



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

Decreto n. 70 del 10.06.2013

Rif. lettera g)

Oggetto: **Spesa farmaceutica regionale : Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR)
II ^ AGGIORNAMENTO 2012**

PREMESSO che :

- a. con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;
- c. con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Achille Coppola ed il dott. Mario Morlacco sono stati nominati sub commissari con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29.04.2010, con riferimento, tra gli altri, a quello di cui alla lettera g) "razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata";
- d. a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22.02.2012 dal Sub Commissario Dott. Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23.03.2012, i compiti ad esso attribuiti sono stati assegnati al Sub Commissario Dott. Mario Morlacco;

VISTO che :

- a. la Legge 16 novembre 2001, n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347", recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 268 del 17 novembre 2001 all'art. 5 prevede che le regioni attuino iniziative finalizzate al contenimento dei tetti di spesa e quindi si dotino di strumenti finalizzati a tale scopo ;
- b. il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (che qui di seguito sarà denominato PTOR) è uno strumento dinamico di razionalizzazione dei consumi di farmaci oltre che diretto anche indiretto, perché la scelta ed il consumo di farmaci in strutture ospedaliere ha un'ampia influenza sia sulla spesa farmaceutica ospedaliera che sulla spesa farmaceutica territoriale regionale;
- c. nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013 della Campania approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22.03.2011, al punto 9.5.D è previsto il PTOR come strumento di ottimizzazione dell'appropriatezza delle prestazioni farmaceutiche;
- d. I Programmi Operativi 2013 – 2015 in prosieguo del Piano di Rientro (ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88) approvati con D.C. n. 153 del 28/12/2012.



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

CONSIDERATO che:

- a. il punto 1) delle Linee d'intervento operativo per l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN, allegato tecnico del decreto dirigenziale n. 15 del 27.02.07 relativo al Piano d'intervento per la spesa farmaceutica ospedaliera ex legge finanziaria 2007, punto l2 comma 796,
- b. la DGRC 1882 del 26 11 2008 relativa al Piano di rientro dal disavanzo sanitario di cui alla DGRC n. 460 del 20.03.2007 prevede che le Aziende Sanitarie, nel redigere il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale, dovranno inserire esclusivamente principi attivi presenti nel PTOR, e dovranno utilizzare, laddove possibile, farmaci che contengano principi attivi con brevetto scaduto
- c. tale orientamento, finalizzato al potenziamento del governo della spesa farmaceutica e dei controlli sull'appropriatezza, è stato confermato dal Commissario ad Acta che, con decreto n. 15 del 30.11.2009,
- d. la DGRC n. 665 del 08.10.2010 avente ad oggetto "PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE O P.T.O.R. 2009 – 2010. AGGIORNAMENTO E MODIFICA DELLA DGRC n. 348 del 15.03.2006 e s.m.i. " si è proceduto all'aggiornamento del PTOR;
- e. il Decreto Commissariale n. 56 del 07/06/2012 avente ad oggetto " Spesa farmaceutica regionale : Aggiornamento Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR)

RILEVATO che :

- a. dopo l'aggiornamento effettuato con DGRC n. 665 del 08.10.2010 e con il Decreto Commissariale n. 56 del 07/06/2012 è seguita l'immissione in commercio di nuovi principi attivi e prodotti farmaceutici di rilevata e comprovata efficacia;
- b. a seguito di tale immissione, sono pervenute le istanze di aggiornamento, modifica e integrazione con le modalità previste dal punto 4) dell'allegato tecnico della delibera DGRC n. 665/2010 ed agli atti del Settore Farmaceutico dell'AGC 20-Assistenza Sanitaria;
- c. il Settore Farmaceutico dell'AGC 20 ha avviato i lavori di aggiornamento del PTOR con il tavolo permanente di lavoro sul farmaco costituito ai sensi del Decreto Commissariale n. 92 del 31.12.2012;
- d. a conclusione dei lavori effettuati è stato prodotto un elaborato tecnico denominato " **P.T.O.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE AGGIORNAMENTO 2012**"
- e. tale elaborato costituirà il secondo aggiornamento 2012 del P.T.O.R. qui allegato e forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

DATO ATTO che :

- a. il PTOR è uno strumento tecnico ed organizzativo di riferimento necessario ed obbligatorio per tutte le strutture ospedaliere e territoriali della Regione Campania, nel quadro delle azioni di governo e contenimento della spesa farmaceutica previste dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013 della Campania approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22.03.2011, al punto 9.5.D dove si stabilisce che il PTOR è uno strumento di ottimizzazione dell'appropriatezza delle prestazioni farmaceutiche;
- b. è necessario di aggiornare ed integrare il P.T.O.R. vigente di cui alla DGRC n. 665 del 08.10.2010 e al Decreto Commissariale n. 56 del 07/06/2012 con il documento tecnico denominato " **P.T.O.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE AGGIORNAMENTO 2012**" qui allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

