



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) –
XIX Edizione 3° aggiornamento 2018**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal dirigente della P. F. Assistenza Farmaceutica dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del dirigente della posizione di funzione Assistenza farmaceutica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenda Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di aggiornare il Prontuario Terapeutico Ospedale/Territorio (PTOR) nella sua XIX edizione, 3° aggiornamento 2018, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, che sostituisce quello adottato con la DGR n. 997 del 23 luglio 2018;
- di stabilire che il PTOR nella sua XIX edizione, 3° aggiornamento 2018, è immediatamente efficace per tutti gli Enti del SSR e che i costi derivanti del presente atto sono a totale carico degli Enti del SSR e sono compresi nei budget loro assegnati;
- di comunicare agli Enti del SSR l'avvenuto aggiornamento del PTOR, trasmettendo loro il presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Giraldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Luca Ceriscioli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**Normativa di riferimento**

- Legge 189 del 08/11/2012;
- DGR 135 del 26/2/2007, "Art.1, comma 796, lettera 1) punto 2 e lett. Z L. n. 296/2006 – Assistenza farmaceutica anno 2007 – Atto di indirizzo per le aziende sanitarie e l'INRCA";
- DGR 1807 del 9/12/2008, "Legge 222/2007 atto d'indirizzo alle aziende sanitarie e all'INRCA per la riduzione della spesa farmaceutica con particolare riferimento alla spesa ospedaliera";
- DGR 1228/2010, "DGR n. 1807/2008 Approvazione Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio Regionale";
- DGR 767 del 28/05/2012, "Recepimento e attuazione dell'accordo Stato-regioni del 18 novembre 2010 sull'accesso ai farmaci innovativi";
- DGR 1795 del 28/12/2012, "DGR 1228/2010 – Aggiornamento Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR)";
- DGR 1199 del 02/08/2013, "Aggiornamento Allegato B DGR 1795 del 28/12/2012. Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio Regionale (PTOR) – 1° semestre 2013";
- DGR 148 del 17/02/2014, "Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio Regionale (PTOR) – IV Edizione aggiornata al 2° semestre 2013";
- Decreto dirigente Servizio Salute n. 97/S04/2009 (Commissione regionale PTOR);
- DGR n. 884 del 21/07/2014, "Disciplina di riordino della rete regionale delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR) e dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTOAV)";
- DGR n. 1062 del 22/09/2014, "DGR 884/2014 - Disciplina di riordino della rete regionale delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR) e dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTOAV) - Modifica ed integrazione componenti";
- DGR n. 2 del 11/01/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR). X Edizione aggiornata al 4° trimestre 2015";
- DGR n. 252 del 25/03/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XI Edizione aggiornata al 1° trimestre 2016";
- DGR n. 807 del 25/07/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XII Edizione aggiornata al 2° trimestre 2016";
- DGR n. 1154 del 03/10/2016, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XIII Edizione aggiornata al 3° trimestre 2016";
- DGR n. 1 del 09/01/2017, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XIV Edizione aggiornata al 4° trimestre 2016";
- DGR n. 433 del 02/05/2017, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XV Edizione aggiornata al 1° trimestre 2017".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DGR n. 921 del 31/07/2017, “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVI Edizione aggiornata al 2° semestre 2017”;
- DGR n. 11 del 15/01/2018, “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVII Edizione aggiornata al 1° semestre 2018”.
- DGR n. 997 del 23/07/2018 “Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVIII Edizione aggiornata al 2° semestre 2018”.

Motivazioni ed esito dell'istruttoria

Il Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR) costituisce l'elenco dei principi attivi disponibili all'interno degli ospedali.

Il PTOR è uno strumento fondamentale al fine di ottimizzare la gestione dei farmaci e di uniformare il comportamento delle aziende sanitarie.

La gestione del PTOR rientra nelle politiche volte a favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci in un'ottica di governo della spesa farmaceutica complessiva e di contenimento dei costi, garantendo al contempo un'omogenea ed adeguata assistenza terapeutica su tutto il territorio regionale.

Inoltre, secondo quanto previsto dalla Legge 189/2012:

- per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 10 comma 2), le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco AIFA, possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima commissione, il requisito dell'innovatività terapeutica;
- per soddisfare gli adempimenti ministeriali a garanzia dei LEA (art. 10 comma 5), le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e a trasmetterne copia all'AIFA.

Le variazioni e gli aggiornamenti da apportare alla presente versione del PTOR, sono stati, dopo opportuna valutazione, decise dalla Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Di seguito il riassunto delle variazioni introdotte con la XIX, 3° aggiornamento 2018 del PTOR:

| N | PRINCIPIO ATTIVO | ATC | NOTE | DECISIONE |
|----|-----------------------|---------|---|-------------|
| 1 | IOVERSOLO | V08AB07 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE | Inserimento |
| 2 | BEZLOTOXUMAB | J06BB21 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, HA PT AIFA CARTACEO, SI DECIDE UNA VALUTAZIONE DEI CONSUMI TRA 6 MESI. | Inserimento |
| 3 | INOTUZUMAB OZOGAMICIN | L01XC26 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, HA REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 4 | ATEZOLIZUMAB | L01XC32 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, INNOVATIVO, HA REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 5 | PIXANTRONE DIMALEATO | L01DB11 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, HA REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 6 | SARILUMAB | L04AC14 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, PT CARTACEO IN G.U. | Inserimento |
| 7 | MIDOSTAURINA | L01XE39 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, INNOVATIVO PER INDICAZIONE LMA LA QUALE POSSIEDE ANCHE REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 8 | TOFACITINIB | L04AA29 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, SCHEDA DI PRESCRIZIONE AIFA | Inserimento |
| 9 | DUPILUMAB | D11AH05 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, INNOVATIVO | Inserimento |
| 10 | OPICAPONE | N04BX04 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, FARMACO IN DD IN ATTESA DELLA GARA REGIONALE, POI VERRA'EROGATO IN DPC | Inserimento |
| 11 | ALECTINIB | L01XE36 | "INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, REGISTRO AIFA SMR solo per l'indicazione del trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato precedentemente trattati con | Inserimento |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | | | |
|----|--|---------|--|-------------|
| | | | crizotinib" | |
| 12 | CARIPRAZINA CLORIDRATO | N05AX15 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE | Inserimento |
| 13 | OCRELIZUMAB | L04AA36 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, REGISTRO AIFA, CARTACEO | Inserimento |
| 14 | RIBOCICLIB | L01XE42 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, INNOVAZIONE POTENZIALE, REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 15 | 100 MICROGRAMMI DI BECLOMETASONE DIPROPIONATO, 6 MICROGRAMMI DI FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO E 10 MICROGRAMMI DI GLICOPIRRONIO (SOTTO FORMA DI 12,5 MICROGRAMMI DI GLICOPIRRONIO BROMURO) | R03AL09 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, PIANO TERAPEUTICO | Inserimento |
| 16 | CANGREOLOR | B01AC25 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE | Inserimento |
| 17 | AVELUMAB | L01XC31 | INNOVAZIONE POTENZIALE, REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 18 | IBUPROFENE/CODEINA | N02AJ08 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, NOTA AIFA 66 | Inserimento |
| 19 | 800 MG DI DARUNAVIR (COME ETANOLATO), 150 MG DI COBICISTAT, 200 MG DI EMTRICITABINA E 10 MG DI TENOFOVIR ALAFENAMIDE (COME FUMARATO) | J05AR22 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE | Inserimento |
| 20 | LETERMOVIR | J05AX18 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, INNOVATIVO, REGISTRO AIFA | Inserimento |
| 21 | NIRAPARIB | L01XX54 | INSERIMENTO PER PRIMA INDICAZIONE, INNOVATIVO POTENZIALE, REGISTRO AIFA CARTACEO | Inserimento |

Considerato che l'aggiornamento più recente del PTOR è stato adottato con l'approvazione della DGR n. 921 del 31 luglio 2017, per le motivazione sopra espresse, si propone l'adozione del presente atto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

1721

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Luigi Patregnani)

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P. F. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo di legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

Il Dirigente della P. F. Assistenza Farmaceutica

(Luigi Patregnani)

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRETTORE dell'ARS

(Rodolfo Pasquini)

La presente deliberazione si compone di 61 pagine, di cui 54 di allegati

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Deborah Giraldi)



ALLEGATO A

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

XIX edizione: 3° Aggiornamento 2018

Sigle e simboli utilizzati:

RMP = Prescrizione su richiesta motivata per singolo paziente (diagnosi, dosaggio e durata);

PT = Piano Terapeutico;

Reg.AIFA = Registro AIFA

M. ADDIZIONALE = Monitoraggio addizionale (sostituisce Monitoraggio Intensivo)

Nel presente PTOR le scelte effettuate vanno intese come riferite al principio attivo e alla via di somministrazione. La forma farmaceutica che compare nel testo è esemplificativa della via di somministrazione,

I dosaggi dei singoli principi attivi non sono specificati in quanto se ne demanda la scelta alle singole strutture locali in funzione delle esigenze specifiche.

Quando nel testo nel PTOR compare come annotazione regionale che "Si demanda all'Azienda la scelta..." si intende che la scelta potrà essere effettuata direttamente dall'Ente.

Regione: MARCHE
 PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO (PTO) REGIONALE

