OCTREOTIDE BIO.L.*INIET 10F 0,1MG/ML | A | Nota 40 | PHT - PT |
|---|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|---|---|-------------------------|----------|
| OCTREOTIDE BIO.L.*INIET 10F 0,5MG/ML | A | Nota 40 | PHT - PT |
|---|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| SANDOSTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2 | A | Nota 40 | PHT - PT |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| SANDOSTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2 | A | Nota 40 | PHT - PT |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| SANDOSTATINA LAR*FL 30MG+SIR+2 | A | Nota 40 | PHT - PT |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| SANDOSTATINA*INIET 3F 0,5MG/ML | A | Nota 40 | PHT - PT |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|

H01CB03 Lanreotide

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| IPSTYL*IM FL30MG RP+F 2ML SOLV | A | Nota 40 | PHT - PT |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|---------------------|---|-------------------------|----------|
| IPSTYL*SC 1SIR 60MG | A | Nota 40 | PHT - PT |
|---------------------|---|-------------------------|----------|

| | | | |
|---------------------|---|-------------------------|--|
| IPSTYL*SC SIR 120MG | A | Nota 40 | |
|---------------------|---|-------------------------|--|

H01CB05 Pasireotide

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

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| TRIAACORT*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. 20586/2021](#)[Det. 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 SevelamerLantanoOssi-idrossido sucroferricoParacalcitoloCinacalcetE..." \[PDF - 826kB\]](#)

H05BX02 Paracalcitolo

| | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|---------|
| ZEMPLAR*28CPS 2MCG | A | PT (gennaio 2018) | PHT- PT |
| ZEMPLAR*INIET 5F 1ML 5MCG/ML | A | PT (gennaio 2018) | PHT- PT |

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 "I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osse..." \[PDF - 1.408kB\]](#) [270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI \[PDF - 1.185kB\]](#)
[264\) Documento relativo a "Piano terapeutico regionale per la prescrizione di SevelamerLantanoOssi-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 SevelamerLantanoOssi-idrossido sucroferricoParacalcitoloCinacalcetE..." \[PDF - 826kB\]](#)

J Antimicrobici generali per uso sistemico

J01 Antibatterici per uso sistemico

J01A Tetracicline

J01AA Tetracicline

J01AA02 Doxiciolina

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| 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 Cef tazidima

| | | | |
|--------------------------------|-------|--|--|
| 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 **cef tazidima 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

| | | | |
|------------------------------|-------|--|--|
| CEFTRIAZONE 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. 4081/2018](#)[Det. 7846/2021](#)[Doc RER 309](#) Scheda di valutazione del medicinale Ceftazidima / Avibactam (**febbraio 2018**)

J01DF Monobattami

J01DF01 **Aztreonam****Spettro antibatterico limitato a batteri aerobi gram negativi.** Si raccomanda di NON utilizzare da solo come trattamento iniziale aspecifico.

J01DH Carbapenemi

J01DH02 Meropenem

| | | | |
|----------------------------|-------|--|--|
| MERREM*EV POLV 10FL 1000MG | H/OSP | | |
|----------------------------|-------|--|--|

I principi attivi meropenem e imipenem/cilastatina sono stati sovrapponibili per il trattamento empirico e mirato delle infezioni gravi dei principali organi e apparati, causati dai batteri sensibili ai carbapenemi, compresa la neutropenia febbrile.Sono stati posti in gara in alternativa per l' 80% del fabbisogno ed il lotto di gara è stato aggiudicato a meropenem.

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 Cefotbipolo

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

Scheda di valutazione del Cefotbipolo (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 Cefotolozano/Tazobactam

| | | | |
|------------------------------|-------|--|--|
| ZERBAXA*EV 10FL POLV 1G+0,5G | H/OSP | Scheda cartacea AIFA Cefotolozano/Tazobactam | |
|------------------------------|-------|--|--|

[Det. 2560/2017](#)[Det. 7846/2021](#)[Doc RER 295](#) Scheda di valutazione del farmaco Cefotolozano + 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 F 150MG/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 nitrofuranci**J01XE01 Nitrofurantoina**

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| NEOFURADANTIN*20CPS 50MG | A | | |
|--------------------------|---|--|--|

[Det. 11195/2020](#)**J01XX Altri antibatterici****J01XX01 Fosfomicina**

| | | | |
|---------------------------|-------|--|-----|
| INFECTOFOFOS*10FL 2G/50ML | H OSP | | RMP |
|---------------------------|-------|--|-----|

| | | | |
|----------------------------|-------|--|-----|
| INFECTOFOFOS*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. 4625/2015](#)[Det. 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

CRIVAN*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. 20720/2017](#) [Det. 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 Bictgravir/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

| | | | |
|---------------------------------|---|--|--------------------------|
| SYM TUZA*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 Dolutegravir [Det.18844/2014](#) [Det. 5866/2019](#)**J05AX18 Letemovir**

| | | | |
|-------------------------|---|--|-------------|
| PREVMIS*28CPR RIV 240MG | A | | Scheda AIFA |
|-------------------------|---|--|-------------|

| | | | |
|-------------------------|---|--|-------------|
| PREVMIS*28CPR RIV 480MG | A | | Scheda AIFA |
|-------------------------|---|--|-------------|

| | | | |
|------------------------------|-------|--|-------------|
| PREVMIS*INFUS 1FL 240MG 12ML | H/OSP | | Scheda AIFA |
|------------------------------|-------|--|-------------|

| | | | |
|------------------------------|-------|--|-------------|
| PREVMIS*INFUS 1FL 480MG 24ML | H/OSP | | Scheda AIFA |
|------------------------------|-------|--|-------------|

[Det. 150/2019](#) [Det. 20944/2020](#)**J05AX28 Bulevirtide**

| | | | |
|----------------------------|---|--|-----|
| HEPCLUDEX*SC 30FL POLV 2MG | A | | PHT |
|----------------------------|---|--|-----|

[Det. 7248/2023](#) Trattamento infezione 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 Immunodeficienza Primitiva (PID) che presentano scarsa tollerabilità alla somministrazione endovenosa.

J06BA02 Immunoglobulina umana ad alto titolo di IgM

| | | | |
|--------------------------------|-------|--|--|
| PENTAGLOBIN*EV 1FL 50MG/ML100M | C/OSP | | |
|--------------------------------|-------|--|--|

| | | | |
|--------------------------------|-------|--|--|
| PENTAGLOBIN*EV FL 50MG/ML 10ML | C/OSP | | |
|--------------------------------|-------|--|--|

J06BA02 Immunoglobulina umana normale

| | | | |
|-------------------------------|-------|--|--|
| VENITAL*EV FL 100ML 50G/L+SET | H/OSP | | |
|-------------------------------|-------|--|--|

J06BB Immunoglobuline specifiche**J06BB01 Immunoglobulina umana anti-D Rh0**

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| IMMUNORHO*IM 1FL300MCG+1F 2ML | A | | |
|-------------------------------|---|--|--|

J06BB02 Immunoglobulina umana tetanica

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| IGANTET*IM 1SIR 1ML 250UI | A | | |
|---------------------------|---|--|--|

