



# REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 275 LEGISLATURA N. X

seduta del  
16/09/2019

pag.  
1

delibera  
1064

DE/PR/ARS Oggetto: Prontuario Terapeutico Ospedale/Territorio Regionale  
O NC (PTOR) - XX Edizione 1° aggiornamento 2019

Prot. Segr.  
1160

Lunedì 16 settembre 2019, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- LUCA CERISCIOLI	Presidente
- ANNA CASINI	Vicepresidente
- LORETTA BRAVI	Assessore
- FABRIZIO CESETTI	Assessore
- ANGELO SCIAPICHETTI	Assessore

Sono assenti:

- MANUELA BORA	Assessore
- MORENO PIERONI	Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Deborah Giraldi.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

## NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente  
del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
1064

**OGGETTO: Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) –  
XX Edizione 1° aggiornamento 2019**

**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'Agenzia Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

**DELIBERA**

1. di aggiornare il Prontuario Terapeutico Ospedale/Territorio Regionale (PTOR) adottato con la DGR n. 1721 del 17 dicembre 2018, approvando le modifiche indicate nell'ALLEGATO A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di stabilire che il PTOR nella sua XX edizione 1° aggiornamento 2019 è immediatamente efficace per tutti gli Enti del SSR e che sostituisce le precedenti versioni, e gli eventuali costi derivanti del presente atto rientrano nel budget assegnato agli Enti del SSR nella quota parte riferita alla spesa farmaceutica di competenza;
3. 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

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
1064**- 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

delibera

1064

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

- 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 17/12/2018, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVIII Edizione aggiornata al 1° semestre 2018";
- DGR n. 1721 del 17/12/2018, "Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XIX Edizione aggiornata al 1° 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 nelle variegate realtà territoriali e ospedaliere.

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 al vigente PTOR, sono stati, dopo opportuna valutazione, decise dalla Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica CRAT.

Di seguito il riassunto delle variazioni introdotte con la XX edizione, 1° aggiornamento 2019 del PTOR:



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
1064

N	PRINCIPIO ATTIVO	ATC	NOTE	DECISIONE
1	DIMETILFUMARATO	L04AX07		Inserimento
2	BENRALIZUMAB	R03DX10	Piano terapeutico Aifa cartaceo validità un anno, verranno individuati i centri prescrittori e la prescrizione è limitata ai soli clinici afferenti ai sopracitati centri	Inserimento
3	FLUTICASONE FUROATO/UMECLIDINIO/VILANTEROLO TRIFENATATO	R03AL08	Piano terapeutico allegato in G.U. cartaceo validità 1 anno	Inserimento
4	IXAZOMIB CITRATO	L01XX50	Registro Aifa	Inserimento
5	LUTEZIO-177 OXODTREOTIDE	V10XX04	Registro Aifa web based	Inserimento
6	BRODALUMAB	L04AC12	Scheda cartacea Aifa in allegato a G.U.	Inserimento
7	DINUTUXIMAB BETA	L01XC16	Monitoraggio Aifa, farmaco innovativo	Inserimento
8	ERITROPOETINA	B03AX01	Piano Terapeutico regionale, il clinico deve allegare il risultato dell'epoetina endogena per una verifica oggettiva dell'indicazione	Inserimento
9	GUSELKUMAB	L04AC16	Scheda di prescrizione, il clinico dovrà valutare l'efficacia del farmaco dopo 16 settimane d'impiego	Inserimento
10	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	A16AX09		Inserimento
11	FOLLITROPINA DELTA	G03GA10	PT	Inserimento
12	EMICIZUMAB	B02BX06	Registro Aifa web based farmaco innovativo	Inserimento
13	CLADRIBINA	L04AA40	Piano Terapeutico cartaceo in G.U.	Inserimento
14	EVEROLIMUS	L01XE10	Manipolazione del farmaco solo in ambito ospedaliero	Inserimento
15	PERAMPANEL	N03AX22	Piano Terapeutico Cartaceo (PT), in G.U. della durata di sei mesi, redatto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria	Inserimento
16	TOCILIZUMAB	L04AC07	Nuova indicazione: trattamento dell'arterite a cellule giganti (ACG) in pazienti adulti per farmaco già presente in PTOR farmaco con indicazione innovativo potenziale PT regionale biologici, monitorare dopo nota informativa Aifa del 27/06/2019	Inserimento



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
1064

17	CITARABINA E DAUNORUBICINA	L01XY01	Monitoraggio Aifa farmaco innovativo	Inserimento
18	SEMAGLUTIDE	A10BJ06	PT cartaceo da gazzetta ufficiale	Inserimento
19	BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/ENOFOVIR ALAFENAMIDE	J05AR20		Inserimento
20	CABOZANTINIB	L01XE26	Principio attivo già presente, nuova indicazione per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma midollare tiroideo (MTC) in progressione, non resecabile, localmente avanzato o metastatico	Inserimento
21	GEMTUZUMAB OZOGAMICIN	L01XC05	Monitoraggio Aifa, centri prescrittori individuati	Inserimento

Considerato che l'ultimo aggiornamento del PTOR è stato adottato con la DGR n. 1721 del 17 dicembre 2018, per le motivazioni sopra espresse, si propone l'adozione del presente atto.

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)



REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE

seduta del  
16 SET. 2019

pag.  
7

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
1064

**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  
(Rodolfo Pasquini)  


La presente deliberazione si compone di 62 pagine, di cui 55 di allegati

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Deborah Giraldi)  






## ALLEGATO A

ALLEGATO ALLA DELIBERA  
N° 1064 DEL 16 SET. 2019

# PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

XX edizione: 1° Aggiornamento 2019

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 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.	
A01AB03	CLOREXIDINA GLUCONATO	COLLUTORIO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBIICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I	
A01AB09	MICONAZOLO NITRATO	GEL OS	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBIICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I	
A01AD11	FLURBIPROFENE	COLLUTORIO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI ANTIMICROBIICI E DI 1 PRODOTTO ANTINFAMMATORIO. UN ESEMPIO NON VINCOLANTE.					I	
A02AD01	MAGNESIO IDROSSIDO/ALGELDRATO	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 VERDE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA. LA FORMA EV È DA RISERVARE AI CASI DI IMPOSSIBILITÀ DI USO DELLA VIA ORALE. SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCELTA DELLE MOLECOLE PER LA VIA ORALE IN CONSIDERAZIONE DELLE INDICAZIONI, DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DEL COSTO ANCHE A LIVELLO TERRITORIALE. LA RMP POTRA' CONSENTIRE L'USO DI PRINCIPI ATTIVI NON INCLUSI NEL PTOR PER ESIGENZE PARTICOLARI.						II
A02BX02	SUCRALFATO	MARMELLATA/GELOS	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							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.
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 CHEMOTERAPICI ALTAMENTE O MODERATAMENTE 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 MODERATAMENTE 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 DIMEALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
A04AD12	FOSAPREPITANT DIMEGLUMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			VII
A05AA02	ACIDO URSOSESOSICOLICO	CAPSULE	A	NOTA 2	RR - RIPETIBILE							I
A05AA04	ACIDO OBETICOLICO	COMPRESSE	H		RRL - LIMITATIVA	PT						XVII
A05AB06	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	LATTITOLO	POLVERE OS	A	NOTA 59	RR - RIPETIBILE							I
A06AD17	SODIO FOSFATO											
A06AD17	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 SOLFATO ANIDRO/SODIO BICARBONATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/DIMETICONA	POLVERE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
A06AG01	SODIO FOSFATO											
A06AG01	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		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALL'AZIENDA LA SCelta DI 1 ANTIMICROBICO INTESTINALE.					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 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.
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 ANTIDIARRHOICI, 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 CONSEGUENTI RIMEDI COADUVANTI, QUALORA SI RIVELINO DA SOLO 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 ALL'AZIENDA 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 ALL'AZIENDA 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
A10AES6	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	GUCLAZIDE	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
A10BJ06	SEMAGLUTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT CARTACEO DA G.U.				PT CARTACEO DA G.U.		XX
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	CALCITRIDIOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
A11CC05	COLECALCIFEROLIO	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 SICOBALAMINA	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

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.
A11HA03	TOCOFEROLO ACETATO ALFA	COMPRESSE RIVESTITE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
A11HA30	DEXPANTENOLO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
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/AVOLET, 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 NECESSITÀ.					I
A16AA01	LEVOCARNITINA	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		LIMITATAMENTE ALL' INDICAZIONE CARENZA DOCUMENTATA DI CARNITINA PRIMARIA O SECONDARIA (A TRATTAMENTO DIALETTICO).					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 RICOMBINANTE	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'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010	SI			I
A16AX09	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	ORAL	A-PHT		RNRL				SI			XX
A16AX10	ELIGLUSTAT	ORALE	A-PHT		RRL	LA PRESCRIZIONE E'SOGGETTA A PT						XVIII
B01AA03	WARFARIN SODICO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AA07	ACENOCUMAROLIO	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 III 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/ALGELDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	CAPSULE	C		RR - RIPETIBILE							I
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							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.
B01AC09	EPOPROSTENOLO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AC09	EPOPROSTENOLO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
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	FIALE	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 RISPECTO DEL PT È 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 RISPECTO DEL PT È TENENDO PRESENTE CHE L'EFFICACIA MAGGIORE, CLINICAMENTE RILEVANTE, VS CLOPIDOGREL È DEMONSTRATA SOLO IN PZ CON IMPIANTO DI STENT, DIABETICI O CON MAGGIORE COMPLESSITÀ DELLA LESIONE TRATTATA, MENTRE PER IL ED 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	DROTRECOGIN ALFA ATTIVATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
B01AD11	TENECTEPLASE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AD12	PROTEINA C UMANA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							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.
B01AE03	ARGATROBAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							II
B01AE06	BIVALIRUDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	CAPSULE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT-SMR		I/VIII
B01AF01	RIVAROXABAN	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. N.198 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 CUNICAMENTE 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	EFMOROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE			SI			XVI
B02BD02	LONDOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE			SI			XVII



codice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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 de N. Ediz.
2BD02	TUROCTOCOG ALFA (FASSORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE		Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI			VII
2BD02	SIMOCTOCOG ALFA (FASSORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XV
2BD02	OCTOCOG ALFA (FASSORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)*	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XV
2BD03	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
2BD04	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
2BD04	ALBUTREPENONACOG ALFA (FASSORE IX DI COAGULAZIONE)	INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE	PT REGIONALE						XVI
2BD04	EFTRENONACOG ALFA (FASSORE IX DI COAGULAZIONE)*	INIETTABILE	A-PHT		RRL - RIPETIBILE LIMITATIVA	PT REGIONALE			SI			XVI
2BD05	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
2BD08	EPTACOG ALFA ATTIVATO (FASSORE VII DI COAGULAZIONE DA DNA RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
2BD09	NONACOG ALFA (FASSORE 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
2BD10	FATTORE DI VON WILLEBRAND	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							II
2BD11	CATRIDEACOG (FASSORE XIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			VII
2BD14	SUSOCTOCOG ALFA (FASSORE VIII DI COAGULAZIONE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			XVI
2BX04	ROMIPLSTIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I/XVII
2BX05	ELTROMBOPAG OLAMINA	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II/XVIII
2BX06	EMICIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL				SI	REG. AIFA		XX
3AA03	FERROSO GLUCONATO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A	NOTA 76	RR - RIPETIBILE							I
3AA07	FERROSO SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3AB	FERRON ALTOSO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 76	RR - RIPETIBILE							I
3AB	SODIO FERRIGLUCONATO	FLACONCINI/FIALEIDI	H		RR - RIPETIBILE							I
3AC	CARBOSSIMALTOSIO FERRICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							VI