DECRETA

per le motivazioni in narrativa che qui di seguito si intendono richiamate:

1. che il rispetto del PTOR, quale strumento tecnico ed organizzativo di riferimento, è obbligatorio per tutte le strutture ospedaliere e territoriali della Regione Campania, nel quadro delle azioni di governo e contenimento della spesa farmaceutica previste dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013 della Campania approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22.03.2011, punto 9.5.D, dove si stabilisce che il PTOR è uno strumento di ottimizzazione dell'appropriatezza delle prestazioni farmaceutiche;
2. di aggiornare ed integrare il P.T.O.R. vigente di cui alla DGRC n. 665 del 08.10.2010 e il Decreto Commissariale n. 56 del 07/06/2012 con il documento tecnico denominato “ **P.T.O.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE AGGIORNAMENTO 2012**” qui allegato, che è parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di incaricare il Settore Farmaceutico della A.G.C. Assistenza Sanitaria per l'esecuzione del presente provvedimento;
4. di inviare al Gabinetto del Presidente della G.R., alla A.G.C. n. 019, al Settore Stampa e Documentazione per la pubblicazione sul BURC, nonché al webmaster per pubblicazione integrale sul sito della Regione Campania.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad Acta
Mario Morlacco

Il Coordinatore dell'Area 19
Dott. A. Postiglione

Il Coordinatore dell'Area 20
Dott. R. Pizzuti

Il Dirigente della AGC 19
Settore Programmazione Servizio 04
Dott. Luigi Riccio

Il Dirigente della AGC 20
Settore Farmaceutico Servizio 02
Dott.ssa L. Palmieri

Il Funzionario della AGC 20
Settore Farmaceutico Servizio 03
Dott. F. Fiorentino

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



*REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'*

**P.T.O.R.
PRONTUARIO TERAPEUTICO
OSPEDALIERO REGIONALE
II AGGIORNAMENTO 2012**

*A.G.C. 20 ASSISTENZA SANITARIA
SETTORE 04 FARMACEUTICO*

PREMESSA

Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale attualmente vigente e di piena applicazione è riferibile alla Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 665 del 08/10/2010 avente ad oggetto il “**PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE o P.T.O.R. 2009 - 2010- Aggiornamento e modifica della DGRC n. 348 del 15.03.2006 e s.m. e i.**”.

Il presente aggiornamento ne integra e modifica i contenuti sulla base delle richieste di inserimento di nuovi principi attivi ai sensi delle procedure di aggiornamento previste dal punto 4) dell'allegato tecnico della delibera stessa.

Ulteriori integrazioni e modifiche vanno fatte ai punti 3) e 4) all'allegato tecnico della DGRC 665/2010 .

Per il punto 3) di cui all'allegato tecnico della DGRC 665/2010 si stabilisce che le Direzioni generali delle aziende sanitarie della Campania dovranno integrare l'invio della copia del proprio Prontuario aziendale accompagnandola con una specifica nota in cui comunicano la trasmissione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale (in formato Excel) adottato sulla base del PTOR citando la deliberazione regionale di riferimento, gli eventuali aggiornamenti e la struttura o organismo aziendale che lo ha prodotto.

Per il punto 4) di cui all'allegato tecnico della DGRC 665/2010 si stabilisce che tutta la documentazione prevista va trasmessa a firma della Direzione generale della azienda sanitaria proponente.

Al fine di dare maggiore efficienza al sistema di comunicazione si stabilisce che la trasmissione di tutta la documentazione relativa ai due citati punti 3) e 4) va effettuata esclusivamente via mail all'indirizzo di posta certificata del Settore Farmaceutica regionale : agc20.sett04@pec.regione.campania.it.

Va tenuto presente altresì che a seguito di quanto è disposto dal Decreto Commissariale n. 56 del 07/06/2012 nel PTOR Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione Campania si intendono compresi i :

1. Farmaci per la continuità ospedale-territorio o del PHT
2. Farmaci innovativi
3. Farmaci relativi a malattie rare

LEGENDA**X GRUPPO ANATOMICO PRINCIPALE****X01 GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE**

X01A	Sottogruppo terapeutico		
X01AA	Sottogruppo terapeutico/chimico		<i>Note Limitative</i>
X01AA01	Sottogruppo chimico	via di somministrazione	Defined Daily Note Dose o DDD

Essendo il PTOR un elenco dei soli principi attivi farmacologici che le Aziende Sanitarie pubbliche della Campania possono utilizzare nei loro Prontuari Aziendali, le DDD e le forme farmaceutiche indicate sono semplicemente i riferimenti delle utilizzazioni più diffuse in terapia.

A APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO

Si introduce una nota per la continuità terapeutica delle insuline;
Il principio attivo del codice A10AC04 è aggiornato in Insulina lispro.