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| IGANTET*IM 1SIR 2ML 500UI | A | | |
|---------------------------|---|--|--|

J06BB03 Immunoglobulina umana della varicella

| | | | |
|---------------------------|-------|--|--|
| VARITECT*IV 1F 20ML 500UI | H/OSP | | |
|---------------------------|-------|--|--|

| | | | |
|--------------------------|-------|--|--|
| VARITECT*IV 1F 5ML 125UI | H/OSP | | |
|--------------------------|-------|--|--|

| | | | |
|-----------------------------|-------|--|--|
| VARITECT*IV 1FL 50ML 1250UI | H/OSP | | |
|-----------------------------|-------|--|--|

J06BB04 Immunoglobulina umana antiepatite B

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| IGANTIBE*IM 1F 5ML 1000UI/5ML | A | | |
|-------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| 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 aggiuntivo - 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'Haemophilus 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 morbilloso**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-poliomielite-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 Ifosfamida**

| | | | |
|-------------------|-------|--|--|
| HOLOXAN*EV 1FL 1G | H/OSP | | |
|-------------------|-------|--|--|

L01AA09 **Bendamustina** Det. 1641/2011 [Det 9757/2018](#) [Det. 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 07/2009 [Scheda Registro AIFA](#)

L01BB Analoghi della purina

L01BB02 Mercaptopurina

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| PURINETHOL*25CPR 50MG | A | | |
|-----------------------|---|--|--|

L01BB03 Tioguanina

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| TIOGUANINA WELLCOME*25CPR 40MG | A | | |
|-----------------------------------|---|--|--|

L01BB05 Fludarabina

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| FLUDARA*20CPR RIV 10MG | A | | |
|------------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------------------------|-------|--|--|
| FLUDARABINA TEVA*EV 1F 50MG 2ML | H/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 aggiuntionale |
|--------------------------|---|--|---|

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 naturaliprodotto 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 aggiuntivo - 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 platino [Det. 8042/2017](#) NSCLC ALK positivo prima linea [Det. 14483/2018](#) NSCLC ALK positivo, prima linea e linee successive [Det. 5866/2019](#) NSCLC ROS1 positivo [Det. 23071/2020](#) NSCLC

L01ED02 **Ceritinib**

| | | | |
|----------------------|---|--|-------------|
| ZYKADIA*150CPS 150MG | H | | Scheda AIFA |
|----------------------|---|--|-------------|

[Det. 2295/2018](#) [Det. 14483/2018](#) [Det. 23071/2020](#) NSCLC

L01ED03 **Alectinib**

| | | | |
|-----------------------|---|--|-------------|
| ALECENSA*224CPS 150MG | H | | Scheda AIFA |
|-----------------------|---|--|-------------|

[Det. 14483/2018](#) [Det. 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](#) NSCLC [Det. 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.3783/2016](#)[Det. 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 LLC Doc PTR 285 "Leucemia Linfatica Cronica (LLC), 1° e 2° linea di terapia. Idelalisib+Rituximab, Ibrutinib" (maggio 2016) [Doc. PTR N.285](#) [PDF - 1.444kB] Doc PTR 286 "Linfoma mantellare, recidivato o refrattario, dopo una prima linea di terapia. Imbrutinib, Tamsirolimus" (maggio 2016) [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 trattamenti 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. 7846/2021](#)[Det. 5109/2022](#)[Det. 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 completa. [Det. 23678/2019](#) [Det. 150/2019](#) HNSCC. [Det. 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 linea. [Det. 8042/2017](#) [Det. 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 avanzato. [Det. 9658/2016](#) [Doc. 1334/2022](#) Raccomandazioni elaborate dal GReFO sul trattamento del carcinoma renale avanzato, non precedentemente sottoposti a terapia. [Det. 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 epiteioidale. 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 chemioterapia 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](#) NSCLC. [Det. 1783/2021](#) RCC. [Det. 23071/2020](#) Testa collo. [Det. 3966/2020](#) NSCLC - Melanoma adiuvante. [Det. 23678/2019](#) Linfoma di Hodgkin classico - Carcinoma uroteliale. [Det. 11981/2018](#) [Det. 12591/2017](#) [Det. 15926/2017](#) [Det. 9658/2016](#) [Det. 8419/2016](#) [Doc. 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. 11981/2018](#) [Det. 15515/2020](#) [Det. 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. INNOVATIVA 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](#) Raccomandazione 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](#) riconsociuta 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 Autoleucl

| | | | |
|---------------------|-------|--|-------------|
| 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 aggiornamento
Det.1986/2014
Det.385/2016
Det. 18246/2017 [biosimilare Truxima/Mundipharma]
Det. 20720/2017 [biosimilare Truxima/Mundipharma]
Det. 6822/2018
Det. 11981/2018 [biosimilare Rixathon/Sandoz]
[Det. 13164/2019](#) raccomandazione GREFO Linfoma Follicolare
[Det. 18521/2019](#) rettifica Det. 13164/2019 su raccomandazione GREFO Linfoma Follicolare
[Det. 13861/2020](#) LLC
[Det. 7846/2021](#) Pemfigo
[Det. 14465/2021](#) Granulomatosi con poliangite 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. 8024/2012](#)
[Det. 23071/2020](#) Testa collo
[Doc 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. 8419/2016](#)[Det. 9658/2016](#)[Det. 5866/2019](#)[Det. 1334/2022](#)[Det. 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 epiteioidale. Raccomandazioni GReFO per il trattamento del tumore del colon retto metastatico in pazienti con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatteliti dopo precedente chemioterapia di associazione a base di fluoropirimidina.

L01XC12 BRENTUXIMAB VEDOTIN

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

[Det.10044/2015](#)[Det.11195/2020](#)[Doc. 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. 8042/2017](#)[Det. 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 Follicolare[Det. 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 terapia[Det. 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 refrattario[Det. 14483/2018](#) mieloma multiplo recidivato o refrattario dopo una prima linea di terapia[Det. 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. 18521/2019](#)[Det. 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 GRFO 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. 11195/2020](#)[Det. 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](#) ruolo 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. 8419/2016](#)[Det. 9658/2016](#)[Det. 7966/2019](#)[Det. 3966/2020](#)[Det. 1783/2021](#)[Doc 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 116](#)[Det. 15035/2010](#)[Det. 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 2011 [Nota Informativa Importante](#) del 10.12.2012 [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE08 Nilotinib

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| TASIGNA*112CPS 200MG | H | | |
|----------------------|---|--|--|

[[DocCRF](#)] n. 151/Dic.2011 "Nilotinib e Dasatinib Nella Leucemia Mieloide Cronica(LMC)I linea di terapia" [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE09 Temozolomide

| | | | |
|-----------------------|-------|--|--|
| TORISEL*EV FL 25MG/ML | H/OSP | | |
|-----------------------|-------|--|--|

Doc PTR 286 "Linfoma mantellare, recidivato o refrattario, dopo una prima linea di terapia. Imbrutinib, Temozolomide" (maggio 2016) [Doc. PTR N.286](#) [PDF - 1.407kB] [[DocCRF](#)] n.116 Novembre 2010 Raccomandazioni d'uso: "Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia" [Scheda Registro AIFA](#)