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazione da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------|---|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| A01AB03 | CLOREXIDINA GLUCONATO | COLLUTORIO | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFIAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| A01AB09 | MICONAZOLO NITRATO | GEL OS | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFIAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| A01AD11 | FLURBIPROFENE | COLLUTORIO | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFIAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| A02AD01 | MAGNESIO IDROSSIDO/ALGELDTRATO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A02BA02 | RANITIDINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | NOTA 48 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A02BA02 | RANITIDINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 48 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A02BB01 | MISOPROSTOLO | COMPRESSE | A | NOTA 1 | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A02BC02 | PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA PER GLI IPP. CATEGORIA OMOGENEA DELLA GARA REGIONALE PER LA FORMULAZIONE INIETTABILE. LA SCELTA VERTE' SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. LA FORMA SI F' DA RISERVARE AI CASI DI IMPOSSIBILITÀ DI USO DELLA VIA ORALE. SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLA MOLECOLA PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHIE A LIVELLO TERRITORIALE. LA RMP POTRA' CONSENTIRE L'USO DI PRINCIPALI ATTIVI NON INCLUSI NEL PTOR PER ESAGERATE PARTICOLARI. | | | | | II |
| A02BX02 | SUCRALFATO | MARMELLATA/GEL OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03AA06 | ROCIVERINA | CONFETTI | C | | RR - RIPETIBILE | | A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO. | | | | | I |
| A03AA06 | ROCIVERINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO. | | | | | I |
| A03AB18 | PRIFINIO BROMURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03AD01 | PAPAVERINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03AX12 | FLOROGLUCINOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | IN GRAVIDANZA ED ALLATTAMENTO. | | | | | I |
| A03AX12 | FLOROGLUCINOLO/MEGLUCINOLO | COMPRESSE, SUPPOSTE | C | | RR - RIPETIBILE | | IN GRAVIDANZA ED ALLATTAMENTO. | | | | | I |
| A03AX13 | DIMETICONE | COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| A03BA01 | ATROPINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03BB01 | SCOPOLAMINA BUTILBROMURO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO. | | | | | I |
| A03BB01 | SCOPOLAMINA BUTILBROMURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO. | | | | | I |
| A03BB01 | SCOPOLAMINA BUTILBROMURO | SUPPOSTE | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | A03AA, A03BB: ANALOGHI TRA I QUALI SCEGLIERE MASSIMO 2 MOLECOLE DI RIFERIMENTO. | | | | | I |
| A03FA01 | METOCLOPRAMIDE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03FA01 | METOCLOPRAMIDE CLORIDRATO | SCIROPPO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03FA03 | DOMPERIDONE | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03FA03 | DOMPERIDONE | SOSPENSIONE OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A03FA05 | ALIZAPRIDE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--|--------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|--|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| A04AA01 | ONDANSETRONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | CATEGORIA OMOGENEA DELLA GARA REGIONALE. LA SCELTA VERTE QUINDI SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. PER ESIGENZE PARTICOLARI CHE RICHIEDONO MOLECOLE ALTERNATIVE DELLA STESSA CLASSE UTILIZZARE LA RM. | | | | | I |
| A04AA01 | ONDANSETRONE CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE/ORODISPERSIBILI E SCIROPPO | A | | RR - RIPETIBILE | | CATEGORIA OMOGENEA DELLA GARA REGIONALE. LA SCELTA VERTE QUINDI SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. PER ESIGENZE PARTICOLARI CHE RICHIEDONO MOLECOLE ALTERNATIVE DELLA STESSA CLASSE UTILIZZARE LA RM. | | | | | I |
| A04AA02 | GRANISETRON | CEROTTI TRANSDERMICI | A | | RR - RIPETIBILE | | SOLO NEL VOMITO DA TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI ALTAMENTE O MODERTAMENTE EMETOGENI, QUALORA LA VIA ORALE NON POSSA ESSERE UTILIZZATA E IN CASO DI MALASSORBIMENTO | | | | | IX |
| A04AA05 | PALONOSETRON CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SOLO NEL VOMITO DA TRATTAMENTI ALTAMENTE O MODERTAMENTE EMETIZZANTI IN ACCORDO CON LE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI, LIMITANDO L'IMPIEGO AI CASI NON ADEGUATAMENTE CONTROLLATI DA ALTERNATIVE ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSE | | | | | III |
| A04AA55 | NETUPITANT/ PALONOSETRON | CAPSULA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | | | XII |
| A04AD | TIETILPERAZINA DIMALEATO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A04AD12 | FOSAPREPITANT DIMEGLUMINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | VII |
| A05AA02 | ACIDO URSODEOSSICOLICO | CAPSULE | A | NOTA 2 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A05AA04 | ACIDO OBETICOLICO | COMPRESSE | H | | RRL - LIMITATIVA | PT | | | | | | XVII |
| A06AB06 | SENNA FOGLIA (GLUCOSIDI PURI) | COMPRESSE RIVESTITE | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| A06AB08 | SODIO PICOSOLFATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| A06AD11 | LATTULOSIO | SCIROPPO | A | NOTA 59 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A06AD12 | LATTITOLE | POLVERE OS | A | NOTA 59 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A06AD17 | SODIO FOSFATO MONOBASICO/SODIO FOSFATO BIBASICO | POLVERE OS | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A06AD65 | MACROGOL 3350/SODIO BICARBONATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO | POLVERE OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A06AD65 | MACROGOL 4000/SODIO SOI FATO ANIDRO/SODIO BICARBONATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/DIMETICONE | POLVERE OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A06AG01 | SODIO FOSFATO MONOBASICO/SODIO FOSFATO BIBASICO | CLISMA | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| A06AG20 | GLICEROLO/CAMOMILLA/MALVA | CLISMA | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| A06AH01 | METILNALTREXONE BROMURO | INIETTABILE | A | NOTA 90 | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| A06AH03 | NALOXEGOL | ORALE | A | NOTA 90 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | XVI |
| A06AX01 | GLICEROLO | SUPPOSTE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| A07AA02 | NISTATINA | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE IN BASE AGLI STUDI SCIENTIFICI DISPONIBILI, LE INDICAZIONI ED IL COSTO. | | | | | I |
| A07AA06 | PAROMOMICINA SOLFATO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE. | | | | | I |
| A07AA06 | PAROMOMICINA SOLFATO | SCIROPPO | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE. | | | | | I |
| A07AA09 | VANCOMICINA CLORIDRATO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A07AA11 | RIFAXIMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE. | | | | | I |
| A07AA11 | RIFAXIMINA | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazione da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|--|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| A07AA11 | RIFAXIMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | XIV |
| A07BA01 | CARBONE ATTIVO | SOSPENSIONE OS | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| A07DA03 | LOPERAMIDE CLORIDRATO | COMPRESSE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| A07EA06 | BUDESONIDE | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A07EC02 | MESALAZINA | CLISMA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A07EC02 | MESALAZINA | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A07EC02 | MESALAZINA | SCHIUMA RETTALE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A07FA | BACILLUS CLAUSII | SOSPENSIONE OS | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DI RIFERIMENTO NELLA CLASSE DEI MICROORGANISMI ANTIDIARROICI. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE DI UN PRODOTTO A SCELTA DELL'AZIENDA. | | | | | I |
| A07XA04 | RACECADOTRIL | GRANULATO | C | | RR - RIPETIBILE | | TRATTAMENTO SINTOMATICO COMPLEMENTARE DELLA DIARREA ACUTA NEI NEONATI (DI ETÀ SUPERIORE A 3 MESI) E NEI BAMBINI IN CONCOMITANZA CON LA REIDrataZIONE ORALE E I CONSUETI RIMEDI COADIUVANTI, QUALORA SI RIVELINO DA SOLI INSUFFICIENTI. | | | | | I |
| A09AA02 | PANCRELIPASI | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A10AB04 | INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLE INSULINE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE. DI SEGUITO SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLANTE DI UNA INSULINA PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA CLASSE DELLE INSULINE. | | | | | III |
| A10AB04 | INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE (BIOSIMILARE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLE INSULINE AD AZIONE RAPIDA (A10AB) SULLA BASE DEL COSTO DI ACQUISTO DERIVANTE DALL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE. | | | | | XVIII |
| A10AB05 | INSULINA ASPART | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE INSULINE AD AZIONE RAPIDA (A10AB) SULLA BASE DEL COSTO DI ACQUISTO DERIVANTE DALL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE. | | | | | XII/XVIII |
| A10AE04 | INSULINA GLARGINE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE INSULINE AD AZIONE RITARDATA (A10AE) SULLA BASE DEL COSTO DI ACQUISTO DERIVANTE DALL'AGGIUDICAZIONE DELLA GARA REGIONALE. | | | | | XII |
| A10AE04 | INSULINA GLARGINE (CONCENTRATA) | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | L'UTILIZZO DEVE ESSERE EFFETTUATO ESCLUSIVAMENTE CON APPOSITO DEVICE | | | | | | XV |
| A10AE06 | INSULINA DEGLUDEC | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | SI | | | VI |
| A10AE54 | INSULINA GLARGINE E LIXISENATIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XVIII |
| A10AE56 | INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT AIFA | | | SI | | | XVII |
| A10BA02 | METFORMINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A10BB01 | GLIBENCLAMIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A10BB09 | GLICLAZIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A10BB12 | GLIMEPIRIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A10BD02 | GLIBENCLAMIDE/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA. | | | | | I |
| A10BD02 | GLIBENCLAMIDE/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimbors.tà | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|----------------------------|----------------------|-----------|---------------------------------|--|--|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| A10BD07 | SITAGLIPTIN/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | PT | LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA POSSIBILITA' DI SCEGLIERE SOLO UN DPP4 IN ASSOCIAZIONE CON METFORMINA. | | SI | | | I |
| A10BD08 | VILDAGLIPTIN/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | PT | LE ASSOCIAZIONI VANNO IMPIEGATE SOLO NEI PAZIENTI CHE SONO GIÀ STATI TRATTATI IN MONOTERAPIA EVITANDO QUINDI L'USO IN PRIMA BATTUTA. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA POSSIBILITA' DI SCEGLIERE SOLO UN DPP4 IN ASSOCIAZIONE CON METFORMINA. | | SI | | | I |
| A10BD09 | ALOGLIPTIN/ PIOGLITAZONE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | SI | | | VI |
| A10BD15 | DAPAGLIFLOZIN/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BD16 | CANAGLIFLOZIN/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BD20 | EMPAGLIFLOZIN/ METFORMINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | SI | | | XII |
| A10BF01 | ACARBOSIO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |
| A10BG03 | PIOGLITAZONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | RMP e Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| A10BH01 | SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | PT | | | SI | | | II |
| A10BH02 | VILDAGLIPTIN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | PT | | | SI | | | II |
| A10BH03 | SAXAGLIPTIN CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| A10BH05 | LINAGLIPTIN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BX02 | REPAGLINIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A10BX04 | EXENATIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | PT | | | SI | | | I |
| A10BX07 | LIRAGLUTIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| A10BX09 | DAPAGLIFLOZIN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BX10 | LIXISENATIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BX11 | CANAGLIFLOZIN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BX12 | EMPAGLIFLOZIN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A10BX14 | DULAGLUTIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | S | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XII |
| A11BA | COMPLESSO VITAMINICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPED. IN DEFINIZIONE | | | | | | | I |
| A11CA01 | RETINOLO PALMITATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11CC04 | CALCITRIOLO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11CC05 | COLECALCIFEROLO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11CC06 | CALCIFEDIOLO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11DA01 | TIAMINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11DB | COCARBOSSILASI/PIRIDOSSINA/IDR OS SIOBALAMINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11GA01 | ACIDO ASCORBICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11HA02 | PIRIDOSSINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A11HA02 | PIRIDOSSINA CLORIDRATO | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| A11HA03 | TOCOFEROLO ACETATO ALFA | COMPRESSE RIVESTITE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| A11HA30 | DEXPANTENOLO | INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|--|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| A11JA | CIANOCOBALAMINA/ACIDO FOLICO/NICOTINAMIDE/ACIDO ASCORBICO | INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE DI UN PRODOTTO A SCELTA DELLE AZIENDE PER GLI STATI CARENZIALI PRINCIPALMENTE DI VITAMINA B12 E FOLATI. | | | | | I |
| A12AA03 | CALCIO GLUCONATO | INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A12AA20 | CALCIO LATTOGLUCONATO/CALCIO CARBONATO | GRANULATO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A12AX | CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROLO | COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| A12BA01 | POTASSIO CLORURO | ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| A12CC08 | MAGNESIO PIDOLATO | FLACONCINI OS | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | IN GRAVIDANZA IN CASI DI EFFETTIVA NECESSITA'. | | | | | I |
| A16AA01 | LEVOCARNITINA | INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | LIMITATAMENTE ALL'INDICAZIONE CARENZA DOCUMENTATA DI CARNITINA PRIMARIA O SECONDARIA (A TRATTAMENTO-DIAGNOSTICO). | | | | | I |
| A16AB03 | AGALSIDASI ALFA | INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE. | | SI | | | I |
| A16AB04 | AGALSIDASI BETA | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE. | | SI | | | I |
| A16AB07 | ALGLUCOSIDASI ACIDA UMANA BI COMBINANTE | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE. | | SI | | | I |
| A16AX | MIGALASTAT* | ORALE | A-PHT | | RRL - RIPETIBILE LIMITATIVA | | RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE. | | SI | | | XVI |
| A16AX06 | MIGLUSTAT | ORALE | H | | RR - RIPETIBILE | | RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE. | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'alegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| A16AX10 | ELIGLUSTAT | ORALE | A-PHT | | RRL | LA PRESCRIZIONE E' SOGGETTA A PT | | | | | | XVIII |
| B01AA03 | WARFARIN SODICO | ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01AA07 | ACENOCUMAROLO | ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01AB01 | EPARINA CALCICA | INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | I |
| B01AB01 | EPARINA SODICA | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | I |
| B01AB01 | EPARINA SODICA | INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | I |
| B01AB02 | ANTITROMBINA UMANA | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AB04 | DALTEPARINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | I |
| B01AB05 | ENOXAPARINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | I/XVIII |
| B01AB06 | NADROPARINA CALCICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | III |
| B01AB07 | PARNAPARINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | I |
| B01AB12 | BEMIPARINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA (in corso di definizione). | | | | | IX |
| B01AC04 | CLOPIDOGREL SOLFATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01AC05 | TICLOPIDINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01AC06 | ACIDO ACETILSALICILICO | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01AC06 | ACIDO ACETILSALICILICO/MAGNESIO IDROSSIDO/ALGEDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01AC07 | DIPIRIDAMOLO | CAPSULE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B01ACU7 | DIPIRIDAMOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AC09 | EPOPROSTENOLO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AC09 | EPOPROSTENOLO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|---|--------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|---|--|-------------------------|------------------|--------|---------------------|
| B01AC11 | ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| B01AC11 | ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO | FIACLE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| B01AC13 | ABCIXIMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AC16 | EPTIFIBATIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AC17 | TIROFIBAN CLORIDRATO MONOIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AC21 | TREPROSTINIL SODIO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| B01AC22 | PRASUGREL | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT | NEL RISPETTO DEL PT E TENENDO PRESENTE CHE SONO DA ESCLUDERE PAZIENTI > A 75 ANNI, CON PESO < 60 KG O CON PREGRESSO ICTUS O TIA | | SI | | | II |
| B01AC24 | TICAGRELOR | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT | NEL RISPETTO DEL PT E TENENDO PRESENTE CHE L'EFFICACIA MAGGIORE, CLINICAMENTE RILEVANTE, VS CLOPIDOGREL E' DIMOSTRATA SOLO IN PZ CON IMPIANTO DI STENT, DIABETICI O CON MAGGIORE COMPLESSITA' DELLA LESIONE TRATTATA, MENTRE PER IL 60 MG SI RIPORTA ALL'INDICAZIONE RIPORTATA IN RCP | | SI | | | III/XVI |
| B01AC25 | CANGREOLOR | Polvere per concentrato per soluzione per iniezione/infusione | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | XIX |
| B01AC27 | SELEXIPAG | COMPRESSE RIVESTITE CON FILM | A-PHT | | RRL | | | | | PT AIFA CARTACEO | | XVIII |
| B01AD02 | ALTEPLASI | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AD04 | UROCHINASI | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AD10 | DROTRECUGIN ALFA ATTIVATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| B01AD12 | TENECTEPLASE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AD12 | PROTEINA C UMANA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B01AE03 | ARGATROBAN | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | II |
| B01AE06 | BIVALIRUDINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab. FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------|---|--------------------|---|--|--------------------------|----------------------------------|---------|---------------------|
| B01AE07 | DABIGATRAN ETEXILATO | CAPSULE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | PT-SMR | | I/VIII |
| B01AF01 | RIVAROXYBAN | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | PT-SMR | | I |
| B01AF02 | APIXABAN | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | PT-SMR (G.U. N.300 DEL 23/12/13) | | III |
| B01AF02 | APIXABAN | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | PT-SMR (G.U. N.118 DEL 23/05/15) | | IX |
| B01AF03 | EDOXABAN | COMPRESSE RIVESTITE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | PT-SMR (G.U. N198 DEL 25/08/16) | | XIII |
| B01AX05 | FONDAPARINUX SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO DI APPROPRIATEZZA CRAT. | | | | | I |
| B02AA02 | ACIDO TRANEXAMICO | FIALE, CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B02AB | GABEXATO MESILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | ESCLUSIVAMENTE NEL TRATTAMENTO DELLA PANCREATITE ACUTA. | | | | | I |
| B02AB02 | ALFA 1 ANTITRIPSINA UMANA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | PER LA TERAPIA SOSTITUTIVA CRONICA IN SOGGETTI CON CARENZA CONGENITA DI ALFA 1 ANTITRIPSINA CON ENFISEMA-PANACINARE CLINICAMENTE DIAGNOSTICABILE. | | | | | I |
| B02BA01 | FITOMENADIONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B02BC | PROTEINA COAGULABILE UMANA/TROMBINA UMANA/CALCIO CLORURO | SOLUZIONE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B02BC30 | PROTEINE PLASMATICHE UMANE COAGULABILI/FATTORE XIII/PLASMINOGENO/APROTININA/PROTEINE/CALCIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B02BC30 | FIBRINOGENO UMANO/TROMBINA UMANA | MATRICE SIGILLANTE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | XI |