codice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
3AX01	ERITROPOETINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL	PT		piano terapeutico regionale, il clinico deve allegare il risultato dell'epo endogena per una verifica oggettiva dell'indicazione/Trattamento dell'anemia sintomatica				XX
3BA01	CIANOCOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
3BB01	ACIDO FOLICO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
3XA01	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
3XA01	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
3XA01	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
3XA01	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
3XA02	DARBPOETINA 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
3XA03	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
05AA01	ALBUMINA UMANA SOLUZIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 15	RR - RIPETIBILE	RMP	DOCUMENTO REGIONALE DI APPROPRIATEZZA E RICHiesta MOTIVATA SPECIFICA PER L'ALBUMINA.					I
05AA06	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
05AA07	ETAMIDO/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 DROSSITETILAMIDO ATC B05AA07.					I

codice ATC 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.
SBA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		NELL'INSUFFICIENZA EPATICA GRAVE.					I
SBA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SBA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SBA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SOLI AMINOACIDI RAMIFICATI. NELL'ENCEFALOPATIA EPATICA E COME INTEGRAZIONE DI SOLUZIONI AMINOACIDICHE CONVENZIONALI IN STATI POST TRAUMATICI CHIRURGICI E NON.					I
SBA01	AMINOACIDI	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		TRATTAMENTO NUTRIZIONALE NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE ACUTA O CRONICA O IN CAPD (DIALISI PERITONEALE AMBULATORIALE CONTINUA).					I
SBA02	OLIO DI SOIA/LECITINA D UOVO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER IL CODICE ATC BOSBA02, SCEGLIERE 1-2 MISCELE.					I
SBA03	GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SBA10	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 NECESSITÀ TERAPEUTICHE. (ES. CONCENTRAZIONI NUTRIENTI, OSMOLARITÀ, PRESENZA/ASSSENZA DI ELETROLITI E LORO CONCENTRAZIONE, PRESENZA/ASSSENZA DI LIPIDI E/O DI AMMINACIDI ECC.)					IV
SBB01	SODIO BICARBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
SBB01	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
SBB01	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/CALCIO CLORURO/SODIO ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
SBB01	SODIO CLORURO/SODIO ACETATO/SODIO GLUCONATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
SBB01	ACIDO LATTICO/SODIO IDROSSIDO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/CALCIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
SBB02	SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLESTIMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
SBB02	SODIO ACETATO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO BIBASICO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROIOLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZELOCALI 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 sommministrazione	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.
5BB02	SODIO CLORURO/POTASSIO ACETATO/MAGNESIO ACETATO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLENAMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
5BB02	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO/POTASSIO ACETATO/SODIO ACETATO/SODIO GLUCONATO/GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLENAMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
5BB03	TROMETAMOLO/ACIDO ACETICO GLACIALE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI SOLUZIONI ELETROLITICHE NON INCLUSE NELLA LISTA DEL PTOR IN BASE AD ESIGENZE LOCALI PARTICOLARI (ES CONCENTRAZIONI DIVERSE NECESSARIE PER L'ALLENAMENTO DI SACCHE DI NUTRIZIONE PARENTERALE ETC.).					I
5BC	GLICEROLO/SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5BC01	MANNITOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CB01	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
5CX10	GLICINA/MANNITOLO	SOLUZIONE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA	POTASSIO ASPARTATO	FIALE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA01	POTASSIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
5XA02	SODIO BICARBONATO/SODIO EDETATO BIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA03	SODIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
5XA05	MAGNESIO SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA06	POTASSIO FOSFATO MONOBASICO/POTASSIO FOSFATO BIBASICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA07	CALCIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA08	SODIO ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA16	SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO ESAIDRATO/CALCIO CLORURO BIIDRATO/SODIO BICARBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA30	CALCIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5XA30	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 TRACCA (DUE O ELEMENTI) PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDOVENOSA. L'ESEMPPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL'ADULTO.					I
5XA30	SODIO LATTATO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/SODIO FOSFATO MONOBASICO MONOIDRATO/SODIO FOSFATO BIBASICO DODECAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I



codice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimborso, t.	Nota AIFA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiornamento	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
5XA30	FERRO/ZINCO/MANGANESE/RAME/ CROMO/SELENIO/MOLIBDENO/FLU ORO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLA AZIENDA LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI CON ELEMENTI TRACIA (equivalenti)-PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENDovenosa. L'ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AUTORIZZATO NELL'ADULTO.					I
5XC	RETINOLO PALMITATO/ERGOCALCIFEROLO/TO COFEROLO ALFA/FITOMENADIONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
5XC	TIAMINA MONONITRATO/RIBOFLAVINA/SODI O FOSFATO/NICOTINAMIDE/PARDOSSI NA CLORIDRATO/ACIDO PANTOTENICO/ACIDO ASCORBICO/BIOTINA/ACIDO FOLICO/CIANOCOBALAMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
6AC01	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
6AC02	ICATIBANT ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE	RMP	NELLA TERAPIA SINTOMATICA DEGLI ATTACCHI ACUTI DI ANGIOEDEMA ERETTICO (AEE) NEGLI ADULTI (CON CARENZA DI INIBIZIONE ISTERICA CON MIEDETTA MOTIVATA DAL CENTRO REGIONALE AUTORIZZATO).		SI			II
1AA05	DIGOSSINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AA05	DIGOSSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AA08	METILDIGOSSINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1AA08	METILDIGOSSINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
1BA	DIDROCHINIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BA02	PROCAINAMIDE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1BC03	PROPafenone CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BC03	PROPafenone CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BC04	FLEcainide ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BC04	FLEcainide ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1B001	ANfiodarone CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1BD01	ANfodarone CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BD05	ANfutamide	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA01	ETIUSKrina CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA02	ETIUSKrina CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA02	ISOPRENalin CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA03	NORADRENALINA TARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA04	DOPAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA07	DOBUTAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA17	MIDODRINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA17	MIDODRINA CLORIDRATO	SOSPENSIONE OS	C		RR - RIPETIBILE							I
1CA19	FINOLDOPAM MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA24	ADRENALINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1CA24	ADRENALINA STABILIZZATA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors. tā	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.
1CA26	EFEDRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CE03	ENOXIMONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CX08	LEVOSIMENDAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DA02	NITROGLICERINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA02	NITROGLICERINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA02	NITROGLICERINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							I
1DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1EA01	ALPROSTADIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1EA01	ALPROSTADIL ALFACICLODESTRINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1EB07	FRUTTOSIO DIFOSFATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1EB10	ADENOSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1E015	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
1EB17	IVABRADINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1EB18	RANOLAZINA	COMPRESSE A RILASCIΟ PROLUNGATO	A-PHT		RR - RIPETIBILE							X
1EB19	ICATIBANT ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE					SI		I
1EB21	REGADENOSON	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							VI
2AC01	CLONIDINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							I
2AC01	CLONIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AC01	CLONIDINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
2CA04	DOXAZOSIN MESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2CA06	URAPIDIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
2DC01	MINOXIDIL	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE	RMP						I
2DD01	SODIO NITROPRUSSIATO ANIDRO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
2KX01	BOSENTAN MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - 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
2KX02	AMBRISENTAN	COMPRESSE RIVESTITE	H		RR - 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

codice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimborsa 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
2KX04	MACITENTAN	COMPRESSE RIVESTITE	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			VI
2KX05	RIOCIGUAT	COMPRESSE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					SMR (G.U. N. 49 DEL 28/02/15), SMR (G.U. N. 204 DEL 01/09/16)		VIII/XIII
3AA03	IDROCLOROTIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DIURETICO TIAZIDICO (OBBLIGATORIO IDROCLOROTIAZIDE O ALTRO DIURETICO TIAZIDICO).					I
3BA08	METOLAZONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	RMP	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
3BA11	INDAPAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CA01	FUROSEMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CA01	FUROSEMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CA04	TORASEMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3CC01	ACIDO ETACRINICO SALE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
3DA01	SPIRONOLATTONE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3DA02	POTASSIO CANRENOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
3DA03	CANRENONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3EA01	AMILORIDE CLORIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3EA14	POTASSIO CANRENOATO/BUTIZIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
3EB01	FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
3XA01	TOLVAPTAN	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR. OSPED/SPEC: END NEF ONC			SI	REG. AIFA		XVII
4AD03	PENTOXIFILLINA	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
4AD03	PENTOXIFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5AA01	IDROCORTISONA/BENZOCAINA/EPA RINA SODICA	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE C03A.					I
5AA10	FLUOCINOLONE ACETONIDE/KETOCAINA CLORIDRATO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 PRODOTTO DELLA CLASSE C03A.					I
5BA01	SULFOPOLIGLICANO	CREMA	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLA SPECIATÀ PIÙ CONVENIENTE TRA QUELLA CON PARI INDICAZIONI D'USO ANCHE SE APPARTENENTI A CLASSI ATC AVERSE					VIII
SBB02	LAUROMACROGOL 400	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CX	ESCINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CX	ESCINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
7AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RR - RIPETIBILE							I
7AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	SOLUZIONE PER OS	A-PHT		RNRL - RICETTA NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT						XIV
7AA07	SOTALOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
7AB02	METOPROLOLO TARTRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
7AB02	METOPROLOLO TARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
7AB03	ATENOLOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
7AB03	ATENOLOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

codice ATC n° 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimborsa- bilità	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.	
07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I	
07AB09	ESMOLolo CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
07AB12	NEBIVOLOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
07AG01	LABETALOLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
07AG01	LABETALOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
07AG02	CARVEDILOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
07BB07	BISOPROLOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I	
07CB03	ATENOLODLO/CLORTALIDONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
08CA01	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	
08CA05	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	
08CA05	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	
08CA06	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	
08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I	
08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I	
08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I	
09AA01	CAPTOPRIL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
09AA02	ENALAPRIL MALEATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
09AA03	LISINOPRIL DIIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
09AA04	PERINDOPRIL ARGININA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I	
09AA05	RAMIPRIL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
09BA05	RAMIPRIL/IDROCLOROTIAZIDE	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	
09CA01	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 SARTAN RISPETTO AGLI ACE-1 A PARITÀ DI INDICAZIONI DI USO, PER QUESTO NON SE NE RITIENE OPPORTUNO L'USO IN PRIMA LINEA TERAPEUTICA MA PIUTTOSTO SE NE RACCOMANDA L'IMPIEGO IN CASO DI INTOLLERANZA AGLI ACE-1 O PER NECESSITÀ SPECIFICHE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SARTAN DI CUI 1 DEVE ESSERE IL LOSARTAN.						I

codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
09DA01	LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE	ORALE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DELLE ASSOCIAZIONI (IN BASE ALLA SCELTA DEL PRINCIPIO ATTIVO NON ASSOCIAZIO).					I
09DX04	SACUBITRIL / VALSARTAN	ORALE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					PT AIFA WEB BASED		XV
09XA02	ALISKIREN EMIFUMARATO	ORALE	A		RR - RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
10AA01	SIMVASTATINA	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE.					I
10AA03	PRAVASTATINA SODICA	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE.					I
10AA05	ATORVASTATINA CALCO TRIIDRATO	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT DI APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE STATINE.					I
10AB05	FENOFIBRATO	ORALE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE							VI
10AC01	COLESTIRAMINA CLORIDRATO	POLVERE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
10AX06	OMEGA POLIENOICI (ESTERI ETILICI DI ACIDI GRASSI POLINSATURI)	CAPSULE	A	NOTA 13	RR - RIPETIBILE							I
10AX13	EVOLOCUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Solo Centri individuati dalla Regione				REG. AIFA		XV
10AX14	ALIROCUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Solo Centri individuati dalla Regione				REG. AIFA		XVI
01AC01	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
01AC03	ECONAZOLO	SOLUZIONE/EMULSIONE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
02AB	ZINCO OSSIDO	UNGUNTO	C		SOP - NON RICHIESTA							I
03AX	FRUMENTO ESTRATTO/FENOSSETOLO	GARZE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
03AX	SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
03AX	SULFADIAZINA ARGENTICA/ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GARZE	C		RR - RIPETIBILE							I
03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GARZE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
03AX05	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	GEL	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
03BA52	COLLAGENASI/CLORAMFENICOLO	POMATA	C		RR - RIPETIBILE							I
03BA52	COLLAGENASI	UNGUNTO	C		RR - RIPETIBILE							I
04AA10	PROMETAZINA	CREMA	C		SOP - NON RICHIESTA							I
04AB01	LIDOCAINA CLORIDRATO	GEL	C		SOP - NON RICHIESTA							I/XVII
05BB02	ACITRETINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
06AA02	CLORETETRACICLINA CLORIDRATO	UNGUNTO	C		RR - RIPETIBILE							I
06AX07	GENTAMICINA SOLFATO	CREMA/UNGUNTO	C		RR - RIPETIBILE							I
06AX09	MUPIROCINA CALCICA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
06BA01	SULFADIAZINA ARGENTICA	CREMA	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
06BB03	ACICLOVIR	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
06BB10	IMIQUIMOD	CREMA	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
06BB12	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 (-)-epigalocatechina gallato	CREMA	A		RR - RIPETIBILE					PT AIFA CARTACEO		XVIII
07AB01	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
07AC03	DESOSSIMETASONE	EMULSIONE	A	NOTA 88	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 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.
07AC04	FLUOCINOLONE ACETONIDE	POMATA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
07CA01	CLORAMFENICOLO/IDROCORTISONA	UNGuento	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
07CB01	TRIACINOLONE/CLORTETRACICLINA	POMATA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
07CC01	GENTAMICINA/BETAMETASONE	CREMA	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI NEL PTOR DEGLI ESEMPI NON VINCOLANTI.					I
07XC01	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 VINCOLANTE.					I
08AL30	ARGENTO METALLICO/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 ANTISETTI/DESINFETTANTI. NEL PTOR SI RIPORTA SOLO UN ESEMPIO ALLO SCOPO DI VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA.					I
11AH01	TACROLIMUS	UNGuento	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
11AH02	PIMECROLIMUS	CREMA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
11AH04	ALITRETOINA	CAPSULE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		II
11AH05	DUPILUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNR				SI	REG. AIFA		XIX
01AA	TIROTRICINA/NITROFURAZONE	OVULI	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G01AA.					I
01AA05	CLORAMFENICOLO	OVULI	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE G01AA.					I
01AF02	CLOTRIMAZOLO	CREMA VAGINALE	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
01AX11	IODOPovidone	LAVANDE VAGINALI	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
02AD02	DINOPROSTONE	SISTEMA A RILASCIO VAGINALE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD02	DINOPROSTONE	GEL	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD03	GEMEPROST	OVULI	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD05	SULPROSTONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
02AD06	MISOPROSTOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							XVII
02CA	ISOXSUPRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
02CA01	RITODRINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
02CB01	BROMOCRIPTINA MESILATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
02CB03	CABERGOLINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
2CX01	ATOSIBAN ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		FARMACO INDICATO PER RITARDARE LA NASCITA PREMATURA IMMINENTE IN PAZIENTI GRAVIDE NELLE CONDIZIONI SPECIFICATE IN SCHEDA TECNICA.					I
3AA10	ETINILESTRADIOLO/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 VINCOLANTE PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA.					I
3BA03	TESTOSTERONE	GEL	C		RR - RIPETIBILE							I
3BA03	TESTOSTERONE UNDECANOATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
3CA03	ESTRADIOLO EMIIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I



dice ATC 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.
3DA04	PROGESTERONE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
3DA04	PROGESTERONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
3DC02	NORETISTERONE ACETATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
3GA01	GONADOTROPINA CORIONICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
3GA10	FOLLITROPINA DELTA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL-LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale		PT				XX
3HA01	CIPROTERONE ACETATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
3HA01	CIPROTERONE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
3XB02	ULIPRISTAL ACETATO	COMPRESSE	A	51	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PT - Prescrizione ospedaliera (spec. Ginecologo)	Nel trattamento intermittente solo per fibromi di dimensione tra 3 e 12 cm					VII/XV
3XC02	BAZEDOXIFENE ACETATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale			SI			II
4BD04	OXBUTININA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							II
4BD04	OXBUTININA CLORIDRATO	CEROTTO TRANSDERMICO	C		RR - RIPETIBILE							II
4BE03	SILDENAFIL CITRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			I
4BE08	TADALAFIL	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		LIMITATO A PAZIENTI CON IAP DIAGNOSTICATA MEDIANTE CATETERISMO CARDIACO DESTRO NON RESPONDERS AL TEST DI VASOATTIVITÀ POLMONARE. LA SCELTA TRA SILDENAFIL E TADALAFIL VA FATTA IN BASE A VALUTAZIONI DI COSTO/TERAPIA ED ADERENZA ALLE LINEE-GIUDA.	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
4BE09	VARDENAFIL	COMPRESSE RIVESTITE	A/PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT REGIONALE	NOTA AIFA 75: La prescrizione di inhibitori della PDE5 (avanafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil) a carico del SSN è limitata ai pazienti con disfuntione erektili neurogena da lesione incompleta del midollo spinale o del plesso pélvico, di origine traumatica, inflammatoria/degenerativa o iatrogena (in seguito a chirurgia o radioterapia della regione pélvica), secondo un Piano terapeutico redatto da Medico (Urologo, endocrinologo, neurologo, oncologo) afferente al SSN. PIANO TERapeutico REGIONALE (DECRETO 45/2016)		SI			XVII
4CA02	TAMSULOSINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		S. DEMANDA ALLA AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA. SI SUGGERISCE IL TAMSULOSIN PER MIGLIOR PRECISO COSTO/BENEFICO.					I
4CB01	FINASTERIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
4CB02	DUTASTERIDE	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE	RMP						I
1AA02	TETRACOSACTIDE ESACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1AC01	SOMATROPIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 39	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
IAX01+A4 34:N46	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



codice ATC 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.
1BA02	DESMOPRESSINA ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta d'assistenza farmaceutici enti dell'ISSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ota A-H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
1BA02	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta d'assistenza farmaceutici enti dell'ISSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ota A-H-T solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010				I
1BA04	TERLIPRESSINA ACETATO PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BB02	OXITOCINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CA01	GONADORELINA	SPRAY	A		RR - RIPETIBILE							I
1CA01	GONADORELINA ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
1CB01	SOMATOSTATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1CB02	OCTREOTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE							I
1CB02	OCTREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RIR - RIPETIBILE							I
1CB03	LANREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RIR - RIPETIBILE	PT						I
1CB03	LANREOTIDE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 40	RR - RIPETIBILE	PT						XII
1CB05	PASIREOTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					SI	REG. AIFA	VI
1CB05	PASIREOTIDE (G.U. 115 DEL 18/05/16)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					SI		XIV
2AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB02	DESAMETASONE 21-FOSFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB02	DESAMETASONE 21-FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
2AB07	PREDNISONA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB08	TRIACINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB09	IDROCORTISONA EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB09	IDROCORTISONA EMISUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
2AB09	IDROCORTISONA MODIFICATO	COMPRESSE RILASCIO MODIFICATO	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							VI
2AB10	CORTISONA ACETATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
2AB13	DEFLAZACORT	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE	RMP	FARMACO AD ALTO COSTO RISPETTO AGLI ANALOGHI DI CLASSE A					I
3AA01	LEVOTIROXINA SODICA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
3BB02	TIAMAZOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I



Indice ATC 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.
4AA01	GLUCAGONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
5AA02	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
SBX01	CINACALCE <sup>®</sup> CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
SBX02	PARACALCITOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
SBX02	PARACALCITOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
SBX04	ETELCALCETIDE	SOLUZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL-LIMITATIVA	PT						XVII
AA02	DOXICICLINA ICLOTO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
AA12	TIGECICLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP			SI			I
BA01	CLORAMFENICOLO SUCCINATO SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
BA02	TIAMFENICOLO GLICINATO ACETILCISTEINATO	AEROSOL	C		RR - RIPETIBILE		IN CASO DI USO TOPICO UTILIZZARE UN APPARECCHIO PER NEBULIZZAZIONE ADATTO (IN VETRO E PLASTICA).					I
CA01	AMPICILLINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
CA01	AMPICILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
CA04	AMOXICILLINA TRIIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
CA12	PIPERACILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 92	RR - RIPETIBILE							II
CF04	OXACILLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
CR01	AMPICILLINA/SULBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
CR01	AMPICILLINA/SULBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
CR02	AMOXICILLINA SODICA/POTASSIO CLAVULANATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
CR05	PIPERACILLINA SODICA/TAZOBACTAM SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE							I
DB04	CEFAZOLINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
DC02	CEFUROXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
DC04	CEFACLORO MONOIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA).					I
DC06	CEFONICID BISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
DD01	CEFOTAXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
DD01	CEFOTAXIMA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		CATEGORIA OMOPENA CEFTAZIDIME E CEFEPIME. LA SCELTA VERDE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA.					I
DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		CATEGORIA OMOPENA CEFTAZIDIME E CEFEPIME. LA SCELTA VERDE SULLA MOLECOLA AGGIUDICATA.					I
DD04	CEFTRIAXONE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I



## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

codice ATC Il 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
1DD04	CEFRAXONE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1DD08	CEFIXIMA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE, SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA CEFALOSPORINA ORALE (OBBLIGATORIA).					I
1DD52	CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RICHIESTA MOTIVATA			SI			XVII
1DF01	AZTREONAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
1DH02	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
1DH03	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
1DH51	IMIPENEM/CILASTATINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA FACOLTÀ DI APPLICARE LA RM ALLE MOLECOLE DEL GRUPPO.					I
1DI01	CEFTOBIPROLO MEDOCARIL SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LA PRESCRIZIONE DOVRA' ESSERE EFFETTUATA SOLO DOPO FALLIMENTO DI PRECEDENTI TERAPIA UTILIZZANDO IL MODULO DI RICHIESTA PERSONALIZZATO.					VII/XIV (eliminazio ne antibiogra mme)
1DI02	CEFTAROLINA FOSAMIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		scheda di prescrizione cartacea presente in allegato GU		SI			VI/XVIII
1DI54	CEFTOLOZANO / TAZOBACTAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA			SI			XIV
1EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
1EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA01	ERITROMICINA LATTOBIONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA01	ERITROMICINA ETILSUCCINATO	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA09	CLARITROMICINA	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA09	CLARITROMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1FA09	CLARITROMICINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1FA10	AZITROMICINA DIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1FF01	CUNDAMICINA FOSFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
1GB01	TOBRAMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGlicosidi.	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
1GB03	GENTAMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGlicosidi.					I
1GB06	AMIKACINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 3 AMINOGlicosidi.					I
1MA02	CIPROFLOXACINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
1MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC 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.
MA12	LEVOFLOXACINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
MA12	LEVOFLOXACINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
MA14	MOXIFLOXACINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
MB04	ACIDO PIPERIDICO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
XA01	VANCOMICINA CLORIDRATO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
XA02	TEICOPLANINA	INIETTABILE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
XA04	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	
XB01	COLISTIMETATO SODICO	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
XD01	METRONIDAZOLO	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
XX01	FOSFOMICINA DISODICA	INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
XX01	FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I
XX08	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
XX08	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
XX09	DAPTOMICINA	INIETTABILE	H	OSP - USO OSPEDALIERO	RMP				SI			I
XX11	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' CONTRAINDICATO - IN CASO DI ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA PREESISTENTI O PAZIENTI A RISCHIO PER ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, PAZIENTI CANDIDABILI ALLA DIMISSIONE PRECOCE						XVI
XX11	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' CONTRAINDICATO - IN CASO DI ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA PREESISTENTI O PAZIENTI A RISCHIO PER ANEMIA, GRANULOCITOPENIA, TROMBOCITOPENIA, PAZIENTI CANDIDABILI ALLA DIMISSIONE PRECOCE						XVI
AA01	AMFOTERICINA B	INIETTABILE	C	OSP - USO OSPEDALIERO								I
AA01	AMFOTERICINA B	INIETTABILE	H	DSP - USO OSPEDALIERO								I
AC01	FLUCONAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
AC01	FLUCONAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
AC02	ITRACONAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
AC02	ITRACONAZOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
AC03	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



codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
ZAC03	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
ZAC04	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
ZAC04	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
ZAC05	ISAVUCONAZOLO	CAPSULE	A	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOLO SPECIALISTI INFETTIVI/LOGI 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
ZAC05	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
ZAX01	FLUCITOSINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	OSP - USO OSPEDALIERO	RMP							I
ZAX04	CASPOFUNGIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	OSP - USO OSPEDALIERO	RMP							I
ZAX05	MICAFUNGIN SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	OSP - USO OSPEDALIERO					SI			I
ZAX06	ANIDULAFUNGINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	OSP - USO OSPEDALIERO	RMP		DISERVARE L'USO AI PAZIENTI RESISTENTI AD ALTRI ALTERNATIVI TERAPEUTICI. O IN PAZIENTI CON COMPLICANZE NEPATICHE, CON INSUFFICIENZA RENALE O SOTTOPOSTI A DIALISI.		SI			I
IAB02	RIFAMPICINA	CAPSULE	A	RR - RIPETIBILE								I
IAB02	RIFAMPICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	RR - RIPETIBILE								I
IAB03	RIFAMICINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C	RR - RIPETIBILE								I
IAB03	RIFAMICINA SODICA	FIALE + FIALE SOLVENTE TOPICO	C	RR - RIPETIBILE								I
IAB04	RIFABUTINA	CAPSULE	A	NOTA 56	RR - RIPETIBILE							I
IAC01	ISONIAZIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C	RR - RIPETIBILE								I
IAC01	ISONIAZIDE	COMPRESSE	C	RR - RIPETIBILE								I
IAC01	ISONIAZIDE	COMPRESSE	A	RR - RIPETIBILE								I
IAC51	ETAMBUTOLO/ISONIAZIDE/PIRIDOS ISINA	COMPRESSE RIVESTITE	A	RR - RIPETIBILE								I
IAK01	P IRAZINAMIDE	COMPRESSE	A	RR - RIPETIBILE								I
IAK01	E TAMBUTOLO CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	RR - RIPETIBILE								I
IAK02	E TAMBUTOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C	RR - RIPETIBILE								I

dice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
AK05	BEDAQUILINA FUMARATO	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESKR.OSPED/SPEC: INFETT PNEU			SI	SI		VII
AM02	RIFAMPICINA/ISONIAZIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
AB01	ACICLOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB01	ACICLOVIR	SOSPENSIONE OS	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB01	ACICLOVIR	COMPRESSE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
AB04	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
AB04	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
SAB06	GANCICLOVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SAB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 84	RR - RIPETIBILE							I
SAB12	CIDOFUVIR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SAB14	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
SAD01	FOSCARNET SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
SAE01	SAQUINAVIR MESILATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAE02	INDINAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAE03	RITONAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
AE03	RITONAVIR	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE04	NELFINAVIR	POLVERE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					SI		I
AE07	FOSAMPRENAVIR	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE07	FOSAMPRENAVIR	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE08	ATAZANAVIR SOLFATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					SI		I
AE09	TIPRANAVIR	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
AE10	DARUNAVIR ETANOLATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					SI		I
AE11	TELAPREVIR	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PDTA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI			SI		III
AE12	BOCEPREVIR	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PDTA REGIONE MARCHE DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI			SI		III
AE14	SIMEPREVIR	CAPSULE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE						REG. AIFA	VIII
AF01	ZIDOVUDINA	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
AF01	ZIDOVUDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
AF01	ZIDOVUDINA	SCIROPPO	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

codice ATC 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.
SAF02	DIDANOSINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF04	STAVUDINA	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF05	LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF06	ABACAVIR SOLFATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF06	ABACAVIR SOLFATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF07	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF08	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
SAF09	EMTRICITABINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAF10	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
SAF11	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
SAG01	NEVIRAPINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAG01	NEVIRAPINA	SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAG03	EFAVIRENZ	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAG04	ETRAVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
SAG05	RILPIVIRINA CLORIDRATO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			III
SAH01	ZANAMIVIR	POGLIÈRE PER INALAZIONE	C		RR - RIPETIBILE							I
SAH02	OSELTAMIVIR FOSFATO	CAPSULE	C		RR - RIPETIBILE							I
SAP56	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVIII
SAR01	LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAR02	ABACAVIR SOLFATO/LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAR03	EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	FINO AD ESAURIMENTO SCORTE. SOSTITUITO DA JOSAR17						I
SAR04	ABACAVIR/LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I



codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
SAR06	EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
SAR08	EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TENOFOVIR DISOPROXIL	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			III
SAR09	EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOXOPRIL/ELVITEGRAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	FINO AD ESAURIMENTO SCORTE, SOSTITUITO DA JOSAR18			SI			VI
SAR10	LOPINAVIR/RTONAVIR	COMPRESSE RIVESTITE, SOSPENSIONE OS	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAR13	DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/ LAMIVUDINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XII
SAR14	DARUNAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XI
SAR15	ATAZANAVIR/COBICISTAT	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			XIII
SAR17	EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOSTITUISCE JOSAR03 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE			SI			XVI
SAR18	ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/ EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	SOSTITUISCE JOSAR09 CHE VERRA' EROGATO FINO AD ESAURIMENTO SCORTE						XV
SAR19	EMTRICITABINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDE/ RILPIVIRINA	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVII
SAR20	BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/ ENOFUVIR ALAFENAMIDE	ORALE	H		RNRL- LIMITATIVA NON RIPETIBILE							XX
SAR22	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
SAX	SOFOSBUVIR/ VELPATASVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVI
SAX	GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG.AIFA		XVII
SAX07	ENFUVIRTIDE	INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
SAX08	RALTEGRAVIR POTASSICO	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I/XII
SAX09	MARAVIROC	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
SAX12	DOLUTEGRAVIR	ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
SAX14	DACLATASVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG.AIFA		VIII
SAX15	SOFOSBUVIR	ORALE	C		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
SAX16	DASABUVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
SAX18	LETERMOVIR	COMPRESSE/SOLUZIONE PER INFUSIONE	A-PHT/H		RRL/OSP				SI	REG. AIFA		XIX
SAX65	SOFOSBUVIR E LEDIPASVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
SAX67	OMBITASVIR, PARITAPREVIR E RITONAVIR	ORALE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		VIII
SAX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ORALE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					REG. AIFA		XV
5BA01	IMMUNOGLOBULINE UMANE NORMALI	SOTTOCUTANEA	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE						XV/XVI
5BA01	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	SOTTOCUTANEA	A- PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT REGIONALE IMMUNOGLOBULINE SOTTOCUTE						XV/XVII

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
6BA02	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
6BB01	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
6BB02	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTITETANICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
6BB03	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIVARICELLA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
6BB04	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
6BB04	IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIEPATITE B	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
6BB09	IMMUNOGLOBULINA UMANA CITOMEGALOVIRUS USO ENDOVENOSO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI SIERI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.					I
6BB16	PALIVIZUMAB	INTRAMUSCOLARE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						X
6BB21	BEZLOTOXUMAB	SOLUZIONE INIETTABILE	H-OSP					VALUTAZIONE CONSUMI DOPO 6 MESI		PT AIFA CARTACEO		XIX
7AM01	VACCINO TETANICO ADSORBITO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DEI VACCINI RISPONDENTI ALLE ESIGENZE LOCALI.		SI			I
-----	FRAZIONE CELLULARE ARRICCHITA DI CELLULE AUTOLOGHE CD34+	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIII
1	LINFOCITI ALLOGENICI	ENDOVENOSO	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG. AIFA		XVIII
1AA01	CICLOFOSFAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AA01	CICLOFOSFAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1AA02	CLORAMBUCILE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1AA03	MELFALAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1AA03	MELFALAN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AA06	IFOSFAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AB01	BUSULFANO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I
1AC01	TIOTEPANA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AD05	FOTEMUSTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1AX03	TEMOZOLOMIDE	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
1AX04	DACARBAZINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BA01	METOTREXATO SODICO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
1BA01	METOTREXATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
1BA01	METOTREXATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNRL							X

Indice ATC 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 aggiornamento	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
IBA04	PEMETREXED DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
IBB02	MERCAPTOPURINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
IBB03	TIOGUANINA	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
IBB04	CLADRIBINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	(H) ESTERO		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	RICHIESTA MOTIVATA DA PARTE DELLE UU.OO. DI EMATOLOGIA.		SI			II
IBB05	FLUDARABINA FOSFATO	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
IBB06	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
IBC07	NELARABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
IBC01	CITARABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IBC02	FLUOROURACILE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IBC05	GEMCITABINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IBC06	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
IBC07	AZACITIDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II/XVIII
IBC08	DECITABINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	RIC. OSPED/SPEC. ONCOL EMATOL			SI	REG. AIFA	TAB.5 F.U. XII	VII/XIX
IBC53	TEGAFUR/GIMERACIL/ OTERACIL	CAPSULE	A-PHT		RNRL				SI			X
IBC59	TRIFLURIDINA/TIPIRACIL	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RNRL							XVIII
ICA01	VINBLASTINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
ICA02	VINCRISTINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
ICA03	VINDESINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
CA04	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
CA05	VINFLUMINA BITARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO					REG. AIFA		II
CB01	ETOPOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
CB01	ETOPOSIDE	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
CB02	TENIPOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I

codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimborsa.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.
ICD01	PACITAXEL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
ICD01	PACITAXEL ALBUMINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		Indicata nel trattamento del tumore metastatico della mammella in pazienti adulti che hanno fallito il trattamento di prima linea per la malattia metastatica e per i quali la terapia standard, contenente antracilina, non è indicata					III
ICD01	PACITAXEL 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		VIII
ICD02	DOCETAXEL ANIDRO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
ICD04	CABAZITAXEL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
ICX01	TRABECTEDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
IDA01	DACTINOMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB01	DOXORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB01	DOXORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB02	DAUNORUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB03	EPIRUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB06	IDARUBICINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB06	IDARUBICINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
IDB07	MITOXANTRONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDB11	PIXANTRONE DIMALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO							XIX
IDC01	BLEOMICINA SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IDC03	MITOMICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IXA01	CISPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IXA02	CARBOPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IXA03	OXALIPLATINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
IXB01	PROCARBAZINA CLORIDRATO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
IXC02	RITUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV			REG. AIFA		I/VII/XVII
IXC02	RITUXIMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA SOLO PER FORMULAZIONE EV		SI	REG. AIFA		XVII/XVIII
IXC03	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. XI	I-VII
IXC03	TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE)	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: ONCOL			SI	REG. AIFA		XIX
IXC05	GEMTUZUMAB OZOGAMICIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO			centri prescrittori individuali	SI	REG. AIFA		XX
IXC06	CETUXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
IXC07	BEVACIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I/XIV
IXC08	PANITUMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI			I/XVI
IXC09	CATUMAXOMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II