A10 FARMACI USATI NEL DIABETE

A10A	Insuline ed analoghi			
	<i>Nella necessità di garantire in regime di ricovero la continuità terapeutica, anche in osservanza dell.art. 11 ultimo capoverso della L.R. n. 9 del 22.07.2009 ed in osservanza del principio dell'appropriatezza terapeutica è fatto obbligo alle aziende ospedaliere ed ai presidi ospedalieri afferenti alle aziende sanitarie, di garantire il prosieguo della somministrazione ai degenti dell'insulina umana o degli analoghi già praticata con la limitazione nell'utilizzo delle penne preriempite nell'utilizzo interno agli ospedali con la sola eccezione di principi attivi disponibili solo in dispositivi come penne preriempite e non in flaconi</i>			
A10AB	Insuline ed analoghi, ad azione rapida	Ogni Azienda scelga due composti in questo gruppo.		
A10AB01	Insulina umana	p	40U	
A10AB04	Insulina lispro	p	40U	
A10AB05	Insulina aspart	p	40U	
A10AB06	Insulina glulisina	p	40U	
A10AC	Insuline ed analoghi, ad azione intermedia	Ogni Azienda scelga un composto in questo gruppo.		
A10AC01	Insulina umana isofano	p	40U	
A10AC04	Insulina lispro	p	40U	
A10AD	Insuline in associazione	<i>Nota: per le premiscelate: per motivi di opportunità e/o farmacoeconomici, ogni Azienda può utilizzare le insuline e/o gli analoghi premiscelati a seconda delle proprie necessità.</i>		
A10AE	Insuline ed analoghi, ad azione lenta	Ogni Azienda scelga un composto in questo gruppo.		
A10AE04	Insulina glargine	p	<i>Limitatamente alle condizioni previste dalla DGRC 3824/2003 e sue modifiche ed integrazioni</i>	
A10AE05	Insulina determin	p	<i>Limitatamente alle condizioni previste dalla DGRC 3824/2003 e sue modifiche ed integrazioni)</i>	
A10B	Ippoglicemizzanti orali	Ogni azienda scelga due principi attivi di tutta questa classe		
A10BA	Biguanidi			
A10BA02	Metformina	os	2 g	
A10BB	Sulfonamidi, derivati dell'urea			
A10BB01	Glibenclamide	os	7 mg	
A10BB12	Glimepiride	os	2 mg	
A10BD	Biguanidi e sulfonamidi in associazione			
A10BD02	Metformina + Glibenclamide	os		
A10BF	Inibitori dell'alfa-glucosidasi			
A10BF01	Acarbosio	os	300 mg	

A10BG	Tiazolidioni			
A10BG02	Rosiglitazone	os	6 mg	
A10BG03	Pioglitazone	os	30 mg	
A10BX	Altri ipoglicemizzanti orali			
A10BX02	Repaglinide	os	4 mg	

B SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI

Viene inserito il principio attivo Potassio aspartato codice ATC B05XA con relativa nota;
Viene inserito il principio attivo L-alanilglutamina codice ATC B05XB02 con relativa nota;
Viene inserito il principio attivo Icatibant codice ATC B06AC02 con relativa nota;

B05 SUCCEDANEI DEL PLASMA E SOLUZIONI PERFUSIONALI

B05X	Soluzioni endovena additive			
B05XA	Soluzioni elettrolitiche		<i>Ogni Azienda scelga in questo gruppo secondo le proprie necessità.</i>	
B05XA	potassio aspartato	p		<i>“ Da utilizzare secondo le raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio” del Ministero della Salute Rac. n. 1, Marzo 2008</i>
B05XA01	Potassio cloruro	p		
B05XA02	Sodio bicarbonato	p		
B05XA03	Sodio cloruro	p		
B05XA04	Ammonio cloruro	p		
B05XA05	Magnesio solfato	p		
B05XA06	Potassio fosfato acido + Dipotassio fosfato	p		
B05XA07	Calcio cloruro	p		
B05XA08	Sodio acetato	p		
B05XA11	Magnesio cloruro	p		
B05XA15	Potassio lattato	p		
B05XA16	Soluzioni cardioplegiche	p		
B05XA30	Associazioni di elettroliti	p		
B05XA49	Potassio acetato	p		
B05XA49	Sodio lattato	p		
B05XB	Aminoacidi			
B05XB02	L-alanilglutamina			<i>“da utilizzare solo nelle strutture abilitate all'allestimento di preparazioni per nutrizione parenterale”.</i>

B06 ALTRI AGENTI EMATOLOGICI

B06A	Altri agenti ematologici			
B06AA	Enzimi		<i>Ogni Azienda scelga un composto fra quelli riportati in questo gruppo.</i>	
B06AA11	Bromelaina	os		
B06AA49	Serrapeptasi	os		
B06AA49	Promelasi	os		
B06AA03	Ialuronidasi	p		