| B02BD | COMPLESSO PROTROMBINICO UMANO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B02BD01 | FATTORE II, VII, IX E X UMANO, PROTEINA C, PROTEINA S | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | II |
| B02BD02 | FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO DA INGEGNERIA GENETICA* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| B02BD02 | FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| B02BD02 | EFMOROTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | | SI | | | XVI |
| B02BD02 | LONOCOTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | | SI | | | XVII |
| B02BD02 | TUROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE) | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | | | VII |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|----------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| B02BD02 | SIMDOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | | | | | xv |
| B02BD02 | OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | | | | | xv |
| B02BD03 | COMPLESSO PROTROMBINICO ANTIEMOFILICO UMANO ATTIVATO | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| B02BD04 | FATTORE IX DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO* | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I/XVIII |
| B02BD04 | ALBUTREPENONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE) | INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | PT REGIONALE | | | | | | xvi |
| B02BD04 | EFTRENONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE)* | INIETTABILE | A-PHT | | RRL - RIPETIBILE LIMITATIVA | PT REGIONALE | | | SI | | | xvi |
| B02BD05 | FATTORE VII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO* | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| B02BD08 | EPTACOG ALFA ATTIVATO (FATTORE VII DI COAGULAZIONE DA DNA RICOMBINANTE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| B02BD09 | NONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| B02BD10 | FATTORE DI VON WILLEBRAND | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | II |
| B02BD11 | CATRIDECACOG (FATTORE XIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | VII |
| B02BD14 | SUSDOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | xvi |
| B02BX04 | ROMIPLOSTIM | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I/XVII |
| B02BX05 | ELTROMBOPAG OLAMINA | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | II/XVIII |
| B03AA03 | FERROSO GLUCONATO | CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI | A | NOTA 76 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B03AA07 | FERROSO SOLFATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B03AB | FERROMALTOSO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | NOTA 76 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B03AB | SODIO FERRINGLUCONATO | FLACONCINI/FIALOIDI | H | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B03AC | CARBOSSIMALTOSIO FERRICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | LIMITATAMENTE AL DOSAGGIO DA 500 MG | | | | | VI |
| B03BA01 | CIANOCOBALAMINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 10 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B03BA01 | ACIDO FOLICO | CAPSULE | A | NOTA 10 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|---|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| B03XA01 | EPOETINA TETA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE. | | | | | II |
| B03XA01 | EPOETINA BETA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE. | | | | | I |
| B03XA01 | EPOETINA ALFA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE. | | | | | I |
| B03XA01 | EPOETINA ZETA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE. | | | | | I |
| B03XA02 | DARBEPOETINA ALFA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE. | | | | | I |
| B03XA03 | METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | OGNI AZIENDA VALUTI LE MOLECOLE DA INSERIRE IN BASE A CONSIDERAZIONI DI EFFICACIA-COSTO-COMPLIANCE DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO, STABILENDO IN QUALI TIPOLOGIE DI PAZIENTI UTILIZZARE LE VARIE MOLECOLE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI DOSAGGI DA UTILIZZARE LOCALMENTE. | | | | | I |
| B05AA01 | ALBUMINA UMANA SOLUZIONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 1S | RR - RIPETIBILE | RMP | DOCUMENTO REGIONALE DI APPROPRIATEZZA E RICHIESTA MOTIVATA SPECIFICA PER L'ALBUMINA. | | | | | I |
| B05AA06 | LISATO DI GELATINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI TRA LE SPECIALITÀ A BASE DI DERIVATI DELLA GELATINA ATC B05AA06. | | | | | I |
| B05AA07 | ETA/MIDO/SODIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI TRA LE SPECIALITÀ A BASE DI DERIVATI DELLA GELATINA ATC B05AA07. | | | | | I |
| B05BA01 | AMINOACIDI | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | NELL'INSUFFICIENZA EPATICA GRAVE. | | | | | I |
| B05BA01 | AMINOACIDI | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B05BA01 | AMINOACIDI | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B05BA01 | AMINOACIDI | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | SOLO AMINOACIDI RAMIFICATI. NELL'ENCEFALOPATIA EPATICA E COME INTEGRAZIONE DI SOLUZIONI AMINOACIDICHE CONVENZIONALI IN STATI POST TRAUMATICI CHIRURGICI E NON. | | | | | I |
| B05BA01 | AMINOACIDI | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | TRATTAMENTO NUTRIZIONALE NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE ACUTA O CRONICA O IN CAPO (DIALISI PERITONEALE AMBULATORIALE CONTINUA). | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| B05BA02 | OLIO DI SOIA/LECITINA D UOVO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER IL CODICE ATC B05BA02, SCEGLIERE 1-2 MISCELE. | | | | | I |
| B05BA03 | GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B05BA10 | ASSOCIAZIONI DI SOSTANZE PER LA NUTRIZIONE PARENTERALE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE FORMULAZIONI ADEGUATE A SODDISFARE LE NECESSITA' TERAPEUTICHE. (ES. CONCENTRAZIONI NUTRIENTI, OSMOLARITA', PRESENZA/ASSENZA DI ELETTROLITI E LORO CONCENTRAZIONE, PRESENZA/ASSENZA DI LIPIDI E/O DI AMMINOACIDI ECC.) | | | | | IV |
| B05BB01 | SODIO BICARBONATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB01 | SODIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB01 | SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/CALCIO CLORURO/SODIO ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB01 | SODIO CLORURO/SODIO ACETATO/SODIO GLUCONATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB01 | ACIDO LATTICO/SODIO IDROSSIDO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/CALCIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB02 | SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB02 | SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB02 | SODIO CLORURO/POTASSIO ACETATO/MAGNESIO ACETATO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |
| B05BB02 | SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO ACETATO/SODIO GLUCONATO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES. CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.) | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| B05BB03 | TROMETAMOLO/ACIDO ACETICO GLACIALE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRNL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETTROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.). | | | | | I |
| B05BC | GLICEROLO/SODIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05BC01 | MANNITOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05CB01 | SODIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| B05CX10 | GLICINA/MANNITOLO | SOLUZIONE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA | POTASSIO ASPARTATO | FIACLE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA01 | POTASSIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B05XA02 | SODIO BICARBONATO/SODIO EDETATO BIIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA03 | SODIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B05XA05 | MAGNESIO SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA06 | POTASSIO FOSFATO MONOBASICO/POTASSIO FOSFATO BIBASICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA07 | CALCIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA08 | SODIO ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA16 | SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO ESAIDRATO/CALCIO CLORURO BIIDRATO/SODIO BICARBONATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA30 | CALCIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA30 | ZINCO/RAME/MANGANESE/SELENIO/ FERRO/IODIO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI CON ELEMENTI TRACCIA (OLIGOLEMENTI) PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL'ADULTO. | | | | | I |
| B05XA30 | SODIO LATTATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/SODIO FOSFATO MONOBASICO MONOIDRATO/SODIO FOSFATO BIBASICO DODECAIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| B05XA30 | FERRO/ZINCO/MANGANESE/RAME/ CROMO/SELENIO/MOLIBDENO/PLUORO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI CON ELEMENTI TRACCIA (OLIGOLEMENTI) PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL'ADULTO. | | | | | I |
| B05XC | RETINOLO PALMITATO/ERGOCALCIFEROLO/TOCOFEROLO ALFA/FITOMENADIONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| B05XC | TIAMINA MONONITRATO/RIBOFLAVINA/SODIO FOSFATO/NICOTINAMIDE/PIRIDOSSINA CLORIDRATO/ACIDO PANTOTENICO/ACIDO ASCORBICO/BIOTINA/ACIDO FOLICO/CIANOCOBALAMINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| B06AC01 | PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | PT AIFA DEDICATO VALIDO 12MESI | 1° PR.CENT.SPEC.,ESPER.ANGIOEDEMA | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | | | VI |
| B06AC02 | ICATIBANT ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | RMP | NELLA TERAPIA SINTOMATICA DEGLI ATTACCHI ACUTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (AAE) NEGLI ADULTI (CON CARENZA DI INIBITORE ESTERASI C1), RICHIESTA MOTIVATA DEL CENTRO REGIONALE AUTORIZZATO. | | SI | | | II |
| C01AA05 | DIGOSSINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01AA05 | DIGOSSINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01AA08 | METILDIGOSSINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01AA08 | METILDIGOSSINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BA | DIIDROCHINIDINA CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BA02 | PROCAINAMIDE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BC03 | PROPAFENONE CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BC03 | PROPAFENONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BC04 | FLECAINIDE ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01BC04 | FLECAINIDE ACETATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BD01 | AMIODARONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01BD01 | AMIODARONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01BD05 | IBUTILIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01CA01 | ETILEFRINA CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA01 | ETILEFRINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA02 | ISOPRENALINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA03 | NORADRENALINA TARTRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01CA04 | DOPAMINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01CA07 | DOBUTAMINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01CA17 | MIDODRINA CLORIDRATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA17 | MIDODRINA CLORIDRATO | SOSPENSIONE OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA19 | FENOLDOPAM MESILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01CA24 | ADRENALINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA24 | ADRENALINA STABILIZZATA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CA26 | EFEDRINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01CE03 | ENOXIMONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01CX08 | LEVOSIMENDAN | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01DA02 | NITROGLICERINA | CEROTTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01DA02 | NITROGLICERINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01DA02 | NITROGLICERINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|---|--|-------------------------|---|--------|---------------------|
| C01DA08 | ISOSORBIDE DINITRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01DA08 | ISOSORBIDE DINITRATO | CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01DA08 | ISOSORBIDE DINITRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01DA14 | ISOSORBIDE MONONITRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01EA01 | ALPROSTADIL | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01EA01 | ALPROSTADIL ALFACICLODESTRINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01EB07 | FRUTTOSIO DIFOSFATO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01EB10 | ADENOSINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C01EB16 | IBUPROFENE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | TRATTAMENTO DEL DOTTO ARTERIOSO PERVIO, EMODINAMICAMENTE SIGNIFICATIVO NEI NEONATI, PRETERMINE DI ETÀ-GESTAZIONALE INFERIORE ALLE 34 SETTIMANE. | | SI | | | I |
| C01EB17 | IVABRADINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C01EB18 | RANOLAZINA | COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | X |
| C01EB19 | ICATIBANT ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| C01EB21 | REGADENOSON | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | VI |
| C02AC01 | CLONIDINA | CEROTTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C02AC01 | CLONIDINA CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C02AC01 | CLONIDINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C02CA04 | DOXAZOSIN MESILATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C02CA06 | URAPIDIL CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C02DC01 | MINOXIDIL | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | RMP | | | | | | I |
| C02DD01 | SODIO NITROPRUSSATO ANIDRO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C02KX01 | BOSENTAN MONOIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | LIMITATO A PAZIENTI NON RESPONDERS AL TEST DI VASOREATTIVITÀ POLMONARE, CHE NON HANNO UN ADEGUATO-CONTROLLO CON SILDENAFIL 20MGX3 O 40MGX3 | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | II |
| C02KX02 | AMBRISENTAN | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | LIMITATO A PAZIENTI NON RESPONDERS AL TEST DI VASOREATTIVITÀ POLMONARE, CHE NON HANNO UN ADEGUATO-CONTROLLO CON SILDENAFIL 20MGX3 O 40MGX3. REGISTRO AIFA | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | REG. AIFA | | I |
| C02KX04 | MACITENTAN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | | | VI |
| C02KX05 | RIOCIGUAT | COMPRESSE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | VIII/XIII |
| C03AA03 | IDROCLOROTIAZIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DIURETICO TIAZIDICO (OBBLIGATORIA-IDROCLOROTIAZIDE O ALTRO DIURETICO TIAZIDICO). | | | SMR (G.U. N. 49 DEL 28/02/15), SMR (G.U. N. 204 DEL 01/09/16) | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|---|--------------------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| C03BA08 | METOLAZONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | RMP | | | | | | I |
| C03BA11 | INDAPAMIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DIURETICO AD AZIONE MINORE NON TIAZIDICO (NON OBBLIGATORIO CATEGORIA C03B INDAPAMIDE, CLORTALIDONE ECC.) | | | | | I |
| C03CA01 | FUROSEMIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03CA01 | FUROSEMIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03CA04 | TORASEMIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03CC01 | ACIDO ETACRINICO SALE SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03DA01 | SPIRONOLATTONE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03DA02 | POTASSIO CANRENOATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C03DA03 | CANRENONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03EA01 | AMILORIDE CLORIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03EA14 | POTASSIO CANRENOATO/BUTIZIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03EB01 | FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C03XA01 | TOLVAPTAN | COMPRESSE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | PRESCR.OSPED/SPEC: END NEF ONC | | | SI | REG. AIFA | | XVII |
| C04AD03 | PENTOXIFILLINA | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C04AD03 | PENTOXIFILLINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C05AA01 | IDROCORTISONE/BENZOCAINA/EPARINA SODICA | CREMA | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE C05A. | | | | | I |
| C05AA10 | FLUCINOLONE ACETONIDE/KETOCAINA CLORIDRATO | CREMA | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE C05A. | | | | | I |
| C05BA01 | SULFOPOLIGLICANO | CREMA | C | | SOP - NON RICHIESTA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLA SPECIALITA' PIU' CONVENIENTE TRA QUELLE CON PARI INDICAZIONI D'USO ANCHE SE APPARTENENTI A CLASSI ATC DIVERSE | | | | | VIII |
| C05BB02 | LAUROMACROGOL 400 | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C05CX | ESCINA | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C05CX | ESCINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AA05 | PROPRANOLOLO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AA05 | PROPRANOLOLO CLORIDRATO | SOLUZIONE PER OS | A-PHT | | RNRL- RICETTA NON RIPETIBILE LIMITATIVA | PT | | | | | | XIV |
| C07AA07 | SOTALOLO CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AB02 | METOPROLOLO TARTRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AB02 | METOPROLOLO TARTRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C07AB03 | ATENOLOLO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AB03 | ATENOLOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AB07 | BISOPROLOLO EMIFUMARATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AB09 | ESMOLOLO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C07AB12 | NEBIVOLOLO CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AG01 | LABETALOLO CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07AG01 | LABETALOLO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| C07AG07 | CARVEDILOLO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07BB07 | BISOPROLOLO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C07CB03 | ATENOLOLO/CLORTALIDONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|--|---|-------------------------|-------------------|--------|---------------------|
| C08CA01 | AMLODIPINA BESILATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| C08CA05 | NIFEDIPINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| C08CA05 | NIFEDIPINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| C08CA06 | NIMODIPINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE, PRIVILEGIANDO LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. | | | | | I |
| C08DA01 | VERAPAMIL CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C08DA01 | VERAPAMIL CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C08DA01 | VERAPAMIL CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C08DB01 | DILTIAZEM CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C08DB01 | DILTIAZEM CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C09AA01 | CAPTOPRIL | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C09AA02 | ENALAPRIL MALEATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C09AA03 | LISINAPRIL DIIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C09AA04 | PERINDOPRIL ARGININA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C09AA05 | RAMIPRIL | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C09BA05 | RAMIPRIL/DROCLOROTIAZIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 ASSOCIAZIONI (FAVORENDO GLI EQUIVALENTI) IN BASE ALLE INDICAZIONI, COSTO ANCHETERRITORIALE ED EVIDENZE SCIENTIFICHE. | | | | | I |
| C09CA01 | LOSARTAN POTASSICO | ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE MOLECOLE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE TRA LE MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO.SI RICORDA CHE ATTUALMENTE NON ESISTONO DATI DI LETTERATURA CHE DIMOSTRINO LA SUPERIORITÀ DEI SARTANI RISPETTO AGLI ACE-I A PARITÀ DI INDICAZIONI DI USO, PER QUESTO NON SE NE RITENE OPPORTUNO L'USO IN PRIMA LINEA TERAPEUTICA MA PIUTTOSTO SE NE RACCOMANDA L'IMPIEGO IN CASO DI INTOLLERANZA AGLI ACE-I O PER NECESSITÀ SPECIFICHE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SARTANI DI CUI 1 DEVE ESSERE IL LOSARTAN. | | | | | I |
| C09DA01 | LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE | ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE ASSOCIAZIONI (IN BASE ALLA SCELTA DEL PRINCIPIO ATTIVO NON ASSOCIATO). | | | | | I |
| C09DX04 | SACUBITRIL/ VALSARTAN | ORALE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | PT AIFA WEB BASED | | XV |
| C09XA02 | ALISKIREN EMIFUMARATO | ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| C10AA01 | SIMVASTATINA | ORALE | A | NOTA 13 | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE. | | | | | I |
| C10AA03 | PRAVASTATINA SODICA | ORALE | A | NOTA 13 | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE. | | | | | I |
| C10AA05 | ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO | ORALE | A | NOTA 13 | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE. | | | | | I |



| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|-------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|---------------------------------------|--|---|--------------------------|------------------|--------|---------------------|
| C10AB05 | FENOFIBRATO | ORALE | A | NOTA 13 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | VI |
| C10AC01 | COLESTIRAMINA CLORIDRATO | POLVERE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C10AX06 | OMEGA POLIENOICI (ESTERI ETILICI DI ACIDI GRASSI POLINSATURATI) | CAPSULE | A | NOTA 13 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| C10AX13 | EVOLOCUMAB | SOTTOCUTANEA | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | Solo Centri individuati dalla Regione | | | | REG. AIFA | | XV |
| C10AX14 | ALIROCUMAB | SOTTOCUTANEA | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | Solo Centri individuati dalla Regione | | | | REG. AIFA | | XVI |
| D01AC01 | CLOTRIMAZOLO | CREMA | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| D01AC03 | ECONAZOLO | SOLUZIONE/EMULSIONE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| D02AB | ZINCO OSSIDO | UNGUENTO | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| D03AX | FRUMENTO ESTRATTO/FENOSSETOLO | GARZE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| D03AX | SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D03AX | SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO | GARZE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D03AX05 | ACIDO IALURONICO SALE SODICO | CREMA | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| D03AX05 | ACIDO IALURONICO SALE SODICO | GARZE | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| D03AX05 | ACIDO IALURONICO SALE SODICO | GEL | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| D03BA52 | COLLAGENASI/CLORAMFENICOLO | POMATA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D03BA52 | COLLAGENASI | UNGUENTO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D04AA10 | PROMETAZINA | CREMA | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| D04AB01 | LIDOCAINA CLORIDRATO | GEL | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I/XVII |
| D05BB02 | ACITRETINA | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D06AA02 | CLORTETRACICLINA CLORIDRATO | UNGUENTO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D06AX07 | GENTAMICINA SOLFATO | CREMA/UNGUENTO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D06AX09 | MUPIROICINA CALCICA | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D06BA01 | SULFADIAZINA ARGENTICA | CREMA | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| D06BB03 | ACICLOVIR | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D06BB10 | IMIQUIMOD | CREMA | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D06BB12 | 1g di unguento contiene 100 mg di estratto (come estratto secco, raffinato) di <i>Camellia sinensis</i> (L.) O. Kuntze, folium (tè verde foglie) (24-56:1), corrispondente a: 55-72 mg di (-)-epigallocatechina gallato | CREMA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | PT AIFA CARTACEO | | XVIII |
| D07AB01 | CLOBETASONE BUTIRRATO | CREMA | A | NOTA 88 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI. | | | | | I |
| D07AC03 | DESOSSIMETASONE | EMULSIONE | A | NOTA 88 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI. | | | | | I |
| D07AC04 | FLUOCINOLONE ACETONIDE | POMATA | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI. | | | | | I |
| D07CA01 | CLORAMFENICOLO/IDROCORTISONE | UNGUENTO | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI. | | | | | I |
| D07CB01 | TRIAMCINOLONE/CLORTETRACICLINA | POMATA | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI. | | | | | I |
| D07CC01 | GENTAMICINA/BETAMETASONE | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI. NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|--|--|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| D07XC01 | BETAMETASONE/ACIDO SALICILICO | UNGUENTO | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO TOPICO DI ASSOCIAZIONE. NEL PTOR SI RIPORTA UN ESEMPIO NON VINCOLENTE. | | | | | I |
| D08AL30 | ARGENTO METALICO/BENZOPEROSSIDO | POLVERE U.E. | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DA ADOTTARE IN BASE AI PROTOCOLLI IN USO ED AL PROPRIO PRONTUARIO DEGLI ANTISETTICI/DISINFETTANTI. NEL PTOR SI RIPORTA SOLO UN ESEMPIO ALLO SCOPO DI VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA. | | | | | I |
| D11AH01 | TACROLIMUS | UNGUENTO | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D11AH02 | PIMECROLIMUS | CREMA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| D11AH04 | ALITRETINOINA | CAPSULE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | REG. AIFA | | II |
| D11AH05 | DUPILUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL | | | | SI | REG. AIFA | | XIX |
| G01AA | TIROTRICINA/NITROFURAZONE | OVULI | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G01AA. | | | | | I |
| G01AA05 | CLORAMFENICOLO | OVULI | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G01AA. | | | | | I |
| G01AF02 | CLOTRIMAZOLO | CREMA VAGINALE | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| G01AX11 | IODOPVIDONE | LAVANDE VAGINALI | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| G02AB01 | METILERGOMETRINA MALEATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02AB01 | METILERGOMETRINA MALEATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02AB01 | METILERGOMETRINA MALEATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02AD02 | DINOPROSTONE | SISTEMA A RILASCIO VAGINALE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| G02AD02 | DINOPROSTONE | GEL | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| G02AD03 | GEMEPROST | OVULI | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| G02AD05 | SULPROSTONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| G02AD06 | MISOPROSTOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | XVII |
| G02CA | ISOXSUPRINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02CA01 | RITODRINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02CB01 | BROMOCRIPTINA MESILATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02CB03 | CABERGOLINA | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G02CX01 | ATOSIBAN ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | FARMACO INDICATO PER RITARDO LA NASCITA' PREMATURA IMMINENTE IN PAZIENTI GRAVIDE NELLE CONDIZIONI SPECIFICATE IN SCHEDE TECNICHE. | | | | | I |
| G03AA10 | ETINILESTRADILO/GESTODENE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN CONTRACCETTIVO ORMONALE SISTEMICO. NEL PTOR SI RIPORTA SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLENTE PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA. | | | | | I |
| G03BA03 | TESTOSTERONE | GEL | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G03BA03 | TESTOSTERONE UNDECANOATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G03CA03 | ESTRADILO EMIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G03DA04 | PROGESTERONE | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G03DA04 | PROGESTERONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G03DC02 | NORETISTERONE ACETATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| G03GA01 | GONADOTROPINA CORIONICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| G03HA01 | CIPROTTERONE ACETATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| G03HA01 | CIPROTTERONE ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------------|--|--|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| G03XB02 | ULIPRISTAL ACETATO | COMPRESSE | A | S1 | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | PT - Prescrizione ospedaliera (spec. Ginecologo) | Nel trattamento intermittente solo per fibromi di dimensione tra 3 e 12 cm | | | | | VII/XV |
| G03XC02 | BAZEDOXIFENE ACETATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | SI | | | II |
| G04BD04 | OXIBUTININA CLORIDRATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |
| G04BD04 | OXIBUTININA CLORIDRATO | CEROTTO TRANSDERMICO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |
| G04BE03 | SILDENAFIL CITRATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| G04BE08 | TADALAFIL | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | LIMITATO A PAZIENTI CON IAP DIAGNOSTICATA MEDIANTE CATERETERISMO CARDIACO DESTRO NON RESPONDERE AL TEST DI VASOREATTIVITA' POLMONARE. LA SCELTA TRA SILDENAFIL E TADALAFIL VA FATTA IN BASE A VALUTAZIONI DI COSTO/TERAPIA ED ADERENZA ALLE LINEE-GUIDA. | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | II |
| G04BE09 | VARDENAFIL | COMPRESSE RIVESTITE | A/PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT REGIONALE | NOTA AIFA 75: La prescrizione di inibitori della PDE5 (sildenafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil) a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfunzione erettile neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pelvico, di origine traumatica, infiammatorio/degenerativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pelvica), secondo un piano terapeutico redatto da specialisti (andrologo, endocrinologo, neurologo, urologo) afferenti al SSN. PIANO TERAPEUTICO REGIONALE (DECRETO 45/2016) | | SI | | | XVII |
| G04CA02 | TAMSULOSINA CLORIDRATO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA, SI SUGGERISCE IL TAMSULOSIN PER MIGLIOR PROFILO COSTO/BENEFICIO. | | | | | I |
| G04CB01 | FINASTERIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| G04CR02 | DUTASTERIDE | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | RMP | | | | | | I |
| H01AA02 | TETRACOSACTIDE ESACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H01AC01 | SOMATROPINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 39 | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| H01AX01+A4 A464-N464 | PEGVISOMANT | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | RIFERIMENTO CENTRO REGIONALE. | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| H01BA02 | DIEMOPRESSINA ACETATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| H01BA02 | DIEMOPRESSINA ACETATO IDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| H01BA04 | TERLIPRESSINA ACETATO PENTAIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| H01BB02 | OXITOCINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--|--|---|-------------------------|--|--------|---------------------|
| H01CA01 | GONADORELINA | SPRAY | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H01CA01 | GONADORELINA ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H01CB01 | SOMATOSTATINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| H01CB02 | OCTREOTIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 40 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H01CB02 | OCTREOTIDE ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 40 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H01CB03 | LANREOTIDE ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 40 | RR - RIPETIBILE | PT | | | | | | I |
| H01CB03 | LANREOTIDE ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 40 | RR - RIPETIBILE | PT | | | | REG. AIFA (nuova indicazione-CU n.79 del 05/0472016) | | XII |
| H01CB05 | PASIREOTIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| H01CB05 | PASIREOTIDE (G.U. 115 DEL 18/05/16) | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | XIV |
| H02AB01 | BETAMETASONE FOSFATO DISODICO | CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB01 | BETAMETASONE FOSFATO DISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB02 | DESAMETASONE 21-FOSFATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB02 | DESAMETASONE 21-FOSFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB04 | METILPREDNISOLONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB04 | METILPREDNISOLONE ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB04 | METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB04 | METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB07 | PREDNISONONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB08 | TRIAMCINOLONE ACETONIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB09 | IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB09 | IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB09 | IDROCORTISONE | COMPRESSE RILASCIO MODIFICATO | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | VI |
| H02AB10 | CORTISONE ACETATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H02AB13 | DEFLAZACORT | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | RMP | FARMACO AD ALTO COSTO RISPETTO AGLI ANALOGHI DI CLASSE A. | | | | | I |
| H03AA01 | LEVOTIROXINA SODICA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H03BB02 | TIAMAZOLO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H04AA01 | GLUCAGONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H05AA02 | TERIPARATIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 79 | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI NELLE DONNE IN POSTMENOPAUSA E NEGLI UOMINI AD AUMENTATO RISCHIO DI FRATTURA. | | | | | I |
| H05BX01 | CINACALCET CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H05BX02 | PARACALCITOLE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H05BX02 | PARACALCITOLE | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| H05BX04 | ETELCALCETIDE | SOLUZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RRL-LIMITATIVA | PT | | | | | | XVII |
| J01AA02 | DOXICICLINA ICLATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01AA12 | TIGECICLINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | | | SI | | | I |
| J01BA01 | CLORAMFENICOLO SUCCINATO SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01BA02 | TIAMFENICOLO GLICINATO ACETILCISTEINATO | AEROSOL | C | | RR - RIPETIBILE | | IN CASO DI USO TOPICO UTILIZZARE UN APPARECCHIO PER NEBULIZZAZIONE ADATTO (A VETRO E PLASTICA). | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| J01CA01 | AMPICILLINA | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CA01 | AMPICILLINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CA04 | AMOXICILLINA TRIIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CA12 | PIPERACILLINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 55 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CE08 | BENZILPENICILLINA BENZATINICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 92 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |
| J01CF04 | OXACILLINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CR01 | AMPICILLINA/SULBACTAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 55 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CR01 | AMPICILLINA/SULBACTAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01CR02 | AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CR02 | AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01CR02 | AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01CR05 | PIPERACILLINA SODICA/TAZOBACTAM SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 55 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DB04 | CEFALOSPORINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DC02 | CEFUROXIMA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DC04 | CEFACLORO MONOIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA). | | | | | I |
| J01DC06 | CEFONICID BISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DD01 | CEFOTAXIMA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DD01 | CEFOTAXIMA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01DD02 | CEFTAZIDIM PENTAIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | CATEGORIA OMOGENEA CEFTAZIDIME E CEFEPIME LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. | | | | | I |
| J01DD02 | CEFTAZIDIM PENTAIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 55 | RR - RIPETIBILE | | CATEGORIA OMOGENEA CEFTAZIDIME E CEFEPIME LA SCELTA VERTE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. | | | | | I |
| J01DD04 | CEFTRIAXONE DISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DD04 | CEFTRIAXONE DISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01DD08 | CEFIXIMA | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA). | | | | | I |
| J01DD52 | CEFTAZIDIM/AVIBACTAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RICHIESTA MOTIVATA | | | SI | | | XVIII |
| J01DF01 | AZTREONAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 56 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01DH02 | MEROPENEM TRIIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | NOTA 56 | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO. | | | | | I |
| J01DH03 | ERTAPENEM SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | NOTA 56 | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO. | | | | | I |
| J01DH51 | IMIPENEM/CLASTATINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazione da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|---|--|--|-------------------------|---------------|--------|--|
| J01DI01 | CEFTOBIPROLO MEDOCARIL SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | LA PRESCRIZIONE DOVRA' ESSERE EFFETTUATA SOLO DOPO FALLIMENTO DI PRECEDENTE TERAPIA UTILIZZANDO IL MODULO DI RICHIESTA PERSONALIZZATO. | | | | | VIII /XIV (eliminazione antibiogramma) |
| J01DI02 | CEFTAROLINA FOSAMIL | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | scheda di prescrizione cartacea presente in allegato GU | | SI | | | VI/XVIII |
| J01DI54 | CEFTOLOZANO/ TAZOBACTAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA | | | SI | | | XIV |
| J01EE01 | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01EE01 | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01EE01 | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA01 | ERITROMICINA LATTOBIONATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA01 | ERITROMICINA ETILSUCCINATO | COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA09 | CLARITROMICINA | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA09 | CLARITROMICINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01FA09 | CLARITROMICINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA10 | AZITROMICINA DIIDRATO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA10 | AZITROMICINA DIIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01FA10 | AZITROMICINA DIIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01FF01 | CLINDAMICINA FOSFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01GB01 | TOBRAMICINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 55 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGLUCOSIDI. | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J01GB03 | GENTAMICINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGLUCOSIDI. | | | | | I |
| J01GB06 | AMIKACINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 55 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGLUCOSIDI. | | | | | I |
| J01MA02 | CIPROFLOXACINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01MA02 | CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01MA02 | CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01MA12 | LEVOFLOXACINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01MA12 | LEVOFLOXACINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01MA14 | MOXIFLOXACINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01MB04 | ACIDO PIPEMIDICO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01XA01 | VANCOMICINA CLORIDRATO | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01XA02 | TEICOPLANINA | INIETTABILE | A | NOTA 56 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01XA04 | DALBAVANCINA | INIETTABILE | H | OSP | | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEDICATA (G.U. 134 DEL 10/06/16) SOLO SPECIALISTI INFETTIVOLOGI O IDENTIFICATI DA CIO | | | SI | | | XII |
| J01XB01 | COLISTIMETATO SODICO | INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01XD01 | METRONIDAZOLO | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J01XX01 | FOSFOMICINA DISODICA | INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | in PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|---|--|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| J01XX01 | FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO | GRANULATO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J01XX08 | LINEZOLID | ORALE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | RMP | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J01XX08 | LINEZOLID | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J01XX09 | DAPTOMICINA | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | | | SI | | | I |
| J01XX11 | TEDIZOLID | ORALE | A-PHT | | RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA (INFETTIVOLOGO O, IN ASSENZA) ALTRO SPECIALISTA INDIVIDUATO DAL CIO | INDICATO: - NEI PAZIENTI IN CUI LINEZOLID E' CONTROINDICATO, - IN CASO DI ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, PREESISTENTI O PAZIENTI A RISCHIO PER ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, - PAZIENTI CANDIDABILI ALLA DIMISSIONE PRECOCE | | | | | XVI |
| J01XX11 | TEDIZOLID | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA (INFETTIVOLOGO O, IN ASSENZA) ALTRO SPECIALISTA INDIVIDUATO DAL CIO | INDICATO: - NEI PAZIENTI IN CUI LINEZOLID E' CONTROINDICATO, - IN CASO DI ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, PREESISTENTI O PAZIENTI A RISCHIO PER ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, - PAZIENTI CANDIDABILI ALLA DIMISSIONE PRECOCE | | | | | XVI |
| J02AA01 | AMFOTERICINA B | INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J02AA01 | AMFOTERICINA B | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J02AC01 | FLUCONAZOLO | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J02AC01 | FLUCONAZOLO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J02AC01 | FLUCONAZOLO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J02AC02 | ITRACONAZOLO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J02AC02 | ITRACONAZOLO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J02AC03 | VORICONAZOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J02AC03 | VORICONAZOLO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J02AC04 | POSACONAZOLO | SOSPENSIONE OS | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | RMP | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--|---|--|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| J02AC04 | POSACONAZOLO | COMPRESSE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | RMP | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | IX |
| J02AC05 | ISAVUCONAZOLO | CAPSULE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | SOLO SPECIALISTI INFETTIVOLGICI ED EMATOLOGI | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | XII |
| J02AC05 | ISAVUCONAZOLO | POLVERE PER PREPARAZIONE INIETTABILE | H-OSP | | | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | XII |
| J02AX01 | FLUCITOSINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | | | | | | I |
| J02AX04 | CASPOFUNGIN | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | | | | | | I |
| J02AX05 | MICAFUNGIN SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | I |
| J02AX06 | ANIDULAFUNGINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | RISERVARE L'USO AI PAZIENTI RESISTENTI AD ALTRE ALTERNATIVE TERAPEUTICHE O IN PAZIENTI CON COMPROMISSIONE EPATICA, CON INSUFFICIENZA RENALE O SOTTOPOSTI A DIALISI. | | SI | | | I |
| J04AB02 | RIFAMPICINA | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AB02 | RIFAMPICINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AB03 | RIFAMPICINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AB03 | RIFAMPICINA SODICA | FIALE + FIALE SOLVENTE TOPICO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AB04 | RIFABUTINA | CAPSULE | A | NOTA 56 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AC01 | ISONIAZIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AC01 | ISONIAZIDE | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AC01 | ISONIAZIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AC51 | ETAMBUTOLO/ISONIAZIDE/PIRIDOSINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AK01 | PIRAZINAMIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AK02 | ETAMBUTOLO CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AK02 | ETAMBUTOLO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J04AK05 | BEDAQUILINA FUMARATO | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | PRESCR. OSPED/SPEC: INFETT PNEU | | | SI | SI | | VII |
| J04AM02 | RIFAMPICINA/ISONIAZIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AB01 | ACICLOVIR | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 84 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AB01 | ACICLOVIR | SOSPENSIONE OS | A | NOTA 84 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AB01 | ACICLOVIR | COMPRESSE | A | NOTA 84 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AB04 | RIBAVIRINA | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |

A

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|--|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| J05AB04 | RIBAVIRINA | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J05AB06 | GANCICLOVIR | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J05AB11 | VALACICLOVIR CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | NOTA 84 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AB12 | CIDOFOVIR | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J05AB14 | VALGANCICLOVIR CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AD01 | FOSCARNET SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| J05AE01 | SAQUINAVIR MESILATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AE02 | INDINAVIR | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AE03 | RITONAVIR | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AE03 | RITONAVIR | SOSPENSIONE OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AE04 | NELFINAVIR | POLVERE OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AE07 | FOSAMPRENAVIR | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AE07 | FOSAMPRENAVIR | SOSPENSIONE OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AE08 | ATAZANAVIR SOLFATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AE09 | TIPRANAVIR | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AE10 | DARUNAVIR ETANOLATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AE11 | TELAPREVIR | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | PDTA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | | | III |
| J05AE12 | BOCEPREVIR | CAPSULE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | PDTA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | | | III |
| J05AE14 | SIMEPREVIR | CAPSULE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | REG. AIFA | | VIII |
| J05AF01 | ZIDOVUDINA | CAPSULE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF01 | ZIDOVUDINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF01 | ZIDOVUDINA | SCIROPPO | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF02 | DIDANOSINA | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF04 | STAVUDINA | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF05 | LAMIVUDINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF05 | LAMIVUDINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF05 | LAMIVUDINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF05 | LAMIVUDINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF06 | ABACAVIR SOLFATO | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF06 | ABACAVIR SOLFATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|---|------------------------------------|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| J05AF07 | TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF08 | ADEFOVIR DIPIVOXIL | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J05AF09 | EMTRICITABINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AF10 | ENTECAVIR | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| J05AF11 | TELBIVUDINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| J05AG01 | NEVIRAPINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AG01 | NEVIRAPINA | SOSPENSIONE OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AG03 | EFAVIRENZ | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AG04 | ETRAVIRINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AG05 | RILPIVIRINA CLORIDRATO | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | III |
| J05AH01 | ZANAMIVIR | POLVERE PER INALAZIONE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AH02 | OSELTAMIVIR FOSFATO | CAPSULE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AP56 | SOFOBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR | COMPRESSE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | XVIII |
| J05AR01 | LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AR02 | ABACAVIR SOLFATO/LAMIVUDINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AR03 | EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA J05AR17 | | | | | | I |
| J05AR04 | ABACAVIR/LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AR06 | EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AR08 | EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TENOFOVIR DISOPROXIL | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | III |
| J05AR09 | EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOXOPRIL/ELVITEGRAVIR/COBICISTAT | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA J05AR18 | | | SI | | | VI |
| J05AR10 | LOPINAVIR/RITONAVIR | COMPRESSE RIVESTITE, SOSPENSIONE OS | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AR13 | DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/ LAMIVUDINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | XII |
| J05AR14 | DARUNAVIR/COBICISTAT | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | XI |
| J05AR15 | ATAZANAVIR/COBICISTAT | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | XIII |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|---|---|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| J05AR17 | EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | SOSTITUISCE J05AR03 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE | | | SI | | | XVI |
| J05AR18 | ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/ EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | SOSTITUISCE J05AR09 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE | | | | | | XV |
| J05AR19 | EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE/ RILPIVIRINA | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG.AIFA | | XVII |
| J05AR22 | 800 MG DI DARUNAVIR (COME ETANOLATO), 150 MG DI COBICISTAT, 200 MG DI EMTRICITABINA E 10 MG DI TENOFOVIR ALAFENAMIDE (COME FUMARATO) | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | XIX |
| J05AX | SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR | ORALE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG.AIFA | | XVI |
| J05AX | GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR | ORALE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG.AIFA | | XVII |
| J05AX07 | ENFUVIRTIDE | INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| J05AX08 | RALTEGRAVIR POTASSICO | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I/XII |
| J05AX09 | MARAVIROC | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| J05AX12 | DOLUTEGRAVIR | ORALE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | VI |
| J05AX14 | DACLATASVIR | ORALE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | REG.AIFA | | VIII |
| J05AX15 | SOFOSBUVIR | ORALE | C | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | VI |
| J05AX16 | DASABUVIR | ORALE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | REG.AIFA | | VIII |
| J05AX18 | LETERMOVIR | COMPRESSE/SOLUZIONE PER INFUSIONE | A-PHT/H | | RRL/OSP | | | | SI | REG.AIFA | | XIX |
| J05AX65 | SOFOSBUVIR E LEDIPASVIR | ORALE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | REG.AIFA | | VIII |
| J05AX67 | OMBITASVIR, PARITAPREVIR E RITONAVIR | ORALE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | REG.AIFA | | VIII |
| J05AX68 | ELBASVIR/GRAZOPREVIR | ORALE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | REG.AIFA | | XV |
| J06BA01 | IMMUNOGLOBULINE UMANE NORMALI | SOTTOCUTANEA | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE | | | | | | XV/XVI |
| J06BA01 | IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE | SOTTOCUTANEA | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE | | | | | | XV/XVII |
| J06BA02 | IMMUNOGLOBULINA UMANA USO ENDOVENOSO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. DOCUMENTO REGIONALE DI APPROPRIATEZZA E MODULO SPECIFICO DI RICHIESTA MOTIVATA. | | | | | I |
| J06BB01 | IMMUNOGLOBULINA UMANA RHO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| J06BB02 | IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTITETANICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | | | | | I |
| J06BB03 | IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIVARICELLA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------|---|--|-------------------------|------------------|--------|---------------------|
| J06BB04 | IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIEPATITE B USO ENDOVENOSO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | | | | | I |
| J06BB04 | IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIEPATITE B | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | | | | | I |
| J06BB09 | IMMUNOGLOBULINA UMANA CITOMEGALOVIRUS USO ENDOVENOSO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | | | | | I |
| J06BB16 | PALIVIZUMAB | INTRAMUSCOLARE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | X |
| J06BB21 | BEZLOTOXUMAB | SOLUZIONE INIETTABILE | H-OSP | | | | | VALUTAZIONE CONSUMI DOPO 6 MESI | | PT AIFA CARTACEO | | XIX |
| J07AM01 | VACCINO TETANICO ADSORBITO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI VACCINI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI. | | SI | | | I |
| L..... | FRAZIONE CELLULARE ARRICCHITA DI CELLULE AUTOLOGHE CD34+ | ENDOVENOSO | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XIII |
| L01 | LINFOCITI T ALLOGENICI | ENDOVENOSO | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | REG. AIFA | | XVIII |
| L01AA01 | CICLOFOSFAMIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01AA01 | CICLOFOSFAMIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01AA02 | CLORAMBUCILE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01AA03 | MELFALAN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01AA03 | MELFALAN | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01AA06 | IPOSFAMIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01AB01 | BUSULFANO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | I |
| L01AC01 | TIOTEPA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01AD05 | FOTEMUSTINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01AX03 | TEMOZOLOMIDE | CAPSULE | H | | RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L01AX04 | DACARBAZINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01BA01 | METOTREXATO SODICO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01BA01 | METOTREXATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01BA01 | METOTREXATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR | | | | | | | X |
| L01BA04 | PEMETREXED DISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01BB02 | MERCAPTOPURINA | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01BB03 | TIOGUANINA | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01BB04 | CLADRIBINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | (H) ESTERO | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | RICHIESTA MOTIVATA DA PARTE DELLE U.O.C. DI EMATOLOGIA. | | SI | | | II |
| L01BB05 | FLUDARABINA FOSFATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--------------------------------|---|--|-------------------------|---------------|----------------|---------------------|
| L01BB05 | FLUDARABINA FOSFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L01BB07 | NELARABINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| L01BC01 | CITARABINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01BC02 | FLUOROURACILE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01BC05 | GEMCITABINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01BC06 | CAPECITABINA | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L01BC07 | AZACITIDINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II/XVIII |
| L01BC08 | DECITABINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | RIC. OSPED./SPEC. ONCOL EMATOL | | | SI | REG. AIFA | TAB.5 F.U. XII | VII/XIX |
| L01BC53 | TEGAFUR/GIMERACIL/ OTERACIL | CAPSULE | A-PHT | | RNRL | | | | SI | | | X |
| L01BC59 | TRIFLURIDINA/TIPIRACIL | COMPRESSE RIVESTITE CON FILM | A-PHT | | RNRL | | | | | | | XVIII |
| L01CA01 | VINBLASTINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01CA02 | VINCRISTINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01CA03 | VINDESINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01CA04 | VINORELBINA BITARTRATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L01CA05 | VINFLUMINA BITARTRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | REG. AIFA | | II |
| L01CB01 | ETOPOSIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01CB01 | ETOPOSIDE | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01CB02 | TENIPOSIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01CD01 | PACLITAXEL | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | J |
| L01CD01 | PACLITAXEL ALBUMINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | Indicata nel trattamento del tumore epistatistico della mammella in pazienti adulti che hanno fatto il trattamento di prima linea per la malattia metastatica e per i quali la terapia standard, contenente antraciclina, non è indicata. | | | | | III |
| L01CD01 | PACLITAXEL ALBUMINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | IN ASSOCIAZIONE A GEMCITABINA NEL TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA DI PAZIENTI ADULTI CON ADENOCARCINOMA METASTATICO DEL PANCREAS. | | | REG. AIFA | | VII |
| L01CD02 | DOCETAXEL ANIDRO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01CD04 | CABAZITAXEL | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------|--|---|-------------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------|
| L01CX01 | TRABECTEDINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01DA01 | DACTINOMICINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB01 | DOXORUBICINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB01 | DOXORUBICINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB02 | DAUNORUBICINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB03 | EPIRUBICINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB06 | IDARUBICINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB06 | IDARUBICINA CLORIDRATO | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01DB07 | MITOXANTRONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DB11 | PIXANTRONE DIMALEATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H-OSP | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | XIX |
| L01DC01 | BLEOMICINA SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01DC03 | MITOMICINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01XA01 | CISPLATINO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01XA02 | CARBOPLATINO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01XA03 | OXALIPLATINO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L01XB01 | PROCARBAZINA CLORIDRATO | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01XC02 | RITUXIMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV | | | REG. AIFA | | I/VII/XVII |
| L01XC02 | RITUXIMAB (BIOSIMILARE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV | | SI | REG. AIFA | | XVII/XVIII |
| L01XC03 | TRASTUZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | PRESCR. OSPED/SPEC. ONCOL | REGISTRO AIFA SOLO PER ADENOCARCINOMA GASTRICO | | SI | REG. AIFA | TAB. 5 F.U. XII | I-VII |
| L01XC03 | TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | PRESCR. OSPED/SPEC. ONCOL | | | SI | REG. AIFA | | XIX |
| L01XC06 | CETUXIMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XC07 | BEVACIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I/XIV |
| L01XC08 | PANITUMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | I/XVI |
| L01XC09 | CATUMAXOMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| L01XC10 | OFATUMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II/XIV |
| L01XC11 | IPILIMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | III |
| L01XC12 | BRENTIXIMAB VEDOTIN | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | V |
| L01XC13 | PERTUZUMAB | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | V |
| L01XC14 | TRASTUZUMAB/ EMTANSINE | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XC15 | OBINUTUZUMAB* | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XVI/XVIII |
| L01XC17 | NIVOLUMAB | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA (MELANOMA, RENE E POLMONE) | | XII/XV/XIX |
| L01XC18 | PEMBROLIZUMAB | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA (MELANOMA E POLMONE) | | XII/XVI |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|------------------------------------|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| L01XC19 | BUNATUMOMAB* | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XVI |
| L01XC21 | RAMUCIRUMAB | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | X |
| L01XC23 | ELOTUZUMAB* | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XVI |
| L01XC24 | DARATUMUMAB | INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XVIII |
| L01XC26 | INOTUZUMAB OZOGAMICIN | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | XIX |
| L01XC27 | OLARATUMAB | INIETTABILE | H-OSP | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XVII |
| L01XC32 | ATEZOLIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H-OSP | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XIX |
| L01XC31 | AVELUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL | | | | SI | REG. AIFA | | XIX |
| L01XD03 | METILAMINOLEVULINATO | CREMA | H | | USPL - USO SPECIALISTICO | | | | | | | I |
| L01XE01 | IMATINIB MESILATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| L01XE02 | GEFITINIB | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| L01XE03 | ERLOTINIB CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE04 | SUNITINIB MALEATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE04 | SUNITINIB MALEATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | X |
| L01XE05 | SORAFENIB TOSILATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE06 | DASATINIB | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE07 | LAPATINIB DITOSILATO MONOCLORATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE08 | NILOTINIB CLORIDRATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE09 | TEMSIROLIMUS | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XE10 | EVEROLIMUS | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | PIANO TERAPEUTICO | | SI | REG. AIFA | | II |
| L01XE10 | EVEROLIMUS | COMPRESSE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | PIANO TERAPEUTICO | | SI | REG. AIFA | | XVII |
| L01XE11 | PAZOPANIB | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| L01XE12 | VANDETANIB | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XE13 | AFATINIB | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XE14 | BOSUTINIB | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XE15 | VEMURAFENIB | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XE16 | CRIZOTINIB | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | IX/XVI/XVII |
| L01XE17 | AXITINIB | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XE18 | RUXOLUTINIB | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI/XVIII |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|------------------------|---|--|--------------------------|---|----------------|---------------------|
| L01XE21 | REGORAFENIB | COMPRESSE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | SOLO PER CARCINOMA METASTATICO DEL COLON RETTO. | | SI | REG. AIFA | | IX |
| L01XE21 | REGORAFENIB | COMPRESSE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST). NUOVA INDICAZIONE: In monoterapia per il trattamento dei pazienti adulti affetti da epatocarcinoma (Hepato Cellular Carcinoma, HCC) precedentemente trattati con sorafenib. | | SI | REG. AIFA PER NUOVA INDIC. | | IX/XIX |
| L01XE23 | DABRAFENIB (G.U. n. 245/14 e G.U.n. 5/17) | CAPSULE RIGIDE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | PRESCR.SPEC: ONCOL INT | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | REG. AIFA | TAB.5 F.U. XII | VII/XV |
| L01XE24 | PONATINIB CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | VII |
| L01XE25 | TRAMETINIB (G.U. n. 2/17) | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | | REG. AIFA | | XV |
| L01XE27 | IBRUTINIB | CAPSULE RIGIDE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XI/XIV/XIX |
| L01XE26 | CABOZANTINIB | CAPSULE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XVIII |
| L01XE28 | CERITINIB | CAPSULE RIGIDE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XVII |
| L01XE29 | LENVATINIB | CAPSULE RIGIDE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | | | XIII |
| L01XE31 | NINTEDANIB | CAPSULE MOLLI | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XII |
| L01XE31 | NINTEDANIB | CAPSULE MOLLI | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XVI |
| L01XE33 | PALBOCICLIB | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XVIII |
| L01XE35 | OSIMERTINIB | CAPSULE MOLLI | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XVII |
| L01XE36 | ALECTINIB | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA PER NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato | | XIX |
| L01XE38 | COBIMETINIB (G.U. 230 01/10/16) | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XIV |
| L01XE39 | MIDOSTAURINA | CAPSULA MOLLE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REGISTRO AIFA PER INDICAZIONE LMA | | XIX |
| L01XE42 | RIBOCICLIB | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB. | | | | SI | REG. AIFA | | XIX |
| L01XX05 | IDROXICARBAMIDE | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01XX11 | ESTRAMUSTINA FOSFATO SODICO | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01XX14 | TRETINOINA | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L01XX17 | TOPOTECAN CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L01XX17 | TOPOTECAN CLORIDRATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| L01XX19 | IRINOTECAN CLORIDRATO TRIIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|--------|---------------------|
| L01XX23 | MITOTANO | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| L01XX24 | PEGASPARGASI | SOLUZIONE PER INFUSIONE | NC | | USO- OSPEDALIERO | | | | SI | REGISTRO AIFA | | XVII |
| L01XX25 | BEXAROTENE | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L01XX32 | BORTEZOMIB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L01XX35 | ANAGRELIDE CLORIDRATO | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| L01XX41 | ERIBULINA MESILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XX43 | VISMODEGIB | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | IX |
| L01XX44 | AFLIBERCEPT | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L01XX45 | CARFILZOMIB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | XIV/XVIII |
| L01XX46 | OLAPARIB (G.U. 96 26/04/16) | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | XII |
| L01XX47 | IDELALISIB | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | IX |
| L01XX52 | VENETOCLAX | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | XVII |
| L01XX54 | NIRAPARIB | COMPRESSE | H | | RR - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA CARTACEO | | XIX |
| L02AB01 | MEGESTROLO ACETATO | COMPRESSE | A | NOTA 28 | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L02AE01 | BUSERELIN ACETATO | IMPIANTO | A | NOTA 51 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L02AE02 | LEUPRORELINA ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 51 | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I/XVIII |
| L02AE03 | GOSERELIN ACETATO | IMPIANTO | A | NOTA 51 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L02AE04 | TRIPTORELINA EMBONATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 51 | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02AE04 | TRIPTORELINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 51 | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BA01 | TAMOXIFENE CITRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BA03 | FULVESTRANT | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BB01 | FUTAMIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BB03 | BICALUTAMIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BB04 | ENZALUTAMIDE | CAPSULE MOLLI | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | REG. AIFA (GU 286 del 10/12/14) | | VI |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|---|--|-------------------------|---|--------|---------------------|
| L02BB04 | ENZALUTAMIDE | CAPSULE MOLLI | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA (nuova indicazione-GU n.81 del 7/04/16) | | XII |
| L02BG03 | ANASTROZOLO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BG04 | LETROZOLO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| L02BG06 | EXEMESTAN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | SI | | | I |
| L02BX03 | ABIRATERONE | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | REG. AIFA | | III/XVIII |
| L03AA02 | FILGRASTIM (INCLUSI BIOSIMILARI) | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA TRA GLI IMMUNOSTIMOLANTI FILGRASTIM E LENOGRASTIM TERAPEUTICAMENTE EQUIVALENTI IN BASE ALLA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA, LE INDICAZIONI ED IL COSTO. SOSTANZIALE SOVRAPPONIBILITÀ DEI PRODOTTI FILGRASTIM E LENOGRASTIM. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE A NON PIÙ DI UNA MOLECOLA. NEL PTOR SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA. | | | | | II |
| L03AA13 | PEGFILGRASTIM | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | RMP | | | | | | J |
| L03AA14 | LIPEGFILGRATIM | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | SI | | | VI |
| L03AB01 | INTERFERONE ALFA N3 | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | REG. AIFA | | I |
| L03AB03 | INTERFERONE GAMMA 1B | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L03AB04 | INTERFERONE ALFA 2A | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L03AB05 | INTERFERONE ALFA 2B | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L03AB07 | INTERFERONE BETA 1A | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L03AB07 | INTERFERONE BETA 1A | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L03AB08 | INTERFERONE BETA 1B | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L03AB10 | INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L03AB11 | INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I/XI |
| L03AB13 | PEGINTERFERONE (ETA-1a) | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | A | NOTA 65 PRESC. - DISP. DA CENTRI | RR - RIPETIBILE | PT | | | SI | | | IX |
| L03AC01 | ALDESLEUCINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| L03AX03 | BCG - BACILLO DI CALMETTE E GUÉRIN | POLVERE PER SOSP. ENDOVESICALE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------|---|--|-------------------------|----------------------------------|--------|---------------------|
| L03AX13 | GLIATIRAMER ACETATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I/XI |
| L03AX15 | MIFAMURTIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| L03AX16 | PLERIXAFOR | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | II |
| L04AA02 | MUROMONAB CD3 | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | TRATTAMENTO DEL RIGETTO ACUTO DI ALLOTRAPIANTO RESISTENTE AGLI STEROIDI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO RENALE, EPATICO E CARDIACO. | | | | | I |
| L04AA06 | MICOFENOLATO SODICO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L04AA06 | MICOFENOLATO MOFETILE | COMPRESSE | H | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| L04AA10 | SIROLIMUS | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AA18 | EVEROLIMUS | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | PROFILASSI DEL RIGETTO D'ORGANO IN PAZIENTI ADULTI A RISCHIO IMMUNOLOGICO DA LIEVE A MODERATO, SOTTOPOSTI A TRAPIANTO RENALE O CARDIACO ALLOGENICO. USO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI FARMACI (CICLOSPORINA MICROFILAZIONE E CORTICOSTEROIDI). | | | | | I |
| L04AA23 | NATALIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI | OSP - USO OSPEDALIERO | | IN MONOTERAPIA DISEASE-MODIFYING NELLA SCLEROSI MULTIPLA RECEDIVANTE-REMITTENTE AD ELEVATA ATTIVITÀ NONOSTANTE L'INTERERONE-BETA O AD EVOLUZIONE RAPIDA. REGISTRO AIFA | | SI | REG. AIFA | | I |
| L04AA24 | ABATACEPT | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT-RMP | UNICA GUIDA ADOTTATA NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA | | SI | REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO) | | III/XVII |
| L04AA26 | BELIMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SCHEMA MONITORAGGIO AIFA UNICAMENTE SU PRESCRIZIONE DEI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI. | | SI | | | III |
| L04AA27 | FINGOLIMOD | CAPSULE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR, nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | REG. AIFA | | II |