L01XE10 Everolimus

| | | | |
|---------------------|---|--|-------------|
| AFINITOR*30CPR 10MG | H | | 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 antiaromatasi" (**settembre 2013**) [Doc PTR 282](#) Raccomandazioni evidence-based: "Farmaci per il tumore neuroendocrino del pancreas (pNET), metastatico o non operabile, in progressione di malattia" (**maggio 2016**)

L01XE11 Pazopanib

| | | | |
|----------------------|---|--|-------------|
| VOTRIENT*200MG 30CPR | H | | 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](#) Raccomandazioni 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. 15926/2017](#)[Det. 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. 14435/2015](#)[Det. 3783/2016](#)[Det. 9658/2016](#)[Det. 4081/2018](#)[Det 19842/2018](#)[Det 23071/2020](#)[Doc PTR 283](#) Raccomandazioni evidence-based: Regorafenib - Tumori stromali gastrointestinali (GIST), 3° linea di terapia (**maggio 2016**)[Doc PTR 220](#)
Raccomandazioni evidence-based: Regorafenib nel carcinoma del colon retto avanzato pretrattato (**ottobre 2015**)

L01XE23 **Dabrafenib**

| | | | |
|-------------------------|---|--|-------------|
| TAFINLAR*FL 120CPS 50MG | H | | Scheda AIFA |
|-------------------------|---|--|-------------|

[Det. 20944/2020](#) GReFO NSCLC[Det. 3966/2020](#) GReFO trattamento adiuvante melanoma, dopo resezione completa[Det. 23678/2019](#)
[Det. 2560/2017](#) GReFO melanoma inoperabile o metastatico[Det. 9658/2016](#)[Det. 8419/2016](#)[Doc 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 NSCLC [Det. 3966/2020](#) GReFO trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma, dopo resezione completa [Det. 23678/2019](#) [Det. 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. 20720/2017](#) [Det. 1416/2020](#) Raccomandazioni GREFO e posto in terapia di vandetanib e cabozantinib nel trattamento del carcinoma midollare della tiroide (MTC) avanzato. [Det. 3966/2020](#) [Det. 23071/2020](#) [Det. 1783/2021](#) [Det. 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 297](#) [Det. 5830/2017](#) [Det. 8042/2017](#) [Det. 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. 11195/2020](#) [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](#) [Det. 2295/2018](#)

L01XE35 Osimertinib

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

[Det. 18246/2017](#) [Det. 23678/2019](#) Flow chart GReFO NSCLC, localmente avanzato o metastatico, nei pazienti mutati [Det. 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. 19842/2018](#)[Det. 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. 7621/2020](#)[Det. 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. 11195/2020](#)[Det. 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 recidiva. [Det. 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 tumore della prostata metastatico resistente alla 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 recidiva. [Det. 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 refrattario [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

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](#) Liposarcoma [Det 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 refrattario [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

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. 16785/2014](#) [Doc 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, ibrutumumab 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. 20720/2017](#)[Det. 11195/2020](#)[Det. 13861/2020](#)[Det. 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 15839/2019](#)[Det. 13861/2020](#)

L02 Terapia endocrina**L02A Ormoni ed agenti correlati****L02AB Progestinici****L02AB01 Megestrololo**

| | | | |
|------------------------|---|-------------------------|--|
| GESTROLTEX*30CPR 160MG | A | Nota 28 | |
|------------------------|---|-------------------------|--|

L02AB02 Medrossiprogesterone

| | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------|--|
| DEPOPROVERA*IM SOSP 150MG 1ML | A | Nota 28 | |
| DEPOPROVERA*IM SOSP 150MG 1ML | A | Nota 28 | |
| DEPOPROVERA*IM SOSP 150MG 1ML | A | Nota 28 | |
| FARLUTAL*OS SOSP 15FL 1G/10ML | A | Nota 28 | |
| PROVERA*30CPR 250MG | A | Nota 28 | |

L02AE **Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine**I principi attivi **leuprorelina e triptorelina** (formulazione trimestrale), data la loro sovrapposibilità di efficacia terapeutica sono stati posti in gara in alternativa. Il lotto è stato aggiudicato a triptorelina per la formulazione trimestrale e a leuprorelina per la formulazione mensile

L02AE01 Buserelin

| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------|----------|
| SUPREFACT*1SIR 6,3MG R.P. | A | Nota 51 | PHT- PT |
| SUPREFACT*DEPOT 1SIR 9,45MG | A | Nota 51 | PHT - PT |

Limitatamente a pazienti già in terapia laddove non è opportuna la sostituzione con triptorelina formulazione trimestrale o leuprorelina formulazione mensile.

L02AE02 Leuprorelina

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|---------|
| ENANTONE*IM SC FL+SIR 3,75MG/2 | A | Nota 51 | PHT- PT |
|--------------------------------|---|-------------------------|---------|

L02AE03 Goserelin

| | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|----------|
| ZOLADEX*SC 1SIR 3,6MG R.P. | A | Nota 51 | PHT- PT |
| ZOLADEX*SC SIR 10,8MG R.P. | A | Nota 51 | PHT - PT |

Limitatamente a pazienti già in terapia laddove non è opportuna la sostituzione con triptorelina formulazione trimestrale o leuprorelina formulazione mensile

L02AE04 Triptorelina

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|----------|
| DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR | A | Nota 51 | PHT- PT |
| DECAPEPTYL*FL 3,75MG +2ML+1SIR | A | Nota 51 | 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. 7621/2020](#)[Det. 14465/2021](#)[Det. 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 correlate

L02BX03 Abiraterone

| | | | |
|------------------------|---|--|--------------------------|
| ZYTIGA*FL 120CPR 250MG | H | | Monitoraggio addizionale |
|------------------------|---|--|--------------------------|

[Doc RER 252](#) Raccomandazioni evidence-based: “Farmaci per il carcinoma della prostata metastatico castrazione resistente. Abiraterone, Enzalutamide, Docetaxel, Radium 223 dicloruro, Cabazitaxel” (aggiornamento **gennaio 2018**)

L03 Immunostimolanti

L03A Citochine e immunomodulatori

L03AA Fattori stimolanti le colonie

L03AA02 Filgrastim

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| 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 interferone alfa | PHT - PT |
| ALFAFERONE*1F 3000000UI 1ML | A | | PHT - PT |
| ALFAFERONE*1F 6000000UI 1ML | A | | PHT - PT |

L03AB03 **Interferone gamma 1-b**

| | | | |
|---------------------------|-------|--|--|
| IMUKIN*SC 6F 0,5ML 100MCG | H/OSP | | |
|---------------------------|-------|--|--|

L03AB04 **Interferone alfa-2a**

| | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| ROFERON A*SC 1SIR 3MUI/0,5ML | A | PT interferone alfa | PHT - PT |
| ROFERON A*SC 1SIR 6MUI/0,5ML | A | | PHT - PT |
| ROFERON A*SC 1SIR 9MUI/0,5ML | A | | PHT - PT |