B06AB	Altri agenti ematologici			
B06AC	Farmaci usati nell'angioedema ereditario			
B06AC02	Icatibant	p	30 mg	" Da utilizzare ed erogare solo in struttura pubblica"

C SISTEMA CARDIOVASCOLARE

Viene inserito il principio attivo Tolvaptan codice ATC C03XA01 con relativa nota

Viene inserito il principio attivo Ezetemibe codice ATC C10AX09 con relativa nota

C03 DIURETICI

C03X	Altri Diuretici			
C03XA	Inibitori della Vasopressina			
C03XA01	Tolvaptan	os	30 mg	" Da utilizzare solo nel trattamento di pazienti adulti con iponatremia secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH) "

C10 SOSTANZE IPOLIPEMIZZANTI

C10A	Ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti			
C10AA	Inibitori della HMG CoA redattasi			<i>Ogni Azienda scelga due composti in questo gruppo v. Nota 13 e s.m.i.</i>
C10AA01	Simvastatina	os	15 mg	
C10AA03	Pravastatina	os	20 mg	
C10AA04	Fluvastatina	os	40 mg	
C10AA05	Atorvastatina	os	10 mg	
C10AA07	Rosuvastatina	os	10 mg	
C10AC	Sequestranti degli acidi biliari			
C10AC01	Colestiramina	os	14 g	
C10AX	Altri farmaci			<i>" Da utilizzare con le limitazioni previste dalla Nota AIFA 13 del 27/11/2012 pubblicata sulla GU Serie Generale n. 277 del 27/11/2012 ed eventuali norme regional e s.m.i."</i>
C10AX09	Ezetemibe	os	10 mg	

D DERMATOLOGICI

Viene inserito il principio attivo Alitretinoina codice ATC D11AX19 con relativa nota

D11 ALTRE PREPARAZIONI DERMATOLOGICHE

D11A	Altri dermatologici			
D11AX	Altri dermatologici			
D11AX19	Alitretinoina	os		<i>Su prescrizione di Centri Ospedalieri e Universitari di Dermatologia con Servizi di Dermatologia Allergologica secondo determina AIFA G.U. n.88 del 13.05.2010.individuati dalla regione</i>

G SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI

Viene inserito il principio attivo Tamsulosina codice ATC G04CA02

G04 UROLOGICI

G04B	Altri urologici, inclusi gli antispastici			
G04BD	Antispastici urinari	<i>Ogni Azienda scelga un solo composto per formulazione.</i>		
G04BD02	Flavoxato	os	0,8 g	
G04BD04	Oxibutinina	os	0,015 g	15 mg
G04BX49	Lidocaina cloridrato	cut		
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna			
G04CA	Antagonisti alfa-adrenergici			
G04CA02	Tamsulosina	os	0,4 mg	

L FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI**L01 CITOSTATICI**

L01A	Sostanze Alchilanti			
L01AA	Analoghi della mostarda azotata			
L01AA01	Ciclofosfamide	os		A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01AA01	Ciclofosfamide	p		H OSP
L01AA02	Clorambucile	os		A RNR- ricetta non ripetibile
L01AA03	Melfalan	os		A RNR- ricetta non ripetibile
L01AA03	Melfalan	p		H OSP
L01AA06	Ifosfamide	p		H OSP
L01AA09	Bendamustina	p		H OSP
L01AB	Alchilsulfonati			
L01AB01	Busulfano	os		A RNR- ricetta non ripetibile
L01AB01	Busulfano	p		H OSP
L01AC	Etilenimine			
L01AC01	Tiotepa	p		H OSP Farmaco estero
L01AD	Nitrosouree			

L01AD01	Carmustina	p	H OSP Farmaco estero
L01AD05	Fotemustina	p	H OSP
L01AX	Altre sostanze alchilanti		
L01AX03	Temozolomide	os	A RNRL - ricetta non ripetibile limitativa
L01AX04	Dacarbazina	p	H OSP Farmaco estero gratuito agli ospedali
L01B	Antimetaboliti		
L01BA	Analoghi dell'acido folico		
L01BA01	Metotrexato	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01BA01	Metotrexato	p	H OSP
L01BA03	Raltitrexed	p	H OSP
L01BA04	Pemetrexed	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: in associazione con cisplatino è indicato come prima linea di trattamento di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico ad eccezione dell'istologia a predominanza di cellule squamose. E' indicato in monoterapia nel trattamento di seconda linea di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico ad eccezione dell'istologia a predominanza di cellule squamose. E' possibile prescrivere il farmaco in associazione con Carboplatino nel caso in cui il paziente non possa ricevere Cisplatino.
L01BB	Analoghi della purina		
L01BB02	Mercaptopurina	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01BB03	Tioguanina	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01BB04	Cladribina	p	H OSP
L01BB05	Fludarabina	os	A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01BB05	Fludarabina	p	H OSP
L01BB06	Clofarabina	p	H OSP
L01BB07	Nelarabina	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: trattamento di pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta a cellule T (T-ALL) e da linfoma linfoblastico a cellule T (T-LBL) che non hanno risposto o hanno avuto recidive dopo trattamento con almeno due regimi di chemioterapia.
L01BC	Analoghi della pirimidina		