codice ATC 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.
1XC10	OFATUMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II/XIV
1XC11	IPILIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		III
1XC12	BRENTIXIMAB VEDOTIN	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		V
1XC13	PERTUZUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		V
1XC14	TRASTUZUMAB/EMTANSINE	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
1XC15	OBINUTUZUMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI/XVII
1XC16	DINUTUXIMAB BETA	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XX
1XC17	NIVOLUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA (MELANOMA, RENE E POLMONE)		XII/XV/XIX
1XC18	PEMBROLIZUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA (MELANOMA E POLMONE)		XII/XVI
1XC19	BLINATUMOMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI
1XC21	RAMUCIRUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		X
1XC23	ELOTUZUMAB*	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVI
1XC24	DARATUMUMAB	INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVIII
1XC26	INOTUZUMAB OZOGAMICIN	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XIX
1XC27	OLARATUMAB	INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XVII
1XC32	ATEZOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H-OSP		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIX
1XC31	AVELUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		KNRL				SI	REG. AIFA		XIX
1XD03	METILAMINOLEVULINATO	CREMA	H		USPL - USO SPECIALISTICO							I
1XE01	IMATINIB MESILATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			I
1XE02	GEFITINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
1XE03	ERLOTINIB CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE04	SUNITINIB MALEATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE04	SUNITINIB MALEATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		X
1XE05	SORAFENIB TOSILATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE06	DASATINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE07	LAPATINIB DITOSILATO MONOIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE08	NILOTINIB CLORIDRATO	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
1XE09	TEMSIROLIMUS	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.tá	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
01XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			MANIPOLAZIONE DEL FARMACO IN AMBIENTE OSPEDALIERO	SI			XX
01XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PIANO TERAPEUTICO		SI	REG. AIFA		II
01XE10	EVEROLIMUS	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		PIANO TERAPEUTICO		SI	REG. AIFA		XVII
01XE11	PAZOPANIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		II
01XE12	VANDETANIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
01XE13	AFATINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
01XE14	BOSUTINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
01XE15	VEMURAFENIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
01XE16	CRIZOTINIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX/XVI/XVII
01XE17	AXITINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
01XE18	RUXOLITINIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI/XVII
01XE21	REGORAFENIB	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		SSL OPER. CARCINOMA METASTATICO DEL COLON RETTO.		SI	REG. AIFA		IX
01XE21	REGORAFENIB	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		TMACR. SMI/OMALI GASTROINTESTINALE (GIST). NUOVA INDICAZIONE: in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma hepato-cellulare (HCC) precedentemente trattati con sorafenib.		SI	REG. AIFA PER NUOVA INDIC.		IX/XIX
01XE23	DABRAFENIB (G.U. n. 245/14 e G.U. n. S/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.S FU. XII	VII/XV
01XE24	PONATINIB CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VII
01XE25	TRAMETINIB (G.U. n. 2/17)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.					REG. AIFA		XV
01XE27	IBRUTINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		Xi/XIV/XIX
01XE26	CABOZANTINIB	CAPSULE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.		(XX)-nuova indicazione per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma midollare tiroideo (MTC) in progressione, non resecabile, localmente avanzato o metastatico		SI	REG. AIFA		XVIII/XX
01XE28	CERITINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVII
01XE29	LENVATINIB	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI			XIII
01XE31	NINTEDANIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XII
01XE31	NINTEDANIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVI
01XE38	PALBECICLIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVII
01XE35	OSIMERTINIB	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XVII
01XE36	ALECTINIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA PER NSCLC ALK-positivo in stadio avanzato		XIX
01XE38	COBIMETINIB (G.U. 230 01/10/16)	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REG. AIFA		XIV
01XE39	M'DOSTAURINA	CAPSULA MOLLE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.				SI	REGISTRO AIFA PER INDICAZIONE LMA		XIX



codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
01XE42	RIBOCICLIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XIX
01XX05	IDROXICARBAMIDE	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
01XX11	ESTRAMUSTINA FOSFATO SODICO	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
01XX14	TRETINOINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
01XX17	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
01XX17	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
01XX19	IRINOTECAN CLORIDRATO TRIIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01XX23	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
01XX24	PIEGASPARGASI	SOLUZIONE PER INFUSIONE	NC		USO- OSPEDALIERO				SI	REGISTRO AIFA		XVII
01XX25	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
01XX32	BORTEZOMIB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		I
01XX35	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
01XX41	ERIBULINA MESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
01XX43	VISMODEGIB	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
01XX44	AFLIBERCEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI
01XX45	CARFILZOMIB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XIV/XVIII
01XX46	OLAPARIB (G.U. 96 26/04/16)	CAPSULE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XII
01XX47	IDEALISIB	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
01XX50	IXAZOMIB CITRATO	CAPSULE RIGIDE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XX

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.
01XX52	VENETOCLAX	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		XVII
01XX54	NIRAPARIB	COMPRESSE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA CARTACEO		XIX
01XY01	CITARABINA E DAUNORUBICINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP	FARMACO INNOVATIVO			SI	REG. AIFA		XX
02AB01	MEGESTROLO ACETATO	COMPRESSE	A	NOTA 28	RNR - NON RIPETIBILE							I
02AE01	BUSERELIN ACETATO	IMPIANTO	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE							I
02AE02	LEUPRORELINA ACETATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I/XVIII
02AE03	GOSERELIN ACETATO	IMPIANTO	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02AE04	TRIPTORELINA EMBONATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02AE04	TRIPTORELINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 51	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BA01	TAMOXIFENE CITRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BA03	FULVESTRANT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BB01	FLUTAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BB03	BICALUTAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BB04	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
02BB04	ENZALUTAMIDE	CAPSULE MOLLI	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (nuova indicazione-GU n.83 del 7/04/16)		XII
02BG03	ANASTROZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BG04	LETROZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
02BG05	EXEMESTAN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale			SI			I
02BX03	ABIRATERONE	COMPRESSE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE			Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici enti del SSR.	SI	REG. AIFA		III/XVII
03AA02	FILGRASTIM (INCLUSI BIOSIMILARI)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			SI DEMANDA ALLA 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 ALLA AZIENDE A NON PIÙ DINARIA MOLECOLA. NEL PTOR SOLO UN ESEMPIO NON VINCOLANTE PER RENDERE VISUALIZZABILE LA PRESENTE NOTA.				II
03AA13	PEGFILGRASTIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	RMP						I
03AA14	LIPEGFILGRATIM	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	IPF			SI			VI
03AB01	INTERFERONE ALFA N3	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					REG. AIFA		I
03AB03	INTERFERONE GAMMA 1B	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AB04	INTERFERONE ALFA 2A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
03AB05	INTERFERONE ALFA 2B	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRL - RIPETIBILE							I



Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
03AB07	INTERFERONE BETA 1A	PREPARAZIONE INIETTABILE	A	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE							I
03AB07	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
03AB08	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
03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I/XI
03AB13	PEGINTERFERONE BETA-1a	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	A	NOTA 65 PRESC. - DISP. DA CENTRI	RR - RIPETIBILE	PT			SI			IX
03AC01	ALDESLEUCHINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AX03	BCG - BACILLO DI CALMETTE E GUERIN	POLVERE PER SOSP. ENDOVESCALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03AX13	GLATIRAMER 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
03AX15	MIFAMURTIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
03AX16	PLERIXAFOR	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		II
04AA02	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
04AA06	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
04AA06	MICOFENOLATO MORETIL:	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
MAA10	SIROLIMUS	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I



Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
04AA18	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 MICROEMULSIONE E CORTICOSTEROIDI).					i
04AA23	NATALIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H	NOTA 65: PRESC. - DISP. DA CENTRI	OSP - USO OSPEDALIERO		IN MONOTERAPIA DISEASE-MODIFYING NELLA SCLEROSI MULTIPLEX RECIDIVANTE-REMITTENTE AD ELEVATA ATTIVITÀ-NONOSTANTE L'INTERFERONE-BETA O AD EVOLUZIONE RAPIDA. REGISTRO AIFA		SI	REG. AIFA		i
04AA24	ABATACEPT	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT-RMP	LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI	REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		III/XVII
04AA26	BELIMUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SCHEDA MONITORAGGIO AIFA, UNICAMENTE SU PRESCRIZIONE DEI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI		SI			III
04AA27	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 02/12/2010	SI	REG. AIFA		ii
04AA29	TOFACITINIB	COMPRESSE RIVESTITE	H		RNRL	SCHEDA CARTACEA AIFA			SI			XIX
04AA31	TERIFLUNOMIDE	ORALE	A	65	RR - RIPETIBILE				SI			VI
04AA32	APREMILAST	ORALE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA	RIMBORSABILE SOLO PER ARTRITE PSORIASICA					XV/XVII
04AA33	VEDOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENTRALE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (GU n.87 del 14/04/16)		XII
04AA34	ALEMKTUZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENTRALE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		IX
04AA36	OCRELIZUMAB	Concentrato per soluzione per infusione	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG.AIFA CARTACEO		XIX
04AA37	BARICITINIB	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	H		RNRL- NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT REGIONALE			SI			XVIII
04AA40	CLADBIRINA	COMPRESSE	A-PHT		RNRL- NON RIPETIBILE LIMITATIVA	PT CARTACEO IN G.U.			SI	PT CARTACEO IN G.U.		XX
04AB01	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
04AB01	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/XVII
04AB02	INFUXIMAB	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
04AB02	INFUXIMAB (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/XVII
04AB04	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 ALTRI INDICAZIONI PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI	REG. AIFA (SOLO PER "COLITE ULCEROSA IN PAZIENTI ADULTI" E "SPONDYLOARTROITE ASSIALE SENZA EVIDENZA RADIOGRAFICA DI SA")		I/VIII/XVII



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.
04AB04	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 speciali: oftalmologo, reumatologo, dermatologo, gastroenterologo, internista, pediatra.		SI			XIX
04AB04	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 "IDROSALENTE SUPPURATIVA")		XIV
04AB05	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
04AB05	CERTOLIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA (per spondiloartrite assiale senza evidenza radiografica di SA)		IX
04AB06	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
04AB06	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
04AB06	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
04AC01	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
04AC02	BASILIXIMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		NELLA PROFILASSI DEL INGETTO ACUTO IN PAZENTI ADULTI E PEDIATRICI (1-17 ANNI) SOTTOPOSTI A TRAPIANTO RENALE-ALLOGENICO DE NOVO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI FARMACI.					I
04AC05	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
04AC07	TOCILIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE ENDOVENA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	-	LINEE GUIDA ADOTTATE NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA		SI	REG. AIFA O REGISTRO REGIONALE (SE ATTIVO)		III
04AC07	TOCILIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		nuova indicazione: trattamento dell'arterite a cellule giganti (ACG) in pazienti adulti per farmaco già presente in pto farmaco con indicazione innovativa potenziale pt regionale biologid, monitorare dopo nota informativa aifa del 27/06/2019			REG.AIFA		IX/XX
04AC08	CANAKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RR - RIPETIBILE		REGISTRO AIFA PER MALATTIA INFAMMATORIA AD ESORDIO NEONATALE. NUOVA INDICAZIONE: FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMF) - SINDROME PERIODICA ASSOCIAATA AL RECETTORE DEL FATTORE DI NECROSIS TUMORALE (TRAPS) - SINDROME DA IPERIMMUNOGLOB. D (HIDS) INNOVAZIONE POTENZIALE		SI	REG. AIFA		II/XIX
04AC08	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