L03AB05 **Interferone alfa-2b**

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| INTRONA*SC IV 1FL 10MUI | A | | PHT - PT |
| INTRONA*SC IV 1FL 18MUI 3ML | A | | PHT - PT |
| INTRONA*SC IV 1FL 25MUI 2,5ML | A | PT interferone alfa | PHT - PT |
| INTRONA*SC IV 1PEN 18MUI+12KIT | A | | PHT - PT |
| INTRONA*SC IV 1PEN 30MUI+12KIT | A | | PHT - PT |

L03AB07 **Interferone beta -1a**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|
| AVONEX*IM 4SIR 30MCG/0,5ML+4AG | A | Nota 65 - PT 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 interferone alfa | PHT - PT |
| PEGINTRON*SC 1PEN 50MCG+1AGO+2 | A | | PHT - PT |
| PEGINTRON*SC 1PEN 80MCG+1AGO+2 | A | | PHT - PT |

L03AB11 **Peginterferon alfa-2a**

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|----------|
| PEGASYS*SC SIR 0,5ML 135MCG+AG | A | | PHT- PT |
| PEGASYS*SC SIR 0,5ML 180MCG+AG | A | PT interferone alfa | PHT - PT |

L03AB13 **Interferone beta 1a pegilato**

| | | | |
|---------------------------------|---|--|------------------------------|
| PLEGRIDY*SC 2PEN 125MCG 0,5ML | A | Nota 65 - PT 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 aggiramento

L04AA18 Everolimus

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

[Det. 18246/2017](#)[Det. 5866/2019](#)

L04AA23 Natalizumab

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

[Det. 3783/2016](#)[Det. 3757/2021](#)[Doc. 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 aggiramento
[Doc 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. 18246/2017](#)[Det. 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 adulti [Doc. PTR n. 185](#) ottobre 2019 [Det. 21664/2019](#)[Det. 3086/2019](#)[Det. 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. 8024/2012](#)[Det. 3783/2016](#)[Det. 20944/2020](#)[Det. 3757/2021](#)[Doc 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. 8791/2015](#)[Det. 385/2016](#)[Det. 9757/2018](#)[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.

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. 2560/2017](#)[Det.7621/2020](#)[Det. 1334/2022](#)[Doc. 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. 14435/2015](#)[Det. 385/2016](#)[Det. 3757/2021](#)[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.

L04AA36 Ocrelizumab

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

[Det. 1128/2019](#)[Det. 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. 7966/2019](#)[Det. 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 aggiornamento [Doc 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 sc[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 placche[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[Doc 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 | Monitoraggio 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 placche [Det. 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 aggiornamento [Doc 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. 5866/2019](#) [Det. 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. 1986/2014](#) [Det. 18246/2017](#) [Det. 18376/2020](#) [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 aggironamento [Det. 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](#) Trattamento 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 aggironamento [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 105](#) Scheda di valutazione del farmaco Ustekinumab [Doc 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 aggiramento [Doc 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 adulti [Det. 11509/2023](#)

L04AC08 Canakinumab

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

[Det. 18246/2017](#) [Det. 18637/2020](#) [Doc 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 placche [Det. 2560/2017](#) [Det. 12591/2017](#) [Doc 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 placche [Det. 9873/2019](#) [Doc 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. 9757/2018](#) [Det. 15515/2020](#) [Det. 20944/2020](#) Criteri di scelta fra i farmaci biologici nella psoriasi a placche [Doc 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 placche[Det. 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 placche[Det. 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 aggiramento
[Doc 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 Thalidomide

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| 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 terapia [Det. 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 staminali [Det. 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 ammoniacali quaternari

M03AC03 Vecuronio

| | | | |
|-----------------------|-------|--|--|
| NORCURON*EV 10FL 10MG | H/OSP | | |
|-----------------------|-------|--|--|

M03AC04 Atracurio

| | | | |
|--------------------------------|-------|--|--|
| ATRACURIUM HAM*EV 5F 25MG 2,5M | H/OSP | | |
|--------------------------------|-------|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|-------|--|--|
| ATRACURIUM HAM*EV 5F 50MG 5ML | H/OSP | | |
|-------------------------------|-------|--|--|

M03AC09 Rocuronio

| | | | |
|------------------------------|-------|--|--|
| ESMERON*EV 10FL 10ML 10MG/ML | H/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 | | |
| DYSPOSPORT*SC IM 2FL 500U | H/OSP | | |

[Det. 1783/2021](#) Raccomandazioni RER sull'uso degli anticorpi antiCGRP nella profilassi dell'emigrania episodica ad alta frequenza e dell'emigrania cronica e sull'uso della tossina botulinica di tipo A nell'emigrania 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 emigrania 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 endovesicale:** 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. 10044/2015](#)[Det. 17218/2018](#) Tumore a cellule giganti dell'osso[Det. 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 prescrizione 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 **Opioidi in associazione con analgesici non oppioidi**

N02AJ17 **Ossicodone cloridrato + paracetamolo**

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| DEPALGOS*28CPR RIV 10MG+325MG | A | | |
| DEPALGOS*28CPR RIV 20MG+325MG | A | | |
| DEPALGOS*28CPR RIV 5MG+325MG | A | | |

N02AX **Altri oppioidi**

N02AX02 **Tramadolo**

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| CONTRAMAL*10CPR 150MG R.P. | A | | |
| CONTRAMAL*20CPR 100MG R.P. | A | | |
| CONTRAMAL*20CPS 50MG | A | | |
| CONTRAMAL*5F 50MG 1ML | A | | |
| CONTRAMAL*INIET 5F 100MG 2ML | A | | |
| CONTRAMAL*OS GTT 10ML 100MG/ML | A | | |

Non è consigliabile affrontare i dolori più intensi aumentando le dosi di tramadolo, considerando complessivamente il suo profilo beneficio/rischio. Il tramadolo è risultato associato al rischio, anche se basso, di crisi convulsive, e di comparsa di disturbi psichiatrici. Poiché l'insorgenza di convulsioni può verificarsi a dosi di poco superiori a quelle normalmente impiegate in terapia, la possibilità di aggiustare i dosaggi è molto limitata.

N02AX06 **Tapentadolo cloridrato**

| | | | |
|------------------------|---|--|-------------------|
| PALEXIA*30CPR 100MG RP | A | | Oppioide maggiore |
| PALEXIA*30CPR 150MG RP | A | | Oppioide maggiore |
| PALEXIA*30CPR 50MG RP | A | | Oppioide maggiore |
| PALEXIA*40 CPR 25MG RP | A | | Oppioide maggiore |

N02B **Altri analgesici e antipiretici**

N02BA **Acido salicilico e derivati**

N02BA01 **Acetilsalicilato di lisina**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| FLECTADOL*IM EV 6F 500MG+6F2,5 | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

N02BA01 **Acido acetilsalicilico**

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| VIVIN*20CPR 500MG | C | | |
|-------------------|---|--|--|

N02BE **Anilidi**

N02BE01 **Paracetamolo**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| PERFALGAN*EV 12FL 100ML10MG/ML | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA OROSOL*10BS 1000MG | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA OROSOL*10BS 250MG | C | | |
|-------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA OROSOL*12BS 500MG | C | | |
|-------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA*16CPR DIV 1000MG | C | | |
|------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA*BB 10SUPP 250MG | C | | |
|-----------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA*BB 10SUPP 500MG | C | | |
|-----------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA*BB OS GTT 30ML 10% | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| TACHIPIRINA*PR INF 10SUPP 125M | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

N02BE51 **Paracetamolo, associazioni esclusi gli psicolettici**

| | | | |
|----------------------------|---|--|--|
| LONARID*BB 6SUPP 200MG+5MG | C | | |
|----------------------------|---|--|--|

N02BG **Altri analgesici e antipiretici**

N02BG08 **Ziconotide** Limitatamente ai centri di terapia antalgica con dimostrata esperienza in impianti intratecali.