L01BC01	Citarabina	p	H OSP
L01BC01	Citarabina liposomiale	p	H OSP
L01BC02	Fluorouracile	p	H OSP
L01BC02	Fluorouracile	loc	A RNR- ricetta non ripetibile
L01BC05	Gemcitabina	p	H OSP
L01BC06	Capecitabina	os	A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01BC07	Azacitidina	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line Trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche con: 1) sindromi mielodisplastiche (SMD) a rischio intermedio-2 e alto secondo l'International Prognostic Scoring System (IPSS); 2) leucemia mielomonocitica cronica (LMMC) con il 10-29% di blasti midollari senza disordine mieloproliferativo; 3) leucemia mieloide acuta (LMA) con 20-30% di blasti e displasia multilineare. Cost Sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al 11% del prezzo delle confezioni di farmaco utilizzate fino al terzo ciclo di trattamento, è applicabile per ogni paziente eleggibile iscritto nel registro AIFA.
L01BC53	Tegafur + Uracile	os	A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01C	Alcaloidi da piante ed altri prodotti naturali		
L01CA	Alcaloidi della vinca ed analoghi		
L01CA01	Vinblastina	p	H OSP
L01CA02	Vincristina	p	H OSP
L01CA03	Vindesina	p	H OSP
L01CA04	Vinorelbina	os	A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01CA04	Vinorelbina	p	H OSP
L01CA05	Vinflunina	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule transizionali del tratto uroteliale avanzato o metastatico dopo fallimento di un precedente regime contenente platino. L'efficacia e la sicurezza di vinflunina non sono state studiate nei pazienti con Performance Status (PS) ≥ 2 . Payment by result: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica è previsto un rimborso, pari al prezzo del farmaco utilizzato nei primi

			due mesi di trattamento (max 3 cicli), in caso di fallimento terapeutico e interruzione definitiva della terapia, rilevati dal prescrittore entro o immediatamente dopo i primi due mesi assoluti di trattamento di un paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile. Eventuali sospensioni per fallimento terapeutico occorse nei mesi successivi non danno luogo a rimborso. Si considera fallimento terapeutico la progressione, o ricaduta di malattia, e/o un'eventuale tossicità ritenuta dal prescrittore intollerabile ai fini di una continuazione del trattamento.
L01CB	Derivati della podofillotossina		
L01CB01	Etoposide	p	H OSP
L01CB01	Etoposide	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01CD	Taxani		
L01CD01	Paclitaxel	p	H OSP
L01CD01	Paclitaxel albumina	p	H OSP
L01CD02	Docetaxel	p	H OSP
L01CD04	Cabazitaxel	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: in combinazione con prednisone o prednisolone è indicato per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma della prostata metastatico ormono-refrattario, trattati in precedenza con un regime contenente docetaxel.
L01CX	Altri alcaloidi derivati da piante e altri prodotti naturali		
L01CX01	Trabectedina	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: Trabectedina in associazione con doxorubicina liposomiale pegilata (PDL) e' indicato per il trattamento di pazienti con recidiva di cancro ovarico platino-sensibile. Risk sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al prezzo dei primi tre cicli di trattamento, è dovuto in caso di interruzione definitiva (paziente non-responder) della terapia per fallimento terapeutico rilevato dal prescrittore dopo il completamento del terzo ciclo, da ripianare con nota di accredito sulla base delle schede compilate per singolo paziente. Trabectedina è indicato nel trattamento dei pazienti con sarcoma dei tessuti molli in stato avanzato dopo il fallimento della terapia con antracicline e ifosfamide o