| L04AA29 | TOFACITINIB | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL | SCHEDA CARTACEA AIFA | | | SI | | | XIX |
| L04AA31 | TERIFLUNOMIDE | ORALE | A | 65 | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | VI |
| L04AA32 | APREMILAST | ORALE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT AIFA | RIMBORSABILE SOLO PER ATTIVITÀ ESERCIZIO | | | | | XV/XVIII |
| L04AA33 | VEDOLIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA (GU n.87 del 14/04/16) | | XII |
| L04AA34 | ALEMTUZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA | H | | OSP-USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | IX |
| L04AA36 | OCRELIZUMAB | Concentrato per soluzione per infusione | H | | OSP-USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA CARTACEO | | XIX |
| L04AA37 | BARICITINIB | COMPRESSE RIVESTITE CON FILM | H | | RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA | PT REGIONALE | | | SI | | | XVIII |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazione da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|---|---|--|-------------------------|---|--------|---------------------|
| L04AB01 | ETANERCEPT | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16) | | | SI | | | I |
| L04AB01 | ETANERCEPT (BIOSIMILARE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16) | | | SI | | | XIII/XVIII |
| L04AB02 | INFLIXIMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16) | SCHEDA MONITORAGGIO AIFA. SOLO PER L'INDICAZIONE "COLITE ULCEROSA PEDIATRICA" | | SI | REG. AIFA | | I / VI |
| L04AB02 | INFLIXIMAB (BIOSIMILARE) | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16) | | | SI | | | VIII/XVIII |
| L04AB04 | ADALIMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16), PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | | | SI | REG. AIFA (SOLO PER "COLITE ULCEROSA IN PAZIENTI ADULTI" E "SPONDILOARTRITE ASSIALE SENZA EVIDENZA RADIOGRAFICA DI SA") | | I/VIII/XVIII |
| L04AB04 | ADALIMUMAB (BIOSIMILARE) | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16), PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | Su prescr. di centri osped. o di special. oftalmologo, reumatologo, dermatologo, gastroenterologo, internista, pediatra. | | SI | | | XIX |
| L04AB04 | ADALIMUMAB (G.U. 191 DEL 17.08.16) | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | | | SI | REG. AIFA (SOLO PER INDICAZIONE "IDROSADENITE SUPPURATIVA") | | XIV |
| L04AB05 | CERTOLIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | | LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA | SI | | | III |
| L04AB05 | CERTOLIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA (per spondiloartrite assiale senza evidenza radiografica di SA) | | IX |
| L04AB06 | GOLIMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | OSP/SPE-GASTROEN INT | NEL TRATTAMENTO DELLA COLITE ULCEROSA DEGLI ADULTI | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | REG. AIFA (COLITE ULCEROSA) | | VII |
| L04AB06 | GOLIMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | SI | | | III |
| L04AB06 | GOLIMUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | Tra i biologici con stessa indicazione preferire quello col miglior rapporto costo-beneficio | SI | REGISTRO AIFA (SpA assiale nr) | | XVI |
| L04AC01 | DACLIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | A/PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16), PER LE ALTRE INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | | | SI | REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO) | | XVII |
| L04AC02 | BASILIXIMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | NELLA PROFILASSI DEL RIGETTO ACUTO IN PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI (1-17 ANNI) SOTTOPOSTI A TRAPIANTO RENALE ALLOGENICO DE NOVO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI FARMACI. | | | | | I |
| L04AC05 | USTEKINUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE (G.U. 133 DEL 09/06/16 E NOTA PROT. 7074/ARS/ASF/P DEL 07/07/16) | SOLO DA CENTRI PSOCARE PER PAZ. CON PSORIASI DI GRADO MODERATO-SEVERO NON RESPONSIVI O INTOLLERANTI AD ALTRE TERAPIE. NUOVA INDICAZIONE: Malattia di Crohn | | SI | | | III/XIX |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--|--------------------|-----------|----------------------------------|---|---|---|-------------------------|--|--------|---------------------|
| L04AC07 | TOCILIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA | | SI | REG. AIFA O REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO) | | III |
| L04AC07 | TOCILIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | REG. AIFA | | IX |
| L04AC08 | CANAKINUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | REGISTRO AIFA PER MALATTIA INFIAMMATORIA AD ESORDIO NEONATALE. NUOVA INDICAZIONE: FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMF) - SINDROME PERIODICA ASSOCIATA AL RECEPTORE DEL FATTORE DI NECROSI TUMORALE (TRAPS) - SINDROME DA IPERIMMUNOGLOB. D (HIDS) INNOVAZIONE POTENZIALE | | SI | REG. AIFA | | II/XIX |
| L04AC08 | CANAKINUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RR - RIPETIBILE | | REGISTRO AIFA PER ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE SISTEMICA. NUOVA INDICAZIONE: AOSD, Adult onset Still disease. | | SI | REG. AIFA | | IX/XIX |
| L04AC10 | SECUKINUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA PER PSORIASI A PLACCHE (G.U. 133 09/06/16). PER LE INDICAZIONI ARTRITE PSORIASICA E SPONDILITE ANCHILOSANTE PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | | | SI | | | XII/XIV |
| L04AC13 | IXEKIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA PER PSORIASI A PLACCHE (G.U. 133 09/06/16). PER LE INDICAZIONI ARTRITE PSORIASICA E SPONDILITE ANCHILOSANTE PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016) | | | SI | | | XVII |
| L04AC14 | SARILUMAB | SIRINGA/PENNA PRERIEMPIITA | H | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | PT CARTACEO IN GU | | XIX |
| L04AD01 | CICLOSPORINA | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AD01 | CICLOSPORINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AD01 | CICLOSPORINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AD01 | CICLOSPORINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AD01 | CICLOSPORINA | CAPSULE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AD02 | TACROLIMUS | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AD02 | TACROLIMUS | CAPSULE/ COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I/XII |
| L04AX01 | AZATIOPRINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| L04AX02 | TALIDOMIDE | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I |
| L04AX04 | LENALIDOMIDE | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | I/XIV/XVII |
| L04AX05 | PIRFENIDONE | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VI |
| L04AX06 | POMALIDOMIDE | CAPSULE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | IX |
| M01AB01 | INDOMETACINA | SUPPOSTE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M01AB01 | INDOMETACINA | CAPSULE | A | NOTA 66 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M01AB05 | DICLOFENAC SODICO | SUPPOSTE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M01AB05 | DICLOFENAC SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M01AB05 | DICLOFENAC SODICO | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | A | NOTA 66 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M01AB15 | KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| M01AB15 | KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| M01AB15 | KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | SI | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------|--|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| M01AC01 | PIROXICAM BETACICLODESTRINA | GRANULATO | A | NOTA 66 | RR - RIPETIBILE | | LA SCELTA VERTE SUL PRINCIPIO ATTIVO PIROXICAM. IL PIROXICAM COMPARE COME FORMULAZIONE CON-BETACICLODESTRINA SEMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTO NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE. | | | | | I |
| M01AE01 | IBUPROFENE | COMPRESSE RIVESTITE | A | NOTA 66 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M01AE. | | | | | I |
| M01AE02 | NAPROXENE SODICO | CAPSULE | A | NOTA 66 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M01AE. | | | | | I |
| M01AE03 | KETOPROFENE SALE DI LISINA | CAPSULE | A | NOTA 66 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M01AE. | | | | | I |
| M01AE03 | KETOPROFENE SALE DI LISINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M01AE. | | | | | I |
| M01AX17 | NIMESULIDE BETACICLODESTRINA | GRANULATO | A | NOTA 66 | RNR - NON RIPETIBILE | | LA SCELTA VERTE SUL PRINCIPIO ATTIVO NIMESULIDE. LA NIMESULIDE COMPARE COME FORMULAZIONE CON-BETACICLODESTRINA SEMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTA NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE. | | | | | I |
| M01CC01 | PENICILLAMINA | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M02AA15 | DICLOFENAC SODICO | GEL | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | OGNI AZIENDA SCELGA NON PIÙ DI UNO FANS PER USO TOPICO. | | | | | I |
| M02AC | ESCINA/BIETILAMINA SALICILATO | GEL | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| M03AB01 | SUXAMETONIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AC01 | PANCURONIO BROMURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AC03 | VECURONIO BROMURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AC04 | ATRACURIO BESILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AC09 | ROCURONIO BROMURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AC10 | MIVACURIO CLORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AC11 | CISATRACURIO BESILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AX01 | TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO A | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03AX01 | TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO B | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M03BX01 | BACLOFENE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX. | | | | | I |
| M03BX01 | BACLOFENE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX. | | | | | I |
| M03BX02 | TIZANIDINA CLORIDRATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX. | | | | | I |
| M03BX05 | TIOCOLCHICOSIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX. | | | | | I |
| M03CA01 | DANTROLENE SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| M04AA01 | ALLOPURINOLO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M04AA03 | FEBOXOSTAT | COMPRESSE RIVESTITE | A | 91 | RR - RIPETIBILE | | AI SERVIZI FARMACEUTICI È DEMANDATO IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI DI FEBOXOSTAT | | SI | | | VII |
| M04AB05 | LESINURAD | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | XVIII |
| M04AX | PIPERAZINA | GRANULATO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimbors.tà | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------|--|---|-------------------------|--|-------------------|---------------------|
| M05BA02 | ACIDO CLODRONICO SALE DISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | NOTA 42 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA TRA AC. CLODRONICO, AC. ALENDRONICO E AC. RISEDRONICO PER VIA ORALE IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE DISPONIBILI ED IL COSTO TERRITORIALE (UT). TRA LE FORME EV SCEGLIERE 1-2 MOLECOLE TRA AC. CLODRONICO, AC. PAMIDRONICO, AC. ZOLEDRONICO E AC. IBANDRONICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE DISPONIBILI, LE ESIGENZE LOCALI ED IL COSTO. NEL PTOR UN SOLO ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA | | | | | I |
| M05BX04 | DENOSUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | A (Prolia) H (Xgeva) | A79 (Prolia) | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | PT AIFA (PROLIA PER OSTEOPOROSI POST-MENOPAUSA E XGEVA PER METASTASI OSSEE DA TUMORI SOLIDI) | | III |
| M05BX04 | DENOSUMAB (G.U. 205 02.09.16) | PREPARAZIONE INIETTABILE | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | | | XIV |
| M09AB02 | COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | REGISTRO AIFA. PER L'INDICAZIONE "trattamento della congestione di Dupuytren in pazienti adulti con corda palpabile". LA PRESCRIVIBILITA' E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI | | SI | REG. AIFA | | III |
| M09AX01 | ACIDO IALURONICO SALE SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| M09AX03 | ATALUREN* | ORALE | H | | RNRL - NON RIPETIBILE LIMITATIVA | | | | SI | | | XVI |
| M09AX07 | NUSINERSEN | SOLUZIONE PER INFUSIONE | H | | OSP-USO OSPEDALIERO | | | | SI | MONITORAGGIO AIFA | | XVII |
| N01AB07 | DESFLURANO | GAS | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| N01AB08 | SEVOFLURANE | GAS | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| N01AH01 | FENTANIL CITRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N01AH02 | ALFENTANIL CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N01AH03 | SUFENTANIL CITRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N01AH03 | SUFENTANIL CITRATO | COMPRESSE SUBLINGUALI | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | XVII |
| N01AH06 | REMIFENTANIL CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N01AX03 | KETAMINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | IV |
| N01AX10 | PROPOFOL | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| N01BB01 | BUPIVACAINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB01 | BUPIVACAINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB02 | LIDOCAINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB02 | LIDOCAINA CLORIDRATO | SPRAY | C | | USPL - USO SPECIALISTICO | | | | | | | I |
| N01BB02 | LIDOCAINA | CEROTTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | VI |
| N01BB03 | MEPIVACAINA CLORIDRATO | CARTUCCIA | C | | USPL - USO SPECIALISTICO | | | | | | | I |
| N01BB03 | MEPIVACAINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB04 | PRILOCAINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE 2% | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | III |
| N01BB09 | ROPIVACAINA CLORIDRATO MONODRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB10 | LEVOBUPIVACAINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|-------------------------------|--------------------|-----------|---------------------------------|--------------------|--|---|--------------------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| N01BB20 | LIDOCAINA/PRILOCAINA | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | LIMITATAMENTE AL PAZIENTE PEDIATRICO E/O IN CASI PARTICOLARI. | | | | | I |
| N01BB51 | BUPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA BITARTRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB52 | NEOMICINA/FLUOCINOLONE ACETONIDE/LIDOCAINA | GEL | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N01BB53 | MEFIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA | CARTUCCIA | C | | USPL - USO SPECIALISTICO | | | | | | | I |
| N01BX04 | CAPSAICINA | CEROTTO | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | RMP | IMPIEGO LIMITATO AI PAZIENTI CON NEURALGIA POST-ERPETICA NON ADEGUATAMENTE CONTROLLATI CON LE OPZIONI DI PRIMA E SECONDA LINEA E DOLORE PERSISTENTE DA ALMENO 6 MESI. PRESCRIZIONE LIMITATA ALLE STRUTTURE AZIENDALI DOTATE DI FUNZIONE PER LA TERAPIA ANTALGICA | | SI | | | II |
| N02AA01 | MORFINA SOLFATO | FLACONCINI OS | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AA01 | MORFINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N02AA03 | IDROMORFONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AA05 | OXICODONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | SI | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AA05 | OXICODONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AA05 | OXICODONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AA05 | OXICODONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | | | TAB. D L. 79/2014 | XVIII |
| N02AA55 | OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AA55 | OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE RP | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | TAB. D MEDICINALI L. 79/2014 | VII |
| N02AA59 | PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02AB02 | PETIDINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N02AB03 | FENTANIL | CEROTTI | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AB03 | FENTANIL CITRATO | CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AB03 | FENTANIL CITRATO | SPRAY NASALE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | SI | | TAB. D L. 79/2014 | III |
| N02AE01 | BUPRENORFINA CLORIDRATO | CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI | A | | MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N02AE01 | BUPRENORFINA | CEROTTI | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N02AE01 | BUPRENORFINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N02AJ08 | IBUPROFENE/CODEINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | XIX |
| N02AX02 | TRAMADOLO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02AX02 | TRAMADOLO CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02AX06 | TAPENTADOLO CLORIDRATO | COMPRESSE RILASCIO MODIFICATO | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | VI |
| N02AX52 | TRAMADOLO CLORIDRATO/PARACETAMOLO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02BA01 | LISINA ACETILSALICILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborso | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--------------------------------|--------------------|-----------|---|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| N02BA01 | ACIDO ACETILSALICILICO | COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| N02BB02 | METAMIZOLO SODICO (DIPIRONE MONOIDRATO) | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02BB02 | METAMIZOLO SODICO (DIPIRONE MONOIDRATO) | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02BE01 | PARACETAMOLO | COMPRESSE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| N02BE01 | PARACETAMOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N02BE01 | PARACETAMOLO | SCIROPPO | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| N02BE01 | PARACETAMOLO | SUPPOSTE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| N02BE51 | PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO | SUPPOSTE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | | I |
| N02BG10 | DELTA-9-THC/CANNABIDIOLIO | SPRAY ORALE | H | | RRNL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE da conservare per due anni | | REGISTRO AIFA PER L'INDICAZIONE "SPASTICITA' DA MODERATA A GRAVE DA SCLEROSI MULTIPLA". LA "PRESCRIVIBILITA'" E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI. LE ALTRE INDICAZIONI AUTORIZZATE DALLA DGR 470 DEL 01/04/2008 (DOLORE NEUROFATICO E SPASTICITA' CRONICA NON CORRELATA A SM) DIVENTANO OFF-LABEL. | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | | REG. AIFA | TAB. B L. 79/2014 | III |
| N02CC01 | SUMATRIPTAN SUCCINATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE N02CC. | | | | | I |
| N02CC01 | SUMATRIPTAN SUCCINATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE N02CC. | | | | | I |
| N02CC05 | ALMOTRIPTAN IDROGENOMALATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE N02CC. | | | | | I |
| N03AA02 | FENOBARBITAL SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI | | | | | | TAB. C L. 79/2014 | I |
| N03AA02 | FENOBARBITAL | COMPRESSE | A | | RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI | | | | | | TAB. C L. 79/2014 | I |
| N03AB02 | FENITOINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| N03AB02 | FENITOINA SODICA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AB52 | FENITOINA/METILFENOBARBITAL | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | | I |
| N03AB52 | FENITOINA/METILFENOBARBITAL/FE NOBARBITAL | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | | I |
| N03AD01 | ETOSUCCIMIDE | SCIROPPO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AE01 | CLONAZEPAM | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | | I |
| N03AE01 | CLONAZEPAM | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | | I |
| N03AF01 | CARBAMAZEPINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AF02 | OXCARBAMAZEPINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AF03 | RUFINAMIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| N03AG01 | SODIO VALPROATO/ACIDO VALPROICO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AG01 | SODIO VALPROATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| N03AG01 | SODIO VALPROATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AG01 | SODIO VALPROATO | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AG01 | SODIO VALPROATO/ACIDO VALPROICO | GRANULATO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AG02 | VALPROMIDE | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AG04 | VIGABATRIN | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AK09 | LAMOTRIGINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AX10 | FELBAMATO | COMPRESSE | A | | RR - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AX11 | TOPIRAMATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------------|--------------------|--|--|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| N03AX12 | GABAPENTIN | CAPSULE | A | NOTA 4 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AX14 | LEVETIRACETAM | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N03AX14 | LEVETIRACETAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | I |
| N03AX18 | LACOSAMIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI | | | | SI | | | I |
| N03AX18 | LACOSAMIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI | | | | SI | | | II |
| N03AX21 | RETIGABINA | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI | PT | SCHEDA MONITORAGGIO AIFA CONTINUITA' H-T | | SI | | | III |
| N03AX23 | BRIVARACETAM | COMPRESSE | A-PHT | | RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI | | | | | | | XVIII |
| N04AA02 | BIPERIDENE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04AA02 | BIPERIDENE LATTATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04AB02 | ORFENADRINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BA02 | LEVODOPA/CARBIDOPA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BA02 | LEVODOPA/BENSERAZIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BA03 | LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | I |
| N04BA05 | MELEVODOPA/CARBIDOPA IDRATO | COMPRESSE EFFERVESCENTI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | VI |
| N04BB01 | AMANTADINA CLORIDRATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BC04 | ROPINIROLO CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BC05 | PRAMIPEXOLO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BC06 | CABERGOLINA | COMPRESSE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BC07 | APOMORFINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N04BC09 | ROTIGOTINA | CEROTTI | A | | RR - RIPETIBILE | | COME VIA DI SOMMINISTRAZIONE ALTERNATIVA NEI PAZIENTI CON DIFFICOLTÀ DI DEGLUTIZIONE O DA SOTTOPORRE AD-INTERVENTI CHIRURGICI, | | SI | | | I |
| N04BD01 | SELEGILINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | VI |
| N04BX04 | OPICAPONE | CAPSULA RIGIDA | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | XIX |
| N05AA01 | CLORPROMAZINA CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AA01 | CLORPROMAZINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AA01 | CLORPROMAZINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AA02 | LEVOMEPRIMAZINA MALEATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AA03 | PROMAZINA CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AA03 | PROMAZINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AB02 | FLUFENAZINA DECANOATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AB03 | PERFENAZINA | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AB03 | PERFENAZINA ENANTATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AD01 | ALOPERIDOLO DECANOATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AD01 | ALOPERIDOLO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AD01 | ALOPERIDOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AE04 | ZIPRASIDONE CLORIDRATO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AE05 | LURASIDONE | COMPRESSE RIVESTITE CON FILM | A-PHT | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | XVIII |
| N05AF05 | ZUCLOPENTIXOLO DICLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |
| N05AF05 | ZUCLOPENTIXOLO DECANOATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RNR - NON RIPETIBILE | | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI. | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimbors.ta | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--|----------------------|-----------|----------------------------------|--------------------|--|---|--------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| N05AH01 | LOXAPINA | POLVERE PER INALAZIONE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | PT | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | XVII |
| N05AH02 | CLOZAPINA | COMPRESSE | A | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | PT | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AH03 | OLANZAPINA | CPR ORODISPERSIB./SUBLING.LI | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AH03 | OLANZAPINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AH03 | OLANZAPINA PAMOATO | PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIO MODIFICATO | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | | | VI |
| N05AH04 | QUETIAPINA FUMARATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AH05 | ASENAPINA | COMPRESSE SUBLINGUALI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | IX |
| N05AH06 | CLOTIAPINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AH06 | CLOTIAPINA | COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AL05 | AMISULPRIDE | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AL07 | LEVOSULPIRIDE | COMPRESSE, GOCCE OS | C | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AL07 | LEVOSULPIRIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AN01 | LITIO CARBONATO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AX08 | RISPERIDONE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AX08 | RISPERIDONE | COMPRESSE RIVESTITE/GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AX12 | ARIPIPRAZOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | SI | | | I |
| N05AX12 | ARIPIPRAZOLO | COMPRESSE/SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. | | | | | I |
| N05AX12 | ARIPIPRAZOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIO PROLUNGATO | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | | | | VI |
| N05AX13 | PALIPERIDONE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. PRESCRIZIONE RISERVATA ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE OSPEDALIERE INDIVIDUATE DALLA REGIONE MARCHE E CON-REDAZIONE DEL PT COME PER ALTRI ANTIPSCOTICI ATIPICI CON LA POSSIBILITÀ DI RIVALUTAZIONE ENTRO UN ANNO. | | SI | | | I |
| N05AX13 | PALIPERIDONE PALMITATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI. PRESCRIZIONE RISERVATA ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE OSPEDALIERE INDIVIDUATE DALLA REGIONE MARCHE E CON-REDAZIONE DEL PT COME PER ALTRI ANTIPSCOTICI ATIPICI CON LA POSSIBILITÀ DI RIVALUTAZIONE ENTRO UN ANNO. NUOVA INDICAZIONE: È indicato nel trattamento della schizofrenia negli adolescenti a partire da 15 anni. | | | | | III/XVI/XIX |
| N05AX15 | CARIPRAZINA CLORIDRATO | CAPSULA | A-PHT | | RR-RIPETIBILE | | | | | | | XIX |
| N05BA | DELORAZEPAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N05BA | DELORAZEPAM | COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05BA01 | DIAZEPAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N05BA01 | DIAZEPAM | CLISMA | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------------|--------------------|--|---|-------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| N05BA01 | DIAZEPAM | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05BA06 | LORAZEPAM | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05BA06 | LORAZEPAM | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N05BA08 | BROMAZEPAM | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05BA12 | ALPRAZOLAM | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05B01 | IDROXIZINA DICLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N05CD02 | NITRAZEPAM | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05CD05 | TRIAZOLAM | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05CD06 | LORMETAZEPAM | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | I |