N02BG10 **Delta-9-Tetraidrocannabinolo + Cannabidiolo**

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

[Det 10598/2013](#)[Det 3966/2020](#)[Doc 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 visivo nel 40% dei pazienti trattati.

N03AG06 Tiagabina

| | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| GABITRIL*50CPR RIV 10MG | A | | |
| GABITRIL*50CPR RIV 15MG | A | | |

N03AX Altri antiepilettici**N03AX09 Lamotrigina**

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| LAMOTRIGINA EG*28CPR DISP 25MG | A | | |
| LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 100MG | A | | |
| LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 200MG | A | | |
| LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 50MG | A | | |

N03AX11 Topiramato

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| TOPAMAX*60CPS 15MG | A | | |
| TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 100M | A | | |
| TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 200M | A | | |
| TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 25MG | A | | |
| TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 50MG | A | | |

N03AX12 Gabapentin

| | | | |
|-----------------------------|---|------------------------|--|
| GABAPENTIN TEVA*30CPS 400MG | A | Nota 4 | |
| GABAPENTIN TEVA*50CPS 100MG | A | Nota 4 | |
| GABAPENTIN TEVA*50CPS 300MG | A | Nota 4 | |

N03AX14 Levetiracetam

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| LEVETIRACETAM ACC*30CPR 1000MG | A | | |
| LEVETIRACETAM ACC*60CPR 500MG | A | | |
| LEVETIRACETAM MY*10FL 500MG 5M | C | | |
| LEVETIRACETAM RAT*OS 300ML 30G | A | | |
| MATEVER*60CPR RIV 250MG | A | | |

N03AX15 Zonisamide

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| ZONEGRAN*14CPS 25MG | A | | |
| ZONEGRAN*28CPS 50MG | A | | |
| ZONEGRAN*56CPS 100MG | A | | |

[Doc. PTR n. 201 \(gennaio 2014\)](#) - "Scheda di valutazione del medicinale zonisamide"

N03AX18 Lacosamide

| | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| VIMPAT*14 CPR RIV 50MG | A | | |
| VIMPAT*56 CPR RIV 100MG | A | | |
| VIMPAT*56 CPR RIV 150MG | A | | |
| VIMPAT*56 CPR RIV 200MG | A | | |

[Doc. PTR n. 217 \(aprile 2014\)](#) "Scheda di valutazione del medicinale Lacosamide" che verrà aggiornata al fine di ricomprendere la valutazione riportata nella Det. 150/2019 [Det. 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. 150/2019](#)[Det. 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. 17075/2021](#)[Det. 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 Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | |
|--------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| SIRIO*30CPR EFF 25MG + 100MG | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | |
|------------------------------|---|--|--|

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**) [Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BB01 **Amantadina**

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| MANTADAN*20CPR 100MG | C | | |
|----------------------|---|--|--|

Limitatamente alla terapia del M. di Parkinson in pazienti già in trattamento (continuità assistenziale)

N04BC **Agonisti della dopamina**

N04BC04 **Ropinirolo**

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| REQUIP*21CPR 0,25MG | A | | |
|---------------------|---|--|--|

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| REQUIP*21CPR 0,5MG | A | | |
|--------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| REQUIP*21CPR 1MG | A | | |
|------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| REQUIP*21CPR 2MG | A | | |
|------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| REQUIP*21CPR 5MG | A | | |
|------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| REQUIP*28CPR 2MG R.P. | A | | |
|-----------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| REQUIP*28CPR 4MG R.P. | A | | |
|-----------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| REQUIP*28CPR 8MG R.P. | A | | |
|-----------------------|---|--|--|

N04BC05 **Pramipexolo**

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| MIRAPEXIN*30CPR 0,18MG | A | | |
|------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| MIRAPEXIN*30CPR 0,7MG | A | | |
|-----------------------|---|--|--|

N04BC06 **Cabergolina**

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| CABERGOLINA RAT*FL 20CPR 1MG | C | | |
|------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| CABERGOLINA RAT*FL 20CPR 2MG | C | | |
|------------------------------|---|--|--|

In data 27 marzo 2014 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale N. 72 la riclassificazione in fascia C di tutte le specialità medicinali a base di Cabergolina. Pertanto, dal giorno 11 aprile 2014, cabergolina non sarà più rimborsata dal Sistema Sanitario Nazionale.

N04BC07 **Apomorfina**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| APOFIN*INFUS SC 5F 5ML 50MG/5M | H | | |
|--------------------------------|---|--|--|

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**) [Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BC09 **Rotigotina**

| | | | |
|-----------------------|---|--|------------------------|
| NEUPRO*28 CER 2MG/24H | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | Monitoraggio intensivo |
| NEUPRO*28 CER 4MG/24H | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | Monitoraggio intensivo |
| NEUPRO*28 CER 6MG/24H | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | Monitoraggio intensivo |
| NEUPRO*28 CER 8MG/24H | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | Monitoraggio intensivo |

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**) [Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BD **Inibitori della monoaminoossidasi di tipo b**

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| XADAGO*30 CPR RIV 50MG | A | | |
|------------------------|---|--|--|

N04BD02 **Rasagilina**

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| AZILECT*28CPR 1MG | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | |
|-------------------|---|--|--|

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**) [Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BD03 **Safinamide**

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| XADAGO*30CPR RIV 50MG | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | |
|-----------------------|---|--|--|

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**) [Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (ottobre 2014)

N04BX **Altri agenti dopaminergici**

N04BX01 **Tolcapone**

| | | | |
|----------------------------|---|--|---------|
| TASMAR*FL 100CPR RIV 100MG | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | PHT- PT |
|----------------------------|---|--|---------|

[Doc PTR 239](#) Linee guida terapeutiche n. 8: "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (aggiornamento **aprile 2016**) [Farmaci per la cura della malattia di Parkinson](#) - inserto (**ottobre 2014**)

N04BX02 **Entacapone**

| | | | |
|-------------------------|---|--|---------|
| COMTAN*100CPR RIV 200MG | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | PHT- PT |
|-------------------------|---|--|---------|

N04BX04 **Opicapone**

| | | | |
|---------------------|---|--|---------|
| ONGENTYS*30CPS 50MG | A | Piano Terapeutico Regionale Parkinson (ottobre 2018) | PHT- PT |
|---------------------|---|--|---------|

[Det 19842/2018](#) Raccomandazione CRF su opicapone in add on a levodopa/inibitori della DOPA decarbossilasi in pazienti adulti con Malattia di Parkinson avanzata/fluttuante