			che non sono idonei a ricevere tali agenti. I dati sull'efficacia si basano soprattutto su pazienti con liposarcoma e leiomiomasarcoma. Risk sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al prezzo dei primi due cicli di trattamento, è dovuto in caso di interruzione definitiva (paziente non-responder) della terapia per fallimento terapeutico rilevato dal prescrittore entro oppure immediatamente dopo il secondo ciclo, da ripianare con nota di accredito sulla base delle schede compilate per singolo paziente.
L01D	Antibiotici citotossici e sostanze correlate		
L01DA	Actinomicine		
L01DA01	Dactinomicina	p	H OSP
L01DB	Antracicline e sostanze correlate		
L01DB01	Doxorubicina liposomiale	p	H OSP
L01DB01	Doxorubicina	p	H OSP
L01DB02	Daunorubicina	p	H OSP
L01DB03	Epirubicina	p	H OSP
L01DB06	Idarubicina	p	H OSP
L01DB06	Idarubicina	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01DB07	Mitoxantrone	p	H OSP
L01DC	Altri antibiotici citotossici		
L01DC01	Bleomicina	p	H OSP
L01DC03	Mitomicina	p	H OSP
L01X	Altri antineoplastici		
L01XA	Composti del platino		
L01XA01	Cisplatino	p	H OSP
L01XA02	Carboplatino	p	H OSP
L01XA03	Oxaliplatino	p	H OSP
L01XB	Metilidrazine		
L01XB01	Procarbazina	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01XC	Anticorpi monoclonali		
L01XC02	Rituximab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line 1) indicazioni terapeutiche secondo Legge 648/96: linfomi non-Hodgkin a cellule B(CD20+), di qualunque

			istologia, in associazione con regimi vari di polichemioterapia (includenti farmaci quali antracicline, fludarabina, cisplatino, citarabina, etoposide, metotrexate) impiegati per il trattamento di prima linea o di salvataggio, inclusi i regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche; 2) indicazioni terapeutiche secondo AIC: linfoma non-Hodgkin (LNH). Rituximab è indicato per il trattamento di pazienti affetti da linfoma follicolare in III-IV stadio precedentemente non trattati, in associazione a chemioterapia. La terapia di mantenimento è indicata per pazienti con linfoma follicolare ricaduto/refrattario che rispondono a terapia di induzione con chemioterapia con o senza rituximab. In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti con linfoma follicolare in III-IV stadio che sono chemioresistenti o sono in seconda o successiva ricaduta dopo chemioterapia. E' indicato per il trattamento di pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, CD20 positivo, diffuso a grandi cellule B, in associazione a chemioterapia CHOP (ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina, prednisolone).
L01XC03	Trastuzumab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: Trastuzumab in associazione a capecitabina o 5-fluorouracile e cisplatino e' indicato nel trattamento di pazienti con adenocarcinoma metastatico dello stomaco o della giunzione gastroesofagea HER2-positivo, che non siano stati precedentemente sottoposti a trattamento antitumorale per la malattia metastatica. Trastuzumab deve essere somministrato soltanto a pazienti con carcinoma gastrico metastatico i cui tumori presentano iperespressione di HER2, definita come un risultato IHC2+ e confermata da un risultato SISH o FISH, o definita come un risultato IHC3+. Devono essere utilizzati metodi di determinazione accurati e convalidati. Risk sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al prezzo del farmaco utilizzato nei primi 2 mesi/3 cicli di trattamento, è dovuto in caso di fallimento terapeutico e interruzione definitiva della terapia, rilevati dal prescrittore entro o immediatamente dopo i primi 2 mesi/tre cicli assoluti di trattamento di un paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile.
L01XC04	Alemtuzumab	p	H OSP nota AIFA 13.8.2012
L01XC06	Cetuximab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line:

			1) trattamento di pazienti affetti da carcinoma metastatico del colon-retto con espressione del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) e con gene KRAS non mutato (wild-type) in combinazione con chemioterapia; 2) in monoterapia nei pazienti nei quali sia fallita la terapia a base di oxaliplatino e irinotecan e che siano intolleranti a irinotecan; 3) trattamento di pazienti affetti da carcinoma a cellule squamose di testa e collo in combinazione con chemioterapia a base di platino nella malattia ricorrente e/o metastatica. La CTS dell'AIFA considera non determinante la valutazione dell'espressione dell'EGFR per l'eleggibilità dei pazienti affetti da carcinoma del colon-retto in trattamento con Cetuximab e Panitumumab. Risk sharing: indicazione carcinoma metastatico colon-retto. In base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al 50% delle confezioni di farmaco utilizzate nei primi due mesi di trattamento, è dovuto in caso di interruzione definitiva della terapia per fallimento terapeutico (paziente non-responder) rilevato dal prescrittore durante o immediatamente dopo i primi due mesi di trattamento di un paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile. Procedura di rimborso di cetuximab per l'indicazione carcinoma a cellule squamose di testa e collo: Payment by Result, pari al 100% per pazienti non-responders con al massimo 45 giorni di trattamento (6 settimane fra 1° e ultima richiesta farmaco); fine trattamento entro 30 giorni da ultima richiesta farmaco.
L01XC07	Bevacizumab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: Bevacizumab in combinazione con chemioterapia a base di fluoropirimidine e' indicato per il trattamento di pazienti con carcinoma metastatico del colon e del retto. In aggiunta a chemioterapia a base di platino, è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule, non resecabile, avanzato, metastatico o in ricaduta, con istologia a predominanza non squamocellulare. In combinazione con paclitaxel è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti con carcinoma mammario metastatico. In combinazione con interferone alfa-2a è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti con carcinoma renale avanzato e/o metastatico. Cost Sharing/Pay-Back: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, si applica uno