| N05CD08 | MIDAZOLAM CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. D L. 79/2014 | I |
| N05CD08 | MIDAZOLAM CLORIDRATO | SOLUZIONE ORO-MUCOSALE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | TAB. E L. 79/2014 | VI |
| N05CM16 | NIAPRAZINA | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA CLASSE DEGLI IPNOINDUCENTI NON BENZODIAZEPINICI; SI DEMANDA ALLE AZIENDE L' EVENTUALE SCELTA DI 1 FARMACO. L' ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AD USO PEDIATRICO. | | | | | I |
| N05CM16 | NIAPRAZINA | SCIROPPO | C | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA CLASSE DEGLI IPNOINDUCENTI NON BENZODIAZEPINICI; SI DEMANDA ALLE AZIENDE L' EVENTUALE SCELTA DI 1 FARMACO. | | | | | I |
| N05CM18 | DEXMEDETOMIDINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | VIII |
| N06AA04 | CLOMIPRAMINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AA04 | CLOMIPRAMINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AA09 | AMITRIPTILINA CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AB03 | FLUOXETINA CLORIDRATO | CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AB04 | CITALOPRAM BROMIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AB05 | PAROXETINA MESILATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AB06 | SERTRALINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AB10 | ESCITALOPRAM OSSALATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3-4 MOLECOLE SULLA BASE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AX03 | MIANSERINA CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N06AX05 | TRAZODONE CLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N06AX05 | TRAZODONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------------|--|--|--|-------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| N06AX11 | MIRTAZAPINA | CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N06AX11 | MIRTAZAPINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N06AX12 | BUPROPIONE CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N06AX16 | VENLAFAXINA CLORIDRATO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA TRA VENLAFAXINA E DULOXETINA IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| N06AX21 | DULOXETINA CLORIDRATO | CAPSULE | A | NOTA 4 | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA TRA VENLAFAXINA E DULOXETINA IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | SI | | | I |
| N06AX26 | VORTIOXETINA | COMPRESSE RIVESTITE, GOCCE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | XII |
| N06BC01 | CAFFEINA CITRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE E OS | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | II |
| N06BX13 | IDEBENONE | COMPRESSE | A-PHT | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | XVIII |
| N06DA02 | DONEPEZIL CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | NOTA 85 | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| N06DA03 | RIVASTIGMINA | CAPSULE | A | NOTA 85 | RR - RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| N06DA04 | GALANTAMINA BROMIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | NOTA 85 | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale | | | | | | I |
| N06DX01 | MEMANTINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | NOTA 85 | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07AA | FISOSTIGMINA SALICILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07AA01 | NEOSTIGMINA METILSOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07AA02 | PIRIDOSTIGMINA BROMURO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07AX01 | PILOCARPINA CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A-H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| N07BB | SODIO OXIBATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | H | | RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI | | | | | | TAB. B L. 79/2014 | I |
| N07BB01 | DISULFIRAM | CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07BB04 | NALTREXONE CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07BC01 | BUPRENORFINA CLORIDRATO | CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N07BC02 | METADONE CLORIDRATO | SCIROPPO | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| N07BC51 | BUPRENORFINA/NALOXONE | CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI | H | | MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO | | | | SI | | TAB. A L. 79/2014 | I |
| N07CA01 | BETAISTINA DICLORIDRATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| N07XX02 | RILUZOLO | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RR - RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A-H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| N07XX06 | TETRABENAZINA | COMPRESSE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | VI |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazione da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------------------|---|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| N07XX07 | AMINOPIRIDINA (FAMPRIDINA) | COMPRESSE | C | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | Su prescrizione di Centri Ospedalieri o specialista neurologo. Prosecuzione se test iniziale favorevole | | SI | | | III |
| N07XX09 | DIMETILFUMARATO | CAPSULE RIGIDE GASTRORES | A | 65 | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | RIC.DA OSP./INDIC. OSPEDALIERA | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. | | | | VII |
| P01AB01 | METRONIDAZOLO | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P01AX02 | EMETINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P01AX06 | ATOVAQUONE | SOSPENSIONE OS | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| P01BA02 | IDROXICLOROCHINA SOLFATO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P01BBS1 | ATOVAQUONE/PROGUANILE CLORIDRATO | COMPRESSE RIVESTITE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P01BC01 | CHININA SOLFATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P01BC02 | MEFLOCHINA CLORIDRATO | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P01CX01 | PENTAMIDINA ISETIONATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| P02CA01 | MEBENDAZOLO | SOSPENSIONE OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P02CA03 | ALBENDAZOLO | COMPRESSE RIVESTITE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P03AC04 | PERMETRINA | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| P03AC54 | BENZILE BENZOATO/PERMETRINA/BENZOCAINA | CREMA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R01AA07 | XILOMETAZOLINA CLORIDRATO | GOCCE ORL | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DECONGESTIONANTE NASALE ALL'INTERNO DELLA CLASSE R01A. | | | | | I |
| R01AX06 | MUPIROCINA CALCICA | POMATA | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03AC02 | SALBUTAMOLO SOLFATO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03AC04 | FENOTEROLO BROMIDRATO | AEROSOL | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03AC12 | SALMETEROLO XINAFOATO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03AC13 | FORMOTEROLO FUMARATO | POLVERE PER INALAZIONE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03AC18 | INDACATEROLO MALEATO | POLVERE PER INALAZIONE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | II |
| R03AC19 | QLODATEROLO | INALATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | XV |
| R03AK | BECLOMETASONE/SALBUTAMOLO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. | | | | | I/XVIII |
| R03AK06 | SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. | | | | | I |
| R03AK07 | BUDESONIDE/FORMOTEROLO FUMARATO | POLVERE PER INALAZIONE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. SCEGLIERE UN PRODOTTO TRA I DUE CON FORMOTEROLO PIU' STEROIDE. | | | | | I |
| R03AK08 | FORMOTEROLO E BECLOMETASONE | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. SCEGLIERE UN PRODOTTO TRA I DUE CON FORMOTEROLO PIU' STEROIDE. | | | | | I/XV/XVIII |
| R03AK10 | FLUTICASONE FUROATO+VILANTEROLO TRIFENATATO | POLVERE PER INALAZIONE | A | | RR-RIPETIBILE | | | | SI | | | VIII |
| R03AK11 | FLUTICASONE PROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO | INALATORIA | A | | RR-RIPETIBILE | | | | | | | XV |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|---|--------------------------|-----------|--------------------------------------|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| R03AL02 | SALBUTAMOLO/IPRATROPIO BROMURO | AEROSOL | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2-3 PRODOTTI IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE SCIENTIFICHE ED IL COSTO ANCHE TERRITORIALE. | | | | | I |
| R03AL03 | UMECLIDINIO BROMURO/ VILANTEROLO TRIFENATATO | INALATORIA | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XV |
| R03AL04 | INDACATEROLO -GLICOPIRRONIO BROMURO | POLVERE PER INALAZIONE | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | SI | | | IX |
| R03AL05 | ACILDINIO BROMURO/ FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO | INALATORIA | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XV |
| R03AL06 | TIOTROPIO + OLODATEROLO | INALATORIA | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | PT | | | | | | XV/XVII |
| R03AL09 | 100 microgrammi di beclometasone dipropionato, 6 microgrammi di formoterolo fumarato diidrato e 10 microgrammi di glicopirronio (sotto forma di 12,5 microgrammi di glicopirronio bromuro) | Soluzione pressurizzata per inalazione (liquido pressurizzato per inalazione) | A-PHT | | RRL | PT | | | | | | XIX |
| R03BA01 | BECLOMETASONE DIPROPIONATO | VIA RESPIRATORIA NEBUL. SOSPENSIONE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE. | | | | | I |
| R03BA01 | BECLOMETASONE DIPROPIONATO | VIA RESPIRATORIA SPRAY | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE. | | | | | I |
| R03BA02 | BUDESONIDE | POLVERE PER INALAZIONE | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE. | | | | | I |
| R03BA02 | BUDESONIDE | AEROSOL | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE. | | | | | I |
| R03BA03 | FLUNISOLIDE | AEROSOL | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE. IN ALTERNATIVA AL BECLOMETASONE COME STEROIDE DA NEBULIZZARE. | | | | | I |
| R03BA05 | FLUTICASONE PROPIONATO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I/XVII |
| R03BA07 | MOMETASONE FUROATO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | III |
| R03BB01 | IPRATROPIO BROMURO | AEROSOL | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03BB02 | OXITROPIO BROMURO | AEROSOL | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03BB04 | TIOTROPIO BROMURO | CAPSULE/SOLUZIONE PER INALAZIONE (RESPIMAT) | A | | RR - RIPETIBILE | | NUOVA INDICAZIONE SPECIFICA PER IL SOLO DEVICE RESPIMAT (SOL. PER INALAZIONE) | | | | | I/XVII |
| R03BB05 | ACILDINIO BROMURO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | III |
| R03BB06 | GLICOPIRRONIO BROMURO | VIA RESPIRATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | SI | | | III |
| R03BB07 | UMECLIDINIO | INALATORIA | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | XV |
| R03CC02 | SALBUTAMOLO SOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| R03DA04 | TEOFILLINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03DA04 | TEOFILLINA ANIDRA | CAPSULE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03DA05 | AMINOFILLINA | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03DA05 | AMINOFILLINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03DA11 | DOXOFILLINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R03DA11 | DOXOFILLINA | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------------|--------------------|---|--|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| R03DX05 | OMALIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| R03DX05 | OMALIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | PT AIFA | | | | | | X |
| R03DX07 | ROFLUMILATS | ORALE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | III |
| R03DX09 | MEPOLIZUMAB | SOTTOCUTANEA | A-PHT | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | PT AIFA | | | SI | | | XVI |
| R05CB01 | ACETILCISTEINA | GRANULATO | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | | | | | I |
| R05CB01 | ACETILCISTEINA | FIALE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | | | | | I |
| R05CB03 | CARBOCISTEINA | SCIROPP0 | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | | | | | I |
| R05CB06 | AMBROXOLO CLORIDRATO | AEROSOL | C | | SOP - NON RICHIESTA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | | | | | I |
| R05CB06 | AMBROXOLO CLORIDRATO | GRANULATO | C | | SOP - NON RICHIESTA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | | | | | I |
| R05CB06 | AMBROXOLO CLORIDRATO | SCIROPP0 | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | | | | | I |
| R05CB13 | DESOSSIRIBONUCLEASI | AEROSOL | H | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO R05CB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROLO) | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| R05DA20 | DIIDROCODEINA/ACIDO BENZOICO | SCIROPP0 | A | NOTA 31 | RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO AD AZIONE CENTRALE (ALCALOIDI DELL'OPPIO E DERIVATI) ED EVENTUALMENTE UNO PERIFERICO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER UN SEDATIVO AD AZIONE CENTRALE A SCELTA DELLE AZIENDE. | | | | | I |
| R05DB27 | LEVODROPROPIZINA | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | NOTA 31 | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER UN SEDATIVO AD AZIONE PERIFERICA A SCELTA DELLE AZIENDE. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------|---|--------------------|---|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| R06AB02 | DESCLORFENIRAMINA MALEATO | COMPRESSE GASTRORESISTENTI | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE R06AB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| R06AB04 | CLORFENAMINA MALEATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE R06AB IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| R06AD02 | PROMETAZINA CLORIDRATO | CONFETTI | A | NOTA 89 | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R06AE07 | CETIRIZINA DICLORIDRATO | COMPRESSE | A | NOTA 89 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE R06AE E R06AX IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| R06AE07 | CETIRIZINA DICLORIDRATO | GOCCE OS/LIQUIDO OS | A | NOTA 89 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE R06AE E R06AX IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| R06AX13 | LORATADINA | COMPRESSE | A | NOTA 89 | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE R06AE E R06AX IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO. | | | | | I |
| R07AA | AMBROXOLO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| R07AA02 | FRAZIONE FOSFOLIPIDICA DA POLMONE DI SUINO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| R07AX02 | IVACAFTOR | ORALE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | SI | REG. AIFA | | VIII |
| R07AX30 | IVACAFTOR/LUMACAFTOR | ORALE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | PTOR. LIMITATA AI CENTRI INDIVIDUATI | SI | REG. AIFA | | XVII |
| S01AA11 | GENTAMICINA SOLFATO | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGlicosidico IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO. | | | | | I |
| S01AA12 | TOBRAMICINA | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGlicosidico IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO. | | | | | I |
| S01AA13 | ACIDO FUSIDICO | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01AA23 | NETILMICINA SOLFATO | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE DI 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGlicosidico IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO. | | | | | I |
| S01AA26 | AZITROMICINA DIIDRATO | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01AA27 | CEFUROXIMA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | IV |
| S01AA30 | CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/TETRACICLINA | UNGUENTO OFTALMICO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01AA30 | CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/ROLITETRACICLINA | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01AD03 | ACICLOVIR | UNGUENTO OFTALMICO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01AE01 | OFLOXACINA | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN FLUOROCHINOLONICO LOCALE, NEL PTOR UN ESEMPIO NON VINCOLANTE AL FINE DI VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA. | | | | | I |
| S01AX18 | IODOPROVIDONE | COLLIRIO | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01BA01 | DESAMETASONE | COLLIRIO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |
| S01BA01 | DESAMETASONE INTRAVITREALE | IMPIANTO INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | | | I |
| S01BA01 | DESAMETASONE INTRAVITREALE | IMPIANTO INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | X |
| S01BA05 | TRIAMCINOLONE ACETONIDE | PREPARAZIONE INTRAVITREALE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO (USO DIAGNOSTICO) | | | | | | | VIII |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N Ediz. |
|--------------------------|--|----------------------------|--------------------------|-----------|---|---------------------|--|---|-------------------------|---------------|--------|--------------------|
| S01BA05 | TRIAMCINOLONE ACETONIDE | PREPARAZIONE INTRAVITREALE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO (USO TERAPEUTICO) | | | | | | | XII |
| S01BA15 | FLUOCINOLONE ACETONIDE | IMPIANTO INTRAVITREALE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | PT OSPEDALIERO AIFA | | | | | | XVI |
| S01BC03 | DICLOFENAC SODICO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01BC03 | DICLOFENAC SODICO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01CA01 | TOBRAMICINA/DESAMETASONE | UNGUENTO OFTALMICO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01CA01 | DESAMETASONE FOSFATO DISODICO/NETILMICONA SOLFATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01CA01 | TOBRAMICINA/DESAMETASONE | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01CA05 | BETAMETASONE/CLORAMFENICOLIO/ROLITETRACICLINA/COLISTIMETATO SODICO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01EA05 | BRIMONIDINA TARTRATO | COLLIRO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01EB01 | PILOCARPINA NITRATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01EB01 | PILOCARPINA CLORIDRATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01EB09 | ACETILCOLINA CLORURO | FIACLE + FIACLE SOLVENTE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| S01EC01 | ACETAZOLAMIDE | COMPRESSE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01EC03 | DORZOLAMIDE CLORIDRATO | COLLIRO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01ED01 | TIMOLOLO MALEATO | COLLIRO | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (TIMOLOLO ED UN ALTERNATIVA). | | | | | I |
| S01ED51 | DORZOLAMIDE CLORIDRATO/TIMOLOLO MALEATO | COLLIRO | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01EE01 | LATANOPROST | COLLIRO | A | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (LATANOPROST ED UN ALTERNATIVA). | | | | | I |
| S01EE05 | TAFLUPROST | COLLIRO | A | | RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI | RMP | (PER PAZIENTI INTOLLERANTI A CONSERVANTI BENZALCONIO CLORURO) | | | | | II |
| S01EX02 | DAPIPIRAZOLO CLORIDRATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01FA01 | ATROPINA SOLFATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01FA04 | CICLOPENTOLATO CLORIDRATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01FA06 | TROPICAMIDE | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01FA56 | TROPICAMIDE/FENILEFRINA CLORIDRATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01FB01 | FENILEFRINA CLORIDRATO | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01GA01 | NAFAZOLINA NITRATO | COLLIRO | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | | | | | | I |
| S01HA02 | OXIBUPROCAINA CLORIDRATO | COLLIRO | C | | RNR - NON RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01HA07 | LIDOCAINA CLORIDRATO | COLLIRO | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| S01LA01 | VERTEPORFINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE | | | | | I |
| S01LA03 | PEGAPTANIB SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE | SI | | REG. AIFA | | I |
| S01LA04 | RANIBIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE | SI | | REG. AIFA | | I |
| S01LA05 | AFLIBERCEPT [G.U. n. 76/14, G.U. n. 49/15, G.U. n. 97/16 e G.U. n. 5/17] | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | SI | | REG. AIFA | | VI/VII/XIII/XV |
| S01XA14 | EPARINA SODICA | COLLIRO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01XA20 | CARBOMER | GEL OFTALMICO | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L'EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRO ED 1 GEL/POMATA TOPICO. | | | | | I |
| S01XA20 | XANTOPTERINA/RETINOLO/RIBOFLAVINA/ERGOCALCIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA | UNGUENTO OFTALMICO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------------------|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| S01XA20 | ACIDO IALURONICO SALE SODICO | COLLIRO | C | | OTC - LIBERA VENDITA | | UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L'EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRO ED 1 GEL/FORMATA TOPICO. | | | | | I |
| S01XA20 | XANTOPTERINA/CLORAMFENICOLO/ RETINOLO/RIBOFLAVINA/ERGO-CALC IFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA | UNGUENTO OFTALMICO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| S01XA22 | OCRIPLASMINA | INTRAVITREALE | H | | OSP-USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | IX |
| S01XA24 | CENEGEMIN | FLACONCINO/COLURIO | H | | RNRL | | | | SI | REG. AIFA | | XVIII |
| S02CA05 | FLUOCINOLONE ACETONIDE/NEOMICINA | GOCCE ORL | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE S02CA | | | | | I |
| V01AA02 | POLLINE DI GRAMINACEE | COMPRESSE SUBLINGUALI | A | | RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | VIII |
| V03AB01 | IPECACUANA | SCIROPPO | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB03 | ACIDO EDETICO SALE DISODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB04 | PRALIDOXIMA METILSOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB06 | SODIO TIOSOLFATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB09 | DIMERCAPROLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| V03AB14 | PROTAMINA CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB15 | NALOXONE CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | SOP - NON RICHIESTA | | | | | | | I |
| V03AB17 | METILTIONINIO CLORURO | FIALE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB23 | ACETILCISTEINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| V03AB25 | FLUMAZENIL | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| V03AB32 | GLUTATIONE SODICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AB35 | SUGAMMADEX | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | UNICAMENTE PER ANTAGONISMO IMMEDIATO DEL BLOCCO INDOTTO DA OCORONIO A SEGUITO DELL'ATTIVAZIONE DA UN REGISTRO INTERNO AL BLOCCO OPERATORIO DEI PAZIENTI TRATTATI IN DATA 16.04.2012. PARERE FAVOREVOLE PER L'IMPIEGO IN ALCUNE CASISTICHE SELEZIONATE (CHIRURGICHE) | | SI | | | II |
| V03AB37 | IDARUCIZUMAB | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | E' RACCOMANDABILE CHE LE STRUTTURE SI DOTINO DEGLI APPROPRII TEST DI COAGULAZIONE | | | | | XVI |
| V03AC01 | DEFEROXAMINA MESILATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AC02 | DEFERIPRONE | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | | | | I |
| V03AC03 | DEFERASIROX | COMPRESSE | H | | RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE | | | Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010 | SI | | | I |
| V03AE01 | SODIO POLISTIRENE SOLFONATO | SOSPENSIONE OS | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In.PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|--|--|--------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|--|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| V03AE02 | SEVELAMER CLORIDRATO/CARBONATO | COMPRESSE/BUSTE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | II |
| V03AE03 | LANTANIO CARBONATO IDRATO | POLVERE ORALE | A | | RR - RIPETIBILE | PT-RMP | IN ALTERNATIVA AL SEVELAMER IN PAZIENTI INTOLLERANTI O CON PROBLEMI DI COMPLIANCE. | | | | | VII |
| V03AE05 | OSSIDROSSIDO SUCROFERRICO | COMPRESSA MASTICABILE | A | | RRL | PT-RMP | PT REGIONALE , allegato al verbale CRAT n 21 del 26/09/2017 | | SI | | | XVII |
| V03AF | CALCIO MEFOLINATO | COMPRESSE GASTRORESISTENTI, PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AF01 | MESNA | PREPARAZIONE INIETTABILE | A | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AF02 | DEXRAZOXANO CLORIDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| V03AF04 | CALCIO LEVOFOLINATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AF04 | CALCIO LEVOFOLINATO | COMPRESSE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AF05 | AMIFOSTINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| V03AF07 | RASBURICASE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V03AH01 | DIAZOSSIDO | CAPSULE | A | | RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE | | | | | | | I |
| V04CA02 | GLUCOSIO (DESTROSI) MONOidrato | GOCCE OS/LIQUIDO OS | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CD05 | SOMATORELINA ACETATO IDRATO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CH02 | INDIGO CARMINE | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CJ01 | TIROTROPINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CX | SODIO BICARBONATO/ACIDO CITRICO ANIDRO | GRANULATO | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CX | METACOLINA CLORURO | FIACLE + FIACLE SOLVENTE | C | | USPL - USO SPECIALISTICO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CX | FLUORESCINA SODICA | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CX | UREA C TREDICI | GOCCE OS/LIQUIDO OS | H | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CX | UREA C TREDICI | COMPRESSE | H | | RR - RIPETIBILE | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V04CX | VERDE INDOCIANINA | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | | | | I |
| V06DD | AMINOACIDI KETOANALOGHI/AMINOACIDI | COMPRESSE RIVESTITE | H | | RR - RIPETIBILE | RMP | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio addizionale | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------|--|---|--------------------------|---------------|--------|---------------------|
| V07AB | ETAMIDO/MS1/ACIDO LATTOBIONICO/POTASSIO IDROSSIDO/SODIOIDROSSIDO/ADENOSINA/ALLOPURINOLO/POTASSIO FOSFATO MONOBASICO/MAGNESIO SOLFATO EPTAIDRATO/RAFFINOSIO PENTAIDRATO/GLUTATIONE | SOLUZ. PER CONSERVAZIONE ORGANI | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V07AB | ACQUA PER PREPARAZIONI INIETTABILI | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI PRODOTTI DIAGNOSTICI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI ANCHE SE NON CONTEMPLATI NELLA LISTA DEL PTOR. | | | | | I |
| V08AA01 | AMIDOTRIZOATO SODICO/MEGLUMINA AMIDOTRIZOATO | SOLUZIONE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08AB02 | IOEXOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08AB04 | IOPAMIDOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08AB05 | IOPROMIDE | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08AB07 | IOVERSOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | XIX |
| V08AB09 | IODIXANOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08AB10 | IOMEPROLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08AB11 | IOBITRIDOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | XIII |
| V08BA01 | BARIO SOLFATO | CLISMA | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08BA01 | BARIO SOLFATO | POLVERE OS | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08CA01 | ACIDO GADOPENTETICO SALE DIMEGLUMINICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08CA02 | ACIDO GADOTERIC/GADOLINIO OSSIDO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08CA04 | GADOTERIDOLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | XVIII |
| V08CA08 | ACIDO GADOBENICO SALE DIMEGLUMINICO | PREPARAZIONE INIETTABILE | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | | | | I |
| V08CA09 | GADOBUTROLO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | SI | | | I |