N05 **Psicolettici**

N05A **Antipsicotici**

N05AA **Fenotiazine con gruppo dimetilaminopropilico**

N05AA01 Clorpromazina

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| LARGACTIL*IM 5F 2ML 50MG | A | | |
| PROZIN*20CPR RIV 100MG | C | | |
| PROZIN*25CPR RIV 25MG | A | | |
| PROZIN*OS GTT 10ML 4% | A | | |

N05AA02 Levomepromazina

| | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| NOZINAN*20CPR RIV 100MG | A | | |
| NOZINAN*20CPR RIV 25MG | A | | |

N05AA03 Promazina

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| TALOFEN*GTT FL 30ML 4G/100ML | C | | |
| TALOFEN*IM IV 6F 50MG | C | | |

N05AB Fenotiazine con struttura piperazinica**N05AB02 Flufenazina**

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| MODITEN DEPOT*IM 1F 25MG | A | | |
|--------------------------|---|--|--|

N05AB03 Perfenazina

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| TRILAFON ENANTATO*IM 100MG 1ML | A | | |
| TRILAFON*20CPR RIV 4MG | C | | |
| TRILAFON*20CPR RIV 8MG | C | | |

N05AD Derivati del butirrofenone**N05AD01 Aloperidolo**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| ALOPERIDOLO SALF*IM 5F 2MG 1ML | C | | |
| HALDOL*30CPR 1MG | A | | |
| HALDOL*IM 5F 1ML 5MG/ML | A | | |
| HALDOL*OS GTT 30ML 10MG/ML | A | | |
| SERENASE*OS GTT 15ML 2MG/ML | C | | |

N05AD01 Aloperidolo decanoato

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| HALDOL DECANOAS*IM 3F 50MG 1ML | A | | |
| HALDOL DECANOAS*IM F 150MG 3ML | A | | |

N05AE **Derivati dell'indolo**

N05AE04 **Ziprasidone** [Doc PTR 314](#) Scheda di valutazione dei farmaci Lurasidone e Ziprasidone (**settembre 2018**)

N05AE05 **Lurasidone**

| | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| LATUDA*28CPR RIV 18,5MG | A | | |
| LATUDA*28CPR RIV 37MG | A | | |
| LATUDA*28CPR RIV 74MG | A | | |

[Doc PTR 314](#) Scheda di valutazione dei farmaci Lurasidone e Ziprasidone (**settembre 2018**)

N05AF **Derivati del tioxantene**

N05AF05 **Zuclopentixolo**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| CLOPIXOL*20CPR RIV 25MG | C | | |
| CLOPIXOL*30CPR RIV 10MG | C | | |
| CLOPIXOL*IM 1F 200MG/ML R.P. | A | | |
| CLOPIXOL*IM 1F 50MG 1ML | C | | |
| CLOPIXOL*OS GTT FL 10ML 20MG/M | C | | |

N05AG **Derivati della difenilbutilpiperidina**

N05AG02 **Pimozide**

| | | | |
|----------------|---|--|--|
| ORAP*20CPR 4MG | A | | |
|----------------|---|--|--|

N05AH **Diazepine,ossazepine,tiazepine e ossepine**

N05AH02 **Clozapina**

| | | | |
|---------------------------|---|------------------------------|----------|
| CLOZAPINA HEX*28CPR 100MG | A | PT clozapina | PHT- PT |
| CLOZAPINA HEX*28CPR 25MG | A | PT clozapina | PHT - PT |

N05AH03 **Olanzapina**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|
| OLANZAPINA TEVA*28CPR ORO 10MG | A | | PHT- T |
| OLANZAPINA TEVA*28CPR ORO 5MG | A | | PHT - PT |
| OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV 10MG | A | | PHT - PT |
| OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV 5MG | A | | PHT - PT |
| OLANZAPINA TEVA*28CPR RIV2,5MG | A | | PHT - PT |
| ZYPREXA*IM 1FL 10MG | H | | |

N05AH04 Quetiapina

| | | | |
|------------------------------|---|--|----------|
| QUENTIAX*30CPR RIV 25MG | A | | PHT - PT |
| QUENTIAX*60CPR RIV 100MG | A | | PHT - PT |
| QUENTIAX*60CPR RIV 200MG | A | | PHT - PT |
| QUENTIAX*60CPR RIV 300MG | A | | PHT - PT |
| QUETIAPINA TE*60CPR 200MG RP | A | | PHT - PT |
| QUETIAPINA TE*60CPR 300MG RP | A | | PHT - PT |
| QUETIAPINA TE*60CPR 400MG RP | A | | PHT - PT |
| QUETIAPINA TE*60CPR 50MG RP | A | | PHT - PT |

N05AH06 Clotiapina

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| ENTUMIN*30CPR 40MG | C | | |
| ENTUMIN*IM EV 10F 40MG 4ML | C | | |
| ENTUMIN*OS GTT 10ML 100MG/ML | A | | |

N05AL Benzamidi**N05AL03 Tiapride**

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| SEREPRILE*20CPR 100MG | C | | |
| SEREPRILE*INIET 10F 100MG/2ML | A | | |

N05AL05 Amisulpride

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| AMISULPRIDE M.G.*12CPR 50MG | C | | |
| AMISULPRIDE M.G.*30CPR 200MG | A | | |
| AMISULPRIDE M.G.*30CPR 400MG | A | | |

N05AL07 Levosulpiride

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| LEVOPRAID*20CPR 100MG | C | | |
| LEVOPRAID*20CPR 50MG | C | | |
| LEVOPRAID*IM IV 6F 50MG 2ML | A | | |

N05AN Litio**N05AN01 Litio**

| | | | |
|--------------------------|---|--|--|
| CARBOLITHIUM*50CPS 150MG | A | | |
| CARBOLITHIUM*50CPS 300MG | A | | |

N05AX Altri antipsicotici

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| ABILIFY MANTENA*IM FL 400MG+F | H | | |
|-------------------------------|---|--|--|

N05AX08 Risperidone

| | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|
| RISPERDAL*1FL IM 25MG+1SIR 2ML | H | | PHT - PT |
|--------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|
| RISPERDAL*1FL IM 37,5MG+1SIR 2 | H | | PHT - PT |
|--------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|
| RISPERDAL*1FL IM 50MG+1SIR 2ML | H | | PHT - PT |
|--------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|------------------------------|---|--|----------|
| RISPERIDONE DR RED*60CPR 1MG | A | | PHT - PT |
|------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|------------------------------|---|--|----------|
| RISPERIDONE DR RED*60CPR 2MG | A | | PHT - PT |
|------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|------------------------------|---|--|----------|
| RISPERIDONE DR RED*60CPR 3MG | A | | PHT - PT |
|------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|------------------------------|---|--|----------|
| RISPERIDONE DR RED*60CPR 4MG | A | | PHT - PT |
|------------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|-------------------------------|---|--|----------|
| RISPERIDONE M.G.*OS GTT 100ML | A | | PHT - PT |
|-------------------------------|---|--|----------|

N05AX12 Aripiprazolo

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| ABILIFY MANTENA*IM FL 400MG+F | H | | |
|-------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--------------------|---|--|----------|
| ABILIFY*28CPR 10MG | A | | PHT - PT |
|--------------------|---|--|----------|

| | | | |
|--------------------|---|--|----------|
| ABILIFY*28CPR 15MG | A | | PHT - PT |
|--------------------|---|--|----------|

| | | | |
|-------------------|---|--|----------|
| ABILIFY*28CPR 5MG | A | | PHT - PT |
|-------------------|---|--|----------|

| | | | |
|----------------------------|---|--|----------|
| ABILIFY*28CPR ORODISP 10MG | A | | PHT - PT |
|----------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|----------------------------|---|--|----------|
| ABILIFY*28CPR ORODISP 15MG | A | | PHT - PT |
|----------------------------|---|--|----------|

| | | | |
|------------------------------|-------|--|--|
| ABILIFY*IM FL 1,3ML 7,5MG/ML | H/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.3225/2014](#)[Det. 20720/2017](#)[Det. 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 terapeutico La formulazione in cerotti transdermici è particolarmente indicata nei pazienti in cui la via orale non è utilizzabile.