			schema di rimborso basato su una fase iniziale pari al 50% per le prime 6 settimane di trattamento e una fase successiva di ripiano annuale (pay-back) per tutte le dosi somministrate eccedenti la quota di 11.000 mg nell'arco di ciascun anno di trattamento.
L01XC08	Panitumumab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: in monoterapia per il trattamento di pazienti con carcinoma coloretale metastatico (mCRC) esprimenti il recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) dopo fallimento di regimi chemioterapici contenenti fluoropirimidine, oxaliplatino e irinotecan, nel caso in cui i tumori presentino il gene KRAS (Kristen sarcoma 2 viral oncogene homologue) non mutato (wild-type). La CTS dell'AIFA considera non determinante la valutazione dell'espressione dell'EGFR per l'eleggibilità dei pazienti affetti da carcinoma del colon-retto in trattamento con Cetuximab e Panitumumab. Risk sharing al 50% per pazienti in progressione entro due mesi dalla prima richiesta farmaco, in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica; non devono essere superati i 2640mg totali e la scheda di fine trattamento deve essere inserita entro un mese dalla data dell'ultima richiesta.
L01XC09	Catumaxomab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: trattamento intraperitoneale dell'ascite maligna nei pazienti con carcinomi EpCAM-positivi quando una terapia standard non sia disponibile o non sia più attuabile Risk sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso a carico dell'azienda è pari al 50% delle confezioni erogate per ogni paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile.
L01XC10	Ofatumumab	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: trattamento della leucemia linfatica cronica (LLC) nei pazienti refrattari a fludarabina e alemtuzumab. Cost Sharing pari al 50% dell'intera terapia (12 infusioni) per tutti i pazienti, è applicabile per ogni paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile. Nel caso di dispensazione di un numero di infusioni inferiore a 12, ovvero di non completamento della terapia, il rimborso pari al 50% sarà dovuto in relazione alle confezioni effettivamente dispensate.

L01XD	Sensibilizzanti usati in terapia fotodinamica e radiazioni		
L01XD03	Metilaminolevulinato	loc	H OSP
L01XE	Inibitori della proteina chinasi		
L01XE01	Imatinib	os	A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01XE02	Gefitinib	os	H RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione attivante l'EGFR-TK. Risk Sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al prezzo dei primi 3 mesi di trattamento, è dovuto in caso di interruzione definitiva della terapia per fallimento terapeutico (progressione della malattia o tossicità) rilevato dal prescrittore durante o immediatamente dopo il terzo mese assoluto di trattamento di un paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile.
L01XE03	Erlotinib	os	H RNRL - ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: trattamento di pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico, dopo fallimento di almeno un precedente regime chemioterapico. Payment by result con fine trattamento entro i 30 gg dall'ultima richiesta.
L01XE04	Sunitinib	os	H RNRL - ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: trattamento del carcinoma renale avanzato e/o metastatico (MRCC). Risk/cost sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso pari al prezzo di una confezione di farmaco utilizzato nell'ambito dei primi 3 mesi assoluti di trattamento, è applicabile per ogni paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile.
L01XE05	Sorafenib	os	H RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line:

			indicazione carcinoma a cellule renali. Cost Sharing sconto in merce del 50% per il SSN, per i primi 3 mesi-3 cicli di trattamento. Per questa indicazione terapeutica è prevista la procedura telematica specifica, da utilizzare esclusivamente per trattamenti di pazienti iscritti per la prima volta nel Registro, a partire dal 2 Agosto 2011; per i pazienti con una data di registrazione all'interno del registro anteriore a tale data, la richiesta di rimborso dovrà essere effettuata esclusivamente mediante la procedura manuale. Monitoraggio AIFA on line: indicazione trattamento dell'epatocarcinoma- HCC. Payment by Results : intero prezzo del farmaco per i primi 2 mesi di trattamento, in seguito rimborso del costo con nota di credito per i pazienti non-responders. La data del fine trattamento deve essere entro 60 gg dalla data della prima richiesta farmaco. La data del fine trattamento deve essere entro 21 gg dalla data dell'ultima richiesta farmaco. Massimo 2 confezioni.
L01XE06	Dasatinib	os	H RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line Trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), in fase cronica, accelerata o in fase blastica con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib mesilato. Trattamento di adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta (LLA) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) ed LMC in fase blastica linfoide con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia. Leucemia Mieloide Cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) in fase cronica, di nuova diagnosi. Cost Sharing: la procedura è valida per tutte le indicazioni terapeutiche, compresa la nuova indicazione "Leucemia Mieloide Cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) in fase cronica, di nuova diagnosi". Il rimborso, pari al 50% del prezzo delle confezioni di farmaco utilizzate nell'ambito dei primi 3 mesi/3cicli di trattamento, è applicabile per ogni paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile
L01XE07	Lapatinib	os	H RNRL - ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: trattamento di pazienti affetti da carcinoma mammario, il cui tumore sovraesprime l'HER2 (ErB2); in associazione con capecitabina, nei pazienti con malattia avanzata o metastatica in progressione dopo che i pazienti abbiano ricevuto un trattamento che deve aver incluso antracicline e taxani ed una terapia con trastuzumab per