| Codice ATC al 5° livello | Denominazione del principio attivo | Vie di somministrazione | Classe di rimborsabilità | Nota AIFA | Regime di fornitura | Modalità richiesta | Limitazione prescrivibilità da PTO | Limitazione canale di erogazioni da PTO | Monitoraggio aggiuntivo | Registro AIFA | Tab FU | In PTOR da N. Ediz. |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------|---|---|-------------------------|---------------|--------|---------------------|
| V08DA05 | ZOLFO ESAFLUORURO | PREPARAZIONE INIETTABILE | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI MEZZI DI CONTRASTO NON CONTEMPLATI NEL PTOR MA NECESSARI ALLE NECESSITÀ LOCALI. | | SI | | | I |
| V10XX | ITTRIO CLORURO | PRECURSORE RADIOFARMACEUTICO | C | | OSP - USO OSPEDALIERO | | SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI RADIOFARMACI NECESSARI ALLE ESIGENZE LOCALI. NEL PTOR UN SOLO ESEMPIO NON VINCOLANTE AL FINE DI CONSENTIRE LA VISUALIZZAZIONE DELLA NOTA. | | | | | I |
| V10XX03 | RADIO-223RA-DICLORURO | ENDOVENA | H | | OSP - USO OSPEDALIERO | | | | SI | REG. AIFA | | VIII |

Legenda

Le colonne "Classe di rimborsabilità", "Nota/e AIFA" e "Regime di fornitura" sono finalizzate a valutare il grado di aggiornamento e la rispondenza del PTOR rispetto allo status regolatorio definito dall'AIFA

Le colonne "Modalità richiesta", "Limitazione prescrivibilità da PTO" e "Limitazione canale di erogazioni da PTO" sono finalizzate a rilevare le iniziative proprie della Regione in tema di regolazione/limitazioni

La colonna "Limitazione prescrivibilità da PTO" è volta a descrivere ogni modalità di gestione dell'appropriatezza prescrittiva: scheda di monitoraggio AIFA, scheda di monitoraggio AIFA online, scheda di

La colonna "Limitazione canale di erogazioni da PTO" si riferisce alla presenza o meno di scelte organizzative della Regione nella dispensazione di un principio attivo esclusivamente attraverso la distribuzione

Infine, la colonna "In PTOR da N. Edizione" si riferisce alla versione del PTOR in cui il farmaco è stato incluso