N06DA04 **Galantamina**

| | | | |
|-----------------------|---|--|----------------|
| GALNORA*28CPS 16MG RP | A | PT farmaci Alzheimer - Nota 85 | PHT- PT - RER |
| GALNORA*28CPS 24MG RP | A | PT farmaci Alzheimer - Nota 85 | PHT - PT - RER |
| GALNORA*28CPS 8MG RP | A | PT farmaci Alzheimer - Nota 85 | PHT - PT - RER |

[\[DocCRF\]](#) 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*OS 1MG/ML1000 | H/OSP | | PHT - MOD. STUPEFACENTE |
|---------------------------------|-------|--|-------------------------|

| | | | |
|---------------------------------|-------|--|-------------------------|
| METADONE CLOR.MOL*OS 5MG/ML1000 | H/OSP | | PHT - MOD. STUPEFACENTE |
|---------------------------------|-------|--|-------------------------|

N07X Altri farmaci del sistema nervoso**N07XX Altri farmaci del sistema nervoso****N07XX02 Riluzolo**

| | | | |
|-----------------------------|---|--|------------------------------|
| RILUZOLO SUN*56CPR RIV 50MG | A | | Esclusiva erogazione diretta |
|-----------------------------|---|--|------------------------------|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|------------------------------|
| 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. 17075/2021](#)[Det. 1334/2022](#)[Doc. 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. 8791/2015](#)[Det. 385/2016](#)[Det.9757/2018](#)[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.[Det. 6976/2019](#) Psoriasi a placche[Doc. 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 Aminoquinoline

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**

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| STROMEKTOL 3 MG COMPRESSE | | | |
|---------------------------|--|--|--|

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

P03A **Ectoparassitici,compresi gli antiscabbia**

P03AC **Piretrine, inclusi composti sintetici**

P03AC04 **Permetrina**

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| SCABIANIL*CREMA 30G 5% | C | | |
|------------------------|---|--|--|

R Sistema respiratorio

R03 Antiasmatici

R03A Adrenergici per aerosol

R03AC Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici

R03AC02 Salbutamolo [d. az. breve]

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| BRONCOVALEAS*NEBUL 15ML 500MG/ | A | | |
| VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG | A | | |

R03AC12 Salmeterolo [d. az. lunga]

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| SEREVENT*DISKUS INAL 60D 50MCG | A | | |
| SEREVENT*INAL 25MCG 120EROG | A | | |

R03AC13 Formoterolo [d. az. lunga]

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| ATIMOS*SOLxINAL 12MCG 100D | A | | |
| FOROTAN*POLV 100CPS 12MCG+EROG | A | | |

R03AC18 Indacaterolo maleato

| | | | |
|------------------------------------|---|--|------------------------|
| ONBREZ BREEZHALER*30 CPS 150MCG | A | | Monitoraggio intensivo |
| ONBREZ BREEZHALER*30 CPS 300MCG | A | | Monitoraggio intensivo |

[Doc.PTR n.206 - Indacaterolo marzo 2014](#) [PDF - 776kB]

R03AC19 Olodaterolo

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| STRIVERDI RESPIMAT*1INAL 30D | A | | |
|------------------------------|---|--|--|

R03AK Adrenergici e altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie

R03AK06 Salmeterolo + Fluticasone

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| ALIFLUS*DISKUS 50/100 INAL 60D | A | | |
| ALIFLUS*DISKUS 50/250 INAL 60D | A | | |
| ALIFLUS*DISKUS 50/500 INAL 60D | A | | |
| ALIFLUS*INAL 120D 25/125MCG | A | | |
| ALIFLUS*INAL 120D 25/250MCG | A | | |
| ALIFLUS*INAL 120D 25/50MCG | A | | |

R03AK07 Formoterolo + Budesonide

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| SYMBICORT*INAL 120D 160/4,5MCG | A | | |
| SYMBICORT*INAL 60D 320/9MCG | A | | |

R03AK08 **Formoterolo+beclometasone**

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| FOSTER*POLV INAL 120D NEXTHALER | A | | |
|------------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| FOSTER*SOLxINAL 120D 100+6MCG | A | | |
|-------------------------------|---|--|--|

R03AK10 **Vilanterolo+Fluticasone**

R03AK11 **Formoterolo + Fluticasone**

R03AL **Adrenergici in associazione con anticolinergici**

R03AL03 **Vilanterolo e umeclidino bromuro**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| LAVENTAIR*POLV INAL55/22MCG 30 | A | <u>PT RER</u> <u>Umeclidinio/Vilanterolo</u> <u>(dic 2015)</u> | |
|--------------------------------|---|--|--|

[Det. 385/2016](#)

R03AL04 **Indacaterolo/Glicopirronio**

| | | | |
|--------------------|---|---|--|
| ULTIBRO BREEZHALER | A | <u>PT RER</u> <u>Indacaterolo/Glicopirronio</u> <u>(dic 2015)</u> | |
|--------------------|---|---|--|

[Det. 10044/2015](#)[Det. 385/2016](#)

R03AL05 **Aclidinio/Formoterolo**

| | | | |
|------------------------------|---|---|--|
| DUAKLIR GENUAIR*INAL 60 DOSI | A | <u>PT RER</u> <u>Aclidinio/Formoterolo</u> <u>(aprile 2017)</u> | |
|------------------------------|---|---|--|

[Det. 8042/2017](#)

R03AL06 **Tiotropio/olodaterolo**

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

[Det. 8042/2017](#)

R03AL07 **Formoterolo + Glicopirronio bromuro**

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

[Det. 13687/2022](#)

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

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

[Det. 6976/2019](#)

R03AL09 **Beclometasone/formoterolo/glicopirronio**

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| TRIMBOW*SOLxINAL120D 87+5+9MCG | A | <u>PT RER triplice terapia</u> <u>LABA/LAMA/ICS nella</u> <u>BPCO</u> | |
|-----------------------------------|---|---|--|

[Det. 150/2019](#)[Det. 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 Acildinio bromuro

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--------------------------|
| BRETARIS GENUAIR* INAL 60 DOSI | A | | Monitoraggio addizionale |
|--------------------------------|---|--|--------------------------|