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. Edz.
04AC10	SECUKINUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA PER PSORIASI A PIAZZE (G.U. 133 09/06/16), PER LE INDICAZIONI ARTRITE PSORIASICA E Spondilite ANCHILOSANTE PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI			XII/XIV
04AC12	BRODALUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA CARTACEA AIFA IN ALLEGATO A GU			SI			XX
04AC13	IXEKIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE SOTTOCUTANEA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA PER PSORIASI A PIAZZE (G.U. 133 09/06/16), PER LE INDICAZIONI ARTRITE PSORIASICA E Spondilite ANCHILOSANTE PT REGIONALE (DECRETO ARS 45/2016)			SI			XVII
04AC14	SARILUMAB	SIRINGA/PENNA PRERIEMPITA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	PT CARTACEO IN GU		XIX
04AC16	GUSELKUMAB	SIRINGA/PENNA PRERIEMPITA	H		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA IN G. U.		Il clinico dovrà valutare l'efficacia del farmaco dopo 15 settimane d'impiego	SI			XX
04AD01	CICLOSPORINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD01	CICLOSPORINA	CAPSULE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE/ COMPRESSE A RILASCIO PROLUNGATO	A		RNR - NON RIPETIBILE							I/XII
04AX01	AZATIOPRINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
04AX02	TALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I
04AX04	LENALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		I/XIV/XVIII
04AX05	PIRFENIDONE	CAPSULE	H		RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		VI
04AX06	POMALIDOMIDE	CAPSULE	H		RNR - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		IX
04AX07	DIMETILFUMARATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A-PHT		RRL							XX
01AB01	INDOMETACINA	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE							I
01AB01	INDOMETACINA	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE							I
01AB05	DICLOFENAC SODICO	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE							I
01AB05	DICLOFENAC SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
01AB05	DICLOFENAC SODICO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE							I
01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE				SI			I
01AC01	PIROXICAM BÉTACICLODESTRINA	GRANULATO	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		LA SCELTA VERDE SUL PRINCIPIO ATTIVO PIROXICAM. IL PIROXICAM COMPARÈ COME FORMULAZIONE CON-BÉTACICLODESTRINA SIMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTO NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE					I
01AE01	IBUPROFENE	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE MO1AE					I
01AE02	NAPROXENE SODICO	CAPSULE	A	NOTA 66	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE MO1AE					I

codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.	
011AE03	KETOPROFENE SALE DI LISINA	CAPSULE	A	NOTA 55	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 2 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M01AE.					I	
011AE03	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	
01AX17	NIMESULIDE BETACICLODESTRINA	GRANULATO	A	NOTA 66	RNR - NON RIPETIBILE		LA SCELTA VERTE SUL PRINCIPIO ATTIVO NIMESULIDE. LA NIMESULIDE COMPARTE COME FORMULAZIONE CON BETACICLODESTRINA SEMPLICEMENTE IN QUANTO CONTENUTA NELLA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA REGIONALE.					I	
01CC01	PENICILLAMINA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I	
02AA15	DICLOFENAC SODICO	GEL	C		OTC - LIBERA VENDITA		Ogni azinda scelga non più di uno fans per uso topico.					I	
02AC	ESCINA/DEITILAMINA SALICILATO	GEL	C		SOP - NON RICHIESTA							I	
03AB01	SUXAMETONIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AC01	PANCURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AC03	VECURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AC04	ATRACURIO BESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AC09	ROCURONIO BROMURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AC10	MIVACURIO CLORURO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AC11	CISATRACURIO BESILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AX01	TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO A	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AX01	TOSSINA BOTULINICA DI CLOSTRIDIUM BOTULINUM TIPO B	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
103BX01	BACLOFENE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I	
103BX01	BACLOFENE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I	
103BX02	TIZANIDINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I	
103BX05	TIACOLCHICOSIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 MOLECOLE ALL'INTERNO DELLA CLASSE M03BX.					I	
103CA01	DANTROLENE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
104AA01	ALLOPLUMINOL	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I	
104AA03	FEBUXOSTAT	COMPRESSE RIVESTITE	A	91	RR - RIPETIBILE		AI SERVIZI FARMACEUTICI E' DEMANDATO IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI FEBUXOSTAT		SI			VII	
104AB05	LESINURATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							XVIII	
104AX	PIPERAZINA	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE							I	
0SBA02	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 RISORSE DISPONIBILI ED IL COSTO TERRITORIALE (UT). TRA LE FORME EV. SCEGLIERE 1-2 MOLECOLE TRA AC. CLODRONICO, AC. ALENDRONICO, AC. ZOLEDRONICO E AC. BISODRONICO IN BASE ALLE INDICAZIONI, LE EVIDENZE DISODONICHE, LE ESIGENZE LOCALI ED IL COSTO (IN). PTOR IN. SOLO ESEMPIO NON VINCOLANTE PER LA VISUALIZZARE LA PRESTANTE NOTA						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 erogazione da PTO	Monitoraggio aggiornato	Registro AIFA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
105BX04	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
105BX04	DENOSUMAB (G.U. 205 02.09.16)	PREPARAZIONE INIETTABILE	A-PHT		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI			XIV
109AB02	COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		REGISTRO AIFA PER L'INDICAZIONE "Intervento della contrattura di Dupuytren in pazienti adulti con torto polpole". LA PRESCRIZIONE ITA E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI		SI	REG. AIFA		III
109AX01	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
109AX03	ATALUREN*	ORALE	H		RNR- NON RIPETIBILE LIMITATIVA				SI			XVI
109AX07	NUSINERSEN	SOLUZIONE PER INFUSIONE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	MONITORAGGIO AIFA		XVII
01AB07	DESFFLURANO	GAS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01AB08	SEVOFLURANE	GAS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01AH01	FENTANIL CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
01AH02	ALFENTANILE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
01AH03	SUFENTANIL CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
01AH03	SUFENTANIL CITRATO	COMPRESSE SUBLINGUALI	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	XVII
01AH06	REMIFENTANIL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO						TAB. A L. 79/2014	I
01AX03	KETAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	IV
01AX10	PROPOFOL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01BB01	BUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01BB01	BUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	SPRAY	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
01BB02	LIDOCAINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE							VI
01BB03	MEPIVACAINA CLORIDRATO	CARTUCCIA	C		USPL - USO SPECIALISTICO							I
01BB03	MEPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01BB04	PRilocaina CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE 2%	C		OSP - USO OSPEDALIERO							III
01BB09	ROPIVACAINA CLORIDRATO MONOIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
01BB10	LEVOBUPIVACAINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01BB20	LIDOCAINA/PRilocaina	CREMA	C		RR - RIPETIBILE		LIMITATAMENTE AL PAZIENTE PEDIATRICO E/O IN CASI PARTICOLARI					I
01BB51	BUPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA BITARTRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01BB52	NEOMICINA/FLUOCINOLONE ACETONIDE/LIDOCAINA	GEL	C		RR - RIPETIBILE							I
01BB53	MEPIVACAINA CLORIDRATO/ADRENALINA	CARTUCCIA	C		USPL - USO SPECIALISTICO							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.
I01BX04	CAPSAICINA	CEROTTO	H		OSP - USO OSPEDALIERO	RMP	IMPIEGO LIMITATO AI PAZIENTI CON NEVRALGIA 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
I02AA01	MORFINA SOLFATO	FLA CONCINI OS	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	I
I02AA01	MORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN						TAB. A L. 79/2014	I
I02AA03	IDROMORFONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	I
I02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE		SI		TAB. D L. 79/2014	I
I02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
I02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
I02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
I02AA05	OXICODONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	XVIII
I02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
I02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE RP	A		RNR - NON RIPETIBILE						*** D MEDICINA 79/2014	VII
I02AA59	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	COMPRESSE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
I02AB02	PETIDINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO						TAB. A L. 79/2014	I
I02AB03	FENTANIL	CEROTTI	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
I02AB03	FENTANIL CITRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	I
I02AB03	FENTANIL CITRATO	SPRAY NASALE	A		RNR - NON RIPETIBILE				SI		TAB. D L. 79/2014	III
I02AE01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN						TAB. A L. 79/2014	I
I02AE01	BUPRENORFINA	CIROTTI	A		RNR - NON RIPETIBILE		LIMIT. A DOLORE MODER. O GRAVE				TAB. D L. 79/2014	I
I02AE01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		MMR/SSN - MOD. RICALCO/RIC. SSN						TAB. A L. 79/2014	I
I02AJ08	IBUPROFENE/CODEINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RNR - NON RIPETIBILE							XIX
I02AX02	TRAMADOL CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
I02AX02	TRAMADOL CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RNR - NON RIPETIBILE							I
I02AX06	TRAMENTADOL CLORIDRATO	COMPRESSE RILASCIATO MODIFICATO	A		RNR - NON RIPETIBILE						TAB. D L. 79/2014	VI
I02AX52	TRAMADOL CLORIDRATO/PARACETAMOLO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
I02BA01	LISINA ACETYL GALCILICATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
I02BA01	ACIDO ACETILSALCILICO	COMPRESSE/TAVOLET. MASTICABILI	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
I02BB02	METAMIZOLO SODICO (DIPIRONE MONOIDRATO)	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
I02BB02	METAMIZOLO SODICO (DIPIRONE MONOIDRATO)	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE							I
I02BE01	PARACETAMOLO	COMPRESSE	C		SOP - NON RICHIESTA							I
I02BE01	PARACETAMOLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
I02BE01	PARACETAMOLO	CIROOPPO	C		SOP - NON RICHIESTA							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.	
N02BE01	PARACETAMOLO	SUPPOSTE	C		SOP - NON RICHIESTA							I	
N02BE51	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	SUPPOSTE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI							I	
N02BG10	DELTA-9-THC/CANNABIDIOL	SPRAY ORALE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE da conservare per due anni		REGISTRO AIFA PER L'INDICAZIONE "SPASTICITA' DA MODERATA A GRAVE DA SCLEROSI MULTIPLE" LA PRESCRIVIBILITA' E' LIMITATA AI CENTRI REGIONALI AUTORIZZATI*, LE ALTRE INDICAZIONI AUTORIZZATE DALLA DGR 470 DEL 01/04/2008 (DOLORE NEUROPATICO E SPASTICITA' CRONICA NON CORRELATA A SM) DIVENTANO OFF-LABEL	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici 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	FENO BARBITAL SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI							TAB. C L. 79/2014	I
N03AA02	FENO BARBITAL	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/METILFENO BARBITAL	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI								I
N03AB52	FENITOINA/METILFENO BARBITAL/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
I03AF01	CARBAMAZEPINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AF02	OXCARBAZEPINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AF03	RUFINAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI				I
I03AG01	SODIO VALPROATO/ACIDO VALPROICO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AG01	SODIO VALPROATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO								I
I03AG01	SODIO VALPROATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AG01	SODIO VALPROATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AG01	SODIO VALPROATO/ACIDO VALPROICO	GRANULATO	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AG02	VALPROMIDE	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	A		RR - RIPETIBILE								I
I03AG04	VIGABATRIN	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE								I
03AX09	LAMOTRIGINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE								I
03AX10	FELBAMATO	COMPRESSE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE								I
03AX11	TOPIRAMATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE								I
03AX12	GABAPENTIN	CAPSULE	A	NOTA 4	RR - RIPETIBILE								I
03AX14	LEVETIRACETAM	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE								I
03AX14	LEVETIRACETAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO				SI				I
03AX18	LACOSAMIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI				SI				I
03AX18	LACOSAMIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI				SI				II
03AX21	RETIGABINA	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	PT	SCHEDA MONITORAGGIO AIFA. CONTINUITA' H-T		SI				III

codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimborsa- 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.
03AX22	PERAMPANEL	COMPRESSE	A-PHT		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	Piano Terapeutico Cartaceo (PT), in G.U. della durata di sei mesi, redatto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria						XX
03AX23	BRIVARACETAM	COMPRESSE	A-PHT		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI							XVIII
04AA02	BIPERIDENE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
04AA02	BIPERIDENE LATTATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
04AB02	ORFENADRINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
04BA02	LEVODOPA/BENSERAZIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPO NE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE				SI			I
04BA05	MELEVODOPA/CARBIDOPA IDRATO	COMPRESSE EFFERVESCENTI	A		RR - RIPETIBILE							VI
04BB01	AMANTADINA CLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
04BC04	ROPINIROLO CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
04BC05	PRAMIPEXOLE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
04BC06	CABERGOLINA	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
04BC07	APOMORFINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							I
04BC09	ROTIGOTINA	CEROTTI	A		RR - RIPETIBILE		COME VIA DI SOMMINISTRAZIONE ALTERNATIVA NEI PAZIENTI CON DIFFICOLTÀ DI DGLUTAZIONE O DA SOTTOPORRE AD INTERVENTI CHIRURGICI.		SI			I
04BD01	SELEGILINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							VI
04BX04	OPICAPONE	CAPSULA RIGIDA	A-PHT		RR - RIPETIBILE							XIX
05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AA02	LEVOMEPPROMAZINA MALEATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AA03	PROMAZINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AA03	PROMAZINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AB02	FLUFENAZINA DECANATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AB03	PERFENAZINA	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AB03	PERFENAZINA ENANTATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AD01	ALOPERIDOL DECANATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AD01	ALOPERIDOL	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AD01	ALOPERIDOL	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AE04	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AE05	LURASIDONE	COMPRESSE RIVESTITE CON FILM	A-PHT		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					XVIII
05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DICLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I
05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DECANATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSCOTICI ATIPICI.					I