[Doc. PTR n. 207 acildinio](#) [PDF - 490kB]

R03BB06 Glicopirronio bromuro

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--------------------------|
| SEEBRI BREEZHALER*30 CPS 44MCG | A | | Monitoraggio addizionale |
|--------------------------------|---|--|--------------------------|

[Doc. PTR n. 208 Glicopirronio marzo 2014](#) [PDF - 246kB]

R03BB07 **Umeclidinio**

| | | | |
|----------------------------|---|--|--|
| INCRUSE*1INAL 30DOSI 55MCG | A | | |
|----------------------------|---|--|--|

R03BC **Sostanze antiallergiche, esclusi i corticosteroidi**

R03BC03 **Nedocromil**

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| TILADE*AEROSOL 36F 10MG 2ML | A | | |
|-----------------------------|---|--|--|

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| TILADE*SOSP PRESS INAL 2MG 112 | A | | |
|--------------------------------|---|--|--|

R03D **Altri antiasmatici per uso sistemico**

R03DA **Derivati xantini**

R03DA04 **Teofillina**

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| THEODUR*30CPR 300MG RP | A | | |
|------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| THEOLAIR SR 350*30CPR 350MG | A | | |
|-----------------------------|---|--|--|

R03DA05 **Aminofillina**

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| AMINOFILLINA MON*5F 240MG 10ML | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

[Det. 5109/2022](#)

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

R03DX05 **Omalizumab**

| | | | |
|----------------------------|---|--|----------------------------------|
| XOLAIR*SC 1FL 150MG+1F 2ML | A | PT RER Omalizumab Asma - | PT RER, Monitoraggio addizionale |
|----------------------------|---|--|----------------------------------|

| | | | |
|--------------------------|---|--|---------------------------------------|
| XOLAIR*SC 1SIR 150MG 1ML | A | PT RER Omalizumab Asma - | PHT, piano terapeutico web based AIFA |
|--------------------------|---|--|---------------------------------------|

| | | | |
|---------------------------|---|--|---------------------------------------|
| XOLAIR*SC 1SIR 75MG 0,5ML | A | PT RER Omalizumab Asma - | PHT, piano terapeutico web based AIFA |
|---------------------------|---|--|---------------------------------------|

[PT Aifa Omalizumab e Dupilumab CRSwNP \(agg. ottobre 2022\)](#) [PDF - 1.642kB] [Det. 6469/2014](#)[Det. 9658/2016](#)[Det. 3966/2020](#)[Det. 11195/2020](#)[Det. 1334/2022](#)[Doc PTR288_Scheda di valutazione Omalizumab nella CSU](#)[Det. 3146/2023](#) PT AIFA per la prescrizione di Dupilumab ed Omalizumab nel trattamento della rinosinusite cronica 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. 18246/2017](#)[Det. 20720/2017](#)[Det. 20944/2020](#)[Det. 10470/2021](#)[Doc PTR 304](#) Scheda di valutazione del farmaco Mepolizumab (aprile 2021)[Det. 11509/2023](#) Granulomatosi eosinofila 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 raffreddamento**

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

R07AX30 **Lumacaftor/Ivacaftor**

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

[Det. 12591/2017](#) [Det. 20720/2017](#) [Det. 17075/2021](#) [Doc 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. 17075/2021](#)[Det. 15173/2022](#)[Det. 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 intravitale](#) [PDF - 807kB]

S01BA05 Triamcinolone acetoneide

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

S01BA15 Fluocinolone acetoneide

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

[Det. 150/2019](#)[Det. 11509/2023](#) Prevenzione recidiva dell'uveite non infettiva. [Scheda cartacea AIFA fluocinolone acetoneide \(luglio 2022\)](#) [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*20INSERTIO,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 98](#) [Det. 4389/2013](#) [Det. 3757/2021](#) [Doc 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. 9930/2014](#)[Det. 18246/2017](#)[Det. 3757/2021](#)[Det. 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 (Aggressive 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. 18246/2017](#)[Det. 20720/2017](#)[Det. 3757/2021](#)[Doc. 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. 6751/2015](#)[Doc 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**

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 Dimercapolo

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| B.A.L. IM 10F 2ML 100MG | | | |
|-------------------------|--|--|--|

V03AB14 Protamina

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| PROTAMINA VAL*EV 1F 50MG 5ML | A | | |
|------------------------------|---|--|--|

V03AB15 Naloxone

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| NALOXONE CLOR.HOS*1F 0,4MG 1ML | C | | |
|--------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| NARCAN NEONATAL*1F 2ML 0,04MG | A | | |
|-------------------------------|---|--|--|

V03AB23 Acetilcisteina

| | | | |
|------------------------|-------|--|--|
| HIDONAC*EV 1FL 5G 25ML | C/OSP | | |
|------------------------|-------|--|--|

V03AB24 Frammenti anticorpali specifici contro digossina

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| DIGIFAB FF 40 MG | | | |
|------------------|--|--|--|

V03AB25 Flumazenil

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| FLUMAZENIL TEVA*5F 10ML 0,1MG/ML | H | | |
|-------------------------------------|---|--|--|

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| FLUMAZENIL TEVA*5F 5ML 0,1MG/ML | H | | |
|------------------------------------|---|--|--|

V03AB33 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

| | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------------|---------------|
| REVELA*FL 180CPR RIV 800MG | A | PT (gennaio 2018) | PHT- PT - RER |
|----------------------------|---|-----------------------------------|---------------|

| | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------------|----------|
| REVELA*OS POLV 60BUST 2,4G | A | PT (gennaio 2018) | PHT - PT |
|----------------------------|---|-----------------------------------|----------|

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 "I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e osse..."](#) [PDF - 1.408kB] [270\) Linee guida terapeutiche n. 9 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI](#) [PDF - 1.185kB]

V03AE03 Lantano carbonato

| | | | |
|------------------------|---|-----------------------------------|---------------|
| FOZNOL*FL 90CPR 1000MG | A | PT (gennaio 2018) | PHT- PT - RER |
|------------------------|---|-----------------------------------|---------------|

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------------|----------------|
| FOZNOL*FL 90CPR 500MG | A | PT (gennaio 2018) | PHT - PT - RER |
|-----------------------|---|-----------------------------------|----------------|

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------------|----------------|
| FOZNOL*FL 90CPR 750MG | A | PT (gennaio 2018) | PHT - PT - RER |
|-----------------------|---|-----------------------------------|----------------|

[263\) Linee guida terapeutiche n. 9 "I farmaci per la prevenzione ed il trattamento delle alterazioni biochimiche e del metabolismo minerale e 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 osseo..." \[PDF - 1.408kB\]](#) [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*ENDOYESC 85MG
10ML+50ML

C/OSP

Limitatamente a: "pazienti che presentano una recidiva di Ca vescicale (Ta o T1) o Ca in situ (CIS) ad alto grado di malignità (T= 1; G2/3), o in pazienti con citologie urinarie positive in assenza di lesioni macroscopicamente evidenti alla cistoscopia a luce bianca di controllo".

V04CX Fluoresceina

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. 6976/2019](#)[Det. 7966/2019](#)