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

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.
05AH01	LOXAPINA	POLVERE PER INALAZIONE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	PT	DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					XVII
05AH02	CLOZAPINA	COMPRESSE	A		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE	PT	DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AH03	OLANZAPINA	CPR ORODISPERSIB./SUBLING.1	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AH03	OLANZAPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AH03	OLANZAPINA PAMATO	PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIOS MODIFICATO	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE				SI			VI
05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AH05	ASENAPINA	COMPRESSE SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							IX
05AH06	CLOTIAPINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AH06	CLOTIAPINA	COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AL05	AMISULPRIDE	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AL07	LEVOSULPRIDE	COMPRESSE, GOCCE OS	C		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AL07	LEVOSULPRIDE	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AN01	LITIO CARBONATO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AX08	RISPERIDONE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE RIVESTITE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AX12	ARIPIPRAZOLE	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.		SI			I
05AX12	ARIPIPRAZOLE	COMPRESSE/SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI.					I
05AX12	ARIPIPRAZOLE	PREPARAZIONE INIETTABILE RILASCIOS PROLUNGATO	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE							VI
05AX13	PALPERIDONE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI. PRESCRIZIONE RISERVATA ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE OSPEDALIERE INDIVIDUATE DALLA REGIONE MARCHE E CON-REDAZIONE DEL PT COME PER ALTRI ANTIPLICOTICI ATIPICI CON LA POSSIBILITÀ DI RIVALUTAZIONE ENTRO UN ANNO.		SI		I	
05AX13	PALPERIDONE PALMITATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE		DOCUMENTO CRAT PER UN USO APPROPRIATO DEGLI ANTIPLICOTICI ATIPICI. PRESCRIZIONE RISERVATA ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE OSPEDALIERE INDIVIDUATE DALLA REGIONE MARCHE E CON-REDAZIONE DEL PT COME PER ALTRI ANTIPLICOTICI ATIPICI CON LA POSSIBILITÀ DI RIVALUTAZIONE ENTRO UN ANNO. NUOVA INDICAZIONE: E' indicato nel trattamento della schizofrenia negli adolescenti a partire da 15 anni.					iii/XVI/XIX
05AX15	CARIPRATINA CLORIDRATO	CAPSULA	A-PHT		RR-RIPETIBILE							XIX
05BA	DELORAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE						TAB. D L. 79/2014	I
05BA	DELORMAZEPAM	COMPRESSE/GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
05BA01	DAZERPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RNR - NON RIPET. DA CONSERVARE						TAB. D L. 79/2014	I
05BA01	DAZERPAM	CLISMA	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I

codice ATC 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
5BA01	DIAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BA06	LORAZEPAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BA06	LORAZEPAM	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. D L. 79/2014	I
5BA08	BROMAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BA12	ALPRAZOLAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5BB01	IDROXIZINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
5CD02	NITRAZEPAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5CD05	TRIAZOLAM	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5CD06	LORMETAZEPAM	GOCCE OS/LIQUIDO OS	C		RR - RIPETIBILE VALE 30 GIORNI						TAB. E L. 79/2014	I
5CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. D L. 79/2014	I
5CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	SOLUZIONE ORO-MUCOSALE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE						TAB. E L. 79/2014	VI
5CM16	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 FARMAKO. L ESEMPIO È DI UN PRODOTTO AD USO PEDIATRICO.					I
5CM16	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 FARMAKO.					I
5CM18	DEXMEDETOMIDINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							VIII
6AA04	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
6AA04	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
6AA09	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
6AB03	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
6AB04	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
6AB05	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
6AB06	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
6AB10	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
6AX03	MIANSERINA CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
6AX05	TRAZODONE CLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
SAX05	TRAZODONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

codice ATC 15° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimborsa	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
06AX11	MIRTAZAPINA	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	A		RR - RIPETIBILE							I
06AX11	MIRTAZAPINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
06AX12	BUPROPIONE CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
06AX16	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
06AX21	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
06AX26	VORTIOXETINA	COMPRESSE RIVESTITE, GOCCE	A		RR - RIPETIBILE					SI		XII
06BC01	CAFFEINA CITRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE E OS	C		OSP - USO OSPEDALIERO					SI		II
06BX13	IDEBENONE	COMPRESSE	A-PHT		RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIBILE					SI	REG. AIFA	XVIII
06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
06DA03	RIVASTIGMINA	CAPSULE	A	NOTA 85	RR - RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	Prescrizione ospedaliera ma uso territoriale						I
06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A	NOTA 85	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
07AA	FISOSTIGMINA SALICILATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
07AA01	NEOSTIGMINA METILSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
07AA02	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
07AX01	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
07BB	SODID OXIBATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	H		RNR - NON RIPET. CONSERVARE 2 ANNI						TAB. B L. 79/2014	I
07BB01	DISULFRAM	CPR EFFERVESCENTI/SOLUBILI	C		RR - RIPETIBILE							I
07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
07BC01	BUPRENORFINA CLORIDRATO	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	H		OSP - USO OSPEDALIERO						TAB. A L. 79/2014	I
07BC02	METADONE CLORIDRATO	SCIROPPO	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
07BC51	BUPRENORFINA/NALOXONE	CPR ORODISPERSIB./SUBLINGUALI	H		MMR - MOD. MINISTER. A RICALCO				SI		TAB. A L. 79/2014	I
07CA01	BETASTINA DICLORIDRATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
07XX02	MLUZOLO	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
07XX06	TETRABENAZINA	COMPRESSE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							VI

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
07XX07	AMINOPIRIDINA (FAMPRIDINA)	COMPRESSE	C		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE		Su prescrizioni di Centri Ospedalieri o specialista neurologo. Praticazione se test iniziale favorevole		SI			III
07XX09	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
01AB01	METRONIDAZOLO	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
01AX02	EMETINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
01AX06	ATOVAQUONE	SOSPENSIONE OS	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01BA02	IDROXICLOROCHINA SOLFATO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
01BB51	ATOVAQUONE/PROGUANILE CLORIDRATO	COMPRESSE RIVESTITE	C		RR - RIPETIBILE							I
01BC01	CHININA SOLFATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
01BC02	MEFLOCHINA CLORIDRATO	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
01CX01	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
02CA01	MEBENDAZOLO	SOSPENSIONE OS	A		RR - RIPETIBILE							I
02CA03	ALBENDAZOLO	COMPRESSE RIVESTITE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC04	PERMETRINA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
03AC54	BENZILE BENZOATO/PERMETRINA/BENZOCANA	CREMA	C		RR - RIPETIBILE							I
01AA07	XILOMETAZOLINA CLORIDRATO	GOCCE ORL	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN DECONGESTIONANTE NASALE ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROIA.					I
01AX06	MUPIROCINA CALCICA	POMATA	C		RR - RIPETIBILE							I
03AC02	SALBUTAMOLO SOLFATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC04	FENOTEROL BROMIDRATO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC12	SALMETEROLO XINAFOATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC13	FORMOTEROL FUMARATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE							I
03AC18	INDACATEROLO MALEATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR - RIPETIBILE				SI		II	
03AC19	OLODATEROLO	INALATORIA	A		RR - RIPETIBILE							XV
03AK	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
03AK06	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
03AK07	BUDESONIDE/FORMOTEROL 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 FORMOTEROL PIÙ STEROIDE.					I
03AK08	FORMOTEROL 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 FORMOTEROL PIÙ STEROIDE.					I/XV/XVIII
03AK10	FLUTICASONE FUMARATO+VILANTEROLO TRIFENATATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RR-RIPETIBILE				SI			VIII
03AK11	FLUTICASONE PROPIONATO/FORMOTEROL FUMARATO DIIDRATO	INALATORIA	A		RR-RIPETIBILE							XV

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

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.
03AL02	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
03AL03	UMECLIDINIO BROMURO/VILANTEROLIO TRIFENATATO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV
03AL04	INDACATEROLO -GLICOPIRRONIO BROMURO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT			SI			IX
03AL05	ACUDINIDIO BROMURO/FORMOTEROLIO FUMARATO DILDRATO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV
03AL06	TIOTROPIO + OLODATEROLO	INALATORIA	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XV/XVII
03AL08	FLUTICASONE FURATO/UMECLIDINIO/VILANTEROLIO TRIFENATATO	POLVERE PER INALAZIONE	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT						XX
03AL09	100 microgrammi di beclometasone dipropionato, 6 microgrammi di formoterolo fumarato dildrato e 10 microgrammi di glicopirronio (sotto forma di 12,5 microgrammi di glicopirronio bromuro)	Soluzione pressurizzata per inalazione (liquido pressurizzato per inalazione)	A		RRL	PT						XIX
03BA01	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
03BA01	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
03BA02	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
03BA02	BUDESONIDE	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1 TRA I DUE STEROIDI PER NEBULIZZAZIONE, IN SOLUZIONE O SOSPENSIONE.					I
03BA03	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
03BA05	FLUTICASONE PROPIONATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							I/XVII
03BA07	MOMETASONE FURATO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE							III
03BB01	IPRATROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
03BB02	OXITROPIO BROMURO	AEROSOL	A		RR - RIPETIBILE							I
03BB04	TIOTROPIO BROMURO	CAPSULE/SOLUZIONE PER INALAZIONE (RESPIMAT)	A		RR - RIPETIBILE		NUOVA INDICAZIONE SPECIFICA PER IL SOLO DEVICE RESPIMAT (SOL. PER INALAZIONE)					I/XVII
03BB05	ACUDINIDIO BROMURO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE				SI			III
03BB06	GLICOPIRRONIO BROMURO	VIA RESPIRATORIA	A		RR - RIPETIBILE				SI			III
03BB07	UMECLIDINIO	INALATORIA	A		RR - RIPETIBILE							XV
03CC02	SALBUTAMOLO SOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
03DA04	TEOFILLINA	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A		RR - RIPETIBILE							I
03DA04	TEOFILLINA ANIDRA	CAPSULE	A		RR - RIPETIBILE							I
03DA05	AMINOFILLINA	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
03DA05	AMINOFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I

codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	Classe di rimborsa	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.		
03DA11	DOXOFILLINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I		
03DA11	DOXOFILLINA	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I		
03DX05	OMALIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RRR-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA						I/X		
03DX07	ROFLUMILATS	ORALE	A		RRR - LIMITATIVA RIPETIBILE				SI	REG. AIFA		III		
03DX09	MEPOLIZUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRR - LIMITATIVA RIPETIBILE	PT AIFA			SI			XVI		
03DX10	BENRALIZUMAB	SOTTOCUTANEA	A-PHT		RRL	PT AIFA		LA PRESCRIZIONE E' LIMITATA AI SOLI CLINICI AFFERENTI AI SOPRACITATI CENTRI				XX		
0SCB01	ACETILCISTEINA	GRANULATO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXIOLO, SOBREROL)						I	
05CB01	ACETILCISTEINA	FIALE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROL)						i	
0SCB03	CARBOCISTEINA	SCIROPPO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROL)						i	
0SCB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	AEROSOL	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROL)						i	
0SCB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	GRANULATO	C		SOP - NON RICHIESTA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROL)						i	
1SCB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	SCIROPPO	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROL)						i	
5CB13	DESOSSIRIBONUCLEASI	AEROSOL	H		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI MASSIMO 1 PRODOTTO PER OGNI FORMA FARMACEUTICA DEL GRUPPO ROSCB INBASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE E IL COSTO (ACETILCISTEINA, BROMEXINA, CARBOCISTEINA, AMBROXOLO, SOBREROL)	Fornitura esclusiva in distribuzione diretta dai servizi farmaceutici del SSR. Nel caso di ATC ex OSP2 ora A-H solo per i medicinali specificati nell'allegato alla determina AIFA del 02/11/2010						i
5DA20	DIIDROCODEINA/ACIDO BENZOICO	SCIROPPO	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	
5DB27	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		
6AB02	DESCLORFENIRAMINA MALEATO	COMPRESSE GASTRORESISTENTI	C		OTC - LIBERA VENDITA		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE REGIA IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.						i	

## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
36AB04	CLOFENAMINA MALEATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROGA& IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
36AD02	PROMETAZINA CLORIDRATO	CONFETTI	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE							I
36AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO	COMPRESSE	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROGA& E ROGAX IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
36AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO	GOCCE OS/LIQUIDO OS	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROGA& E ROGAX IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
36AX13	LORATADINA	COMPRESSE	A	NOTA 89	RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UNA MOLECOLA ALL'INTERNO DELLA CLASSE ROGA& E ROGAX IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE, LE INDICAZIONI REGISTRATE ED IL COSTO.					I
07AA	AMBROXOLO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
07AA02	FRAZIONE FOSFOLIPIDICA DA POLMONE DI SUINO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
07AX02	IVACAFTOR	ORALE	A		RRRL - LIMITATIVA RIPETIBILE					SI	REG. AIFA	VIII
07AX30	IVACAFTOR/LUMACAFTOR	ORALE	A		RRRL - LIMITATIVA RIPETIBILE			DISTR. LIMITATA AI CENTRI INDIVIDUATI		SI	REG. AIFA	XVII
01AA11	GENTAMICINA SOLFATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA LA SCELTA ALLE AZIENDE 1-2 PRODOTTI TOPICI CON ANTIBIOTICO AMINOGlicosidico IN BASE ALLE INDICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA DISPONIBILE ED IL COSTO.					I
01AA12	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
01AA13	ACIDO FUSIDICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01AA23	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
01AA26	AZITROMICINA OLIORATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01AA27	CEFUXOMINA SODICA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							IV
01AA30	CILORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/TETRACICLINA	UNGUEUTO OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
01AA30	CILORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/ROLITETRACICLINA	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01AD03	ACICLOVIR	UNGUEUTO OFTALMICO	A		RR - RIPETIBILE							I
01AE01	OFLOXACINA	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN FLUOROCINNAMONICO LOCALE, NEL PTOR UN ESEMPIO NON VINCOLANTE AL FINE DI VISUALIZZARE LA PRESENTE NOTA.					I
01AX18	IODOPovidone	COLLIRIO	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01BA01	DESAMETASONE	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							II
01BA01	DESAMETASONE INTRAVITREALE	IMPIANTO INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO					SI		I
01BA01	DESAMETASONE INTRAVITREALE	IMPIANTO INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							X
01BA05	TRIACINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO (USO DIAGNOSTICO)							VIII
01BA05	TRIACINOLONE ACETONIDE	PREPARAZIONE INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO (USO TERAPEUTICO)							XII



Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di somministrazione	Classe di rimbors.à	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.
01BA15	FLUOCINOLONE ACETONIDE	IMPIANTO INTRAVITREALE	H		OSP - USO OSPEDALIERO	PT OSPEDALIERO AIFA						XVI
01BC03	DICLOFENAC SODICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01BC03	DICLOFENAC SODICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	UNGuento OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
01CA01	DESAMETASONE FOSFATO DISODICO/NETILMICINA SOLFATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01CA05	BETAMETASONE/CLORAMFENICOLO /ROLITETRACICLINA/COLISTIMETATO SODICO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01EA05	BRIMONIDINA TARTRATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE							I
01EB01	PILOCARPINA NITRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01EB01	PILOCARPINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01EB09	ACETILCOLINA CLORURO	FIALE + FIALE SOLVENTE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01EC01	ACETAZOLAMIDE	COMPRESSE	A		RR - RIPETIBILE							I
01EC03	DORZOLAMIDE CLORIDRATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE							I
01ED01	TIMOLOLO MALEATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (TIMOLOLO ED UN'ALTERNATIVA).					I
01ED51	DORZOLAMIDE CLORIDRATO/TIMOLOLO MALEATO	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE							I
01EE01	LATANOPROST	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI 1-2 PRODOTTI (LATANOPROST ED UN'ALTERNATIVA).					I
01EE05	TAFLUPROST	COLLIRIO	A		RR - RIPETIBILE 10 VOLTE IN 6 MESI	RMP	(PER PAZIENTI INTOLLERANTI A CONSERVANTI: BENZALCONIO CLORURO)					II
01EX02	DAPIPRAZOLO CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01FA01	ATROPININA SOLFATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01FA04	CICLOPENTOLATO CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01FA06	TROPICAMIDE	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01FA56	TROPICAMIDE/FENILEFRINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01FB01	FENILEFRINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE							I
01GA01	NAFAZOLINA NITRATO	COLLIRIO	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
01HA02	OXBUPROCAINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		RNR - NON RIPETIBILE							I
01HA07	LIDOCAINA CLORIDRATO	COLLIRIO	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I
01LA01	VERTEPORFINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE.					I
01LA03	PEGAPTANIB SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE		SI	REG. AIFA		I
01LA04	RANIBIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		LIMITATAMENTE AI CENTRI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO DELLE MACULOPATIE DEGENERATIVE		SI	REG. AIFA		I
01LA05	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		DSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VI/VIII/XIII/XV
01XA14	EPARINA SODICA	COLLIRIO	C		RR - RIPETIBILE		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L'EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRIO ED 1 GEL/POMATA TOPICO.					I
01XA20	CARBOMER	GEL OFTALMICO	C		OTC - LIBERA VENDITA							I
01XA20	XANTOPTERINA/RETINOLO/ROBOFLAVINA/ERGOCALCIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA	UNGuento OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I
01XA20	ACIDO IALURONICO SALE SODICO	COLLIRIO	C		OTC - LIBERA VENDITA		UN ESEMPIO NON VINCOLANTE. SI DEMANDA ALLE AZIENDE L'EVENTUALE SCELTA DI 1 COLLIRIO ED 1 GEL/POMATA TOPICO.					I



## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

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.	
01XA20	XANTOPTERINA/CLORAMFENICOLO/RETINOL/RIBOFLAVINA/ERGOCALIFEROLO/CALCIO PANTOTENATO/TOCOFEROLO ALFA	UNGuento OFTALMICO	C		RR - RIPETIBILE							I	
01XA22	OCTRIPLASMINA	INTRAVITREALE	H		OSP-USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		IX	
01XA24	CENEGERMIN	FLACONCINO/COLLIRIO	H		RNRL				SI	REG. AIFA		XVIII	
02CA05	FLUOCINOLONE ACETONIDE/NEOMICINA	GOCCE ORL	C		RR - RIPETIBILE		SI DEMANDA ALLE AZIENDE LA SCELTA DI UN PRODOTTO DELLA CLASSE 502A.					I	
01AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	COMPRESSE SUBLINGUALI	A		RRL-RICETTA LIMITATIVA RIPETIBILE							VIII	
03AB01	IPECACUANA	SCIROPPO	C		RR - RIPETIBILE							I	
03AB03	ACIDO EDETICO SALE DISODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I	
03AB04	PRALIDOXIMA METIOLSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I	
03AB06	SODIO TIOSOLFATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I	
03AB09	DIMERCAPROLO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AB14	PROTAMINA CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I	
03AB15	NALOXONE CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		SOP - NON RICHIESTA							I	
03AB17	METILTIONINIO CLORURO	FIALE	C		RR - RIPETIBILE							I	
03AB23	ACETILCISTEINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AB25	FLUMAZENIL	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I	
03AB32	GLUTATIONE SODICO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I	
03AB35	SUGAMMADEX	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		UNICAMENTE PER ANTAGONISMO IMMEDIATO DEL BLOCCO INIBITO DA RECURVINO A SEGUITO DELL'ATTIVAZIONE DI UN REGISTRO INTERNO AL BLOCCO OPERATORIO DEI PAZIENTI TRATTATI IN DATA 16.04.2012 PARERE FAVORABILE PER L'IMPIEGO IN ALCUNA CASISTICA SELEZIONATA (CHIRURGICHE)		SI				II
03AB37	DARUCIZUMAB	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO		RACCOMANDABILE CHE LE STRUTTURE SI DOTINO DEGLI APPOSITI TEST DI COAGULAZIONE					XVI	
03AC01	DEFEROXAMINA MESALATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I	
03AC02	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	
03AC03	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	
03AE01	SODIO POLISTIRENE SOLFONATO	SOSPENSIONE OS	A		RNL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I	
03AE02	SEVELAMER CLORIDRATO/CARBONATO	COMPRESSE/BUSTE	A		RR - RIPETIBILE							II	



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.
Y03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO	POLVERE ORALE	A		RR - RIPETIBILE	PT-RMP	IN ALTERNATIVA AL SEVELAMER IN PAZIENTI INTOLLERANTI O CON PROBLEMI DI COMPLIANCE.					VII
Y03AE05	OSSIDROSSIDO SUCROFERRICO	COMPRESA MASTICABILE	A		RRL	PT-RMP	PT REGIONALE , allegato al verbale CRAT n 21 del 26/09/2017		SI			XVII
Y03AF	CALCIO MEFOLINATO	COMPRESSE GASTORESISTENTI, PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
Y03AF01	MESNA	PREPARAZIONE INIETTABILE	A		RR - RIPETIBILE							I
Y03AF02	DEXRAZOXANO CLORIDRATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
Y03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
Y03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	COMPRESSE	C		RR - RIPETIBILE							I
Y03AF05	AMIFOSTINA	PREPARAZIONE INIETTABILE	H		OSP - USO OSPEDALIERO							I
Y03AF07	RASBURICASE	PREPARAZIONE INIETTABILE	C		RR - RIPETIBILE							I
Y03AH01	DIAZOSSIDO	CAPSULE	A		RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE							I
Y04CA02	GLUCOSIO (DESTROSIO) 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
Y04CD05	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
Y04CH02	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
Y04CJ01	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
Y04CX	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
Y04CX	METACOLINA CLORURO	FIALE + FIALE 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
Y04CX	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
Y04CX	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
Y04CX	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
Y04CX	VERDE INDOCIANINA	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
Y6DD	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 rimbors.tà	Nota AI/FA	Regime di fornitura	Modalità richiesta	Limitazione prescrivibilità da PTO	Limitazione canale di erogazioni da PTO	Monitoraggio aggiornato	Registro AI/FA	Tab FU	In PTOR da N. Ediz.
07AB	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
07AB	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
08AA01	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
08AB02	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
08AB04	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
08AB05	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
08AB07	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
08AB09	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
08AB10	OMEPROLO	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
08AB11	IDBITRIDOLO	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
08BA01	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
08BA01	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
08CA01	ACIDO GADOPEN TETICO 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
08CA02	ACIDO GADOTERICO/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
08CA04	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
08CA08	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
08CA09	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



## PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALE/TERRITORIO REGIONALE (PTOR)

Codice ATC al 5° livello	Denominazione del principio attivo	Vie di sommministrazione	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.
08DA05	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
10XX	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 NONVINCOLANTE AL FINE DI CONSENTIRE LA VISUALIZZAZIONE DELLA NOTA.					I
10XX03	RADIO-223RA-DICLORURO	ENDOVENTA	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		VIII
10XX04	LUTEZIO-177 OXODTREOTIDE	ENDOVENTA	H		OSP - USO OSPEDALIERO				SI	REG. AIFA		XX

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 PTOR" 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