			malattia metastatica. Si somministra in associazione con un inibitore dell'aromatasi, nelle donne in post-menopausa con malattia metastatica positiva per il recettore ormonale, per le quali al momento non e' indicata la chemioterapia. Le pazienti nello studio registrativo non erano state trattate in precedenza con trastuzumab o con un inibitore dell'aromatasi. Payment by result: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica il rimborso, pari al prezzo del farmaco utilizzato, è dovuto in caso di fallimento terapeutico e interruzione definitiva della terapia di un paziente eleggibile, rilevati dal Centro prescrittore entro i primi tre cicli di trattamento (o immediatamente dopo, entro 30 giorni). Di conseguenza, può essere rimborsato un massimo di sei confezioni per un dosaggio totale non superiore a 105000 mg.
L01XE08	Nilotinib	os	H RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line Cost Sharing: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica per l' indicazione "Leucemia Mieloide Cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) in fase cronica, di nuova diagnosi", il rimborso pari al 50% del prezzo delle confezioni di farmaco utilizzate nell'ambito dei primi 3 mesi/3cicli di trattamento, è applicabile per ogni paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile. Per l'indicazione terapeutica: "trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica ed in fase accelerata con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib", la richiesta di rimborso seguirà la procedura di Payment by Result.
L01XE09	Temsirolimus	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: trattamento di prima linea in pazienti con carcinoma avanzato a cellule renali, che presentino almeno tre dei sei fattori di rischio prognostici. Temsirolimus è' indicato nel trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari refrattario e/o recidivante (MCL). Payment by result: in base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso (max 8 confezioni, pari a 200mg) del prezzo del farmaco utilizzato nelle prime 8 settimane di trattamento è dovuto in caso di fallimento terapeutico e interruzione definitiva della terapia, rilevati dal prescrittore entro o immediatamente dopo le prime 8 settimane assolute di trattamento di un paziente iscritto nel Registro e risultato

			eleggibile.
L01XE10	Everolimus	os	H RNRL - ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: trattamento di pazienti con carcinoma renale avanzato, che hanno presentato progressione durante o dopo trattamento con terapia mirata anti-VEGF. Risk Sharing pari al prezzo dei primi 3 mesi di trattamento, è dovuto in caso di interruzione definitiva della terapia per fallimento terapeutico (progressione della malattia o tossicità) rilevato dal prescrittore durante o immediatamente dopo il terzo ciclo assoluto di trattamento (3 mesi) di un paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile. Eventuali sospensioni per fallimento terapeutico occorse nei cicli successivi al primo non danno luogo a rimborso. Indicato per il trattamento di tumori neuroendocrini di origine pancreatica, bene o moderatamente differenziati, non operabili o metastatici, in progressione di malattia, negli adulti. Payment by result secondo le condizioni negoziali.
L01XE11	Pazopanib	os	H RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: trattamento di prima linea del carcinoma renale (RCC) avanzato e nei pazienti che hanno ricevuto in precedenza una terapia a base di citochine per malattia avanzata. Il rimborso, pari al prezzo del farmaco utilizzato nelle prime 24 settimane di trattamento (max 134000 mg), è dovuto in caso di fallimento terapeutico e interruzione definitiva della terapia, rilevati dal prescrittore entro o immediatamente dopo le prime 24 settimane di terapia.
L01XX	Altri antineoplastici		
L01XX02	Asparaginasi	p	H OSP Farmaco estero
L01XX05	Idrossicarbamide	os	A RNR- ricetta non ripetibile
L01XX08	Pentostatina	p	H OSP
L01XX14	Tretinoina	os	A PHT RNR – ricetta non ripetibile
L01XX17	Topotecan	os	A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L01XX17	Topotecan	p	H OSP
L01XX19	Irinotecan	p	H OSP
L01XX27	Arsenico triossido	p	H OSP
L01XX32	Bortezomib	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: in associazione con melfalan e prednisone è indicato per il trattamento di pazienti con mieloma multiplo

			precedentemente non trattato, non candidabili a chemioterapia ad alte dosi con trapianto di midollo osseo. E' indicato per il trattamento in monoterapia del mieloma multiplo in progressione in pazienti che abbiano già ricevuto almeno una precedente linea di trattamento e che siano già stati sottoposti o non siano candidabili a trapianto di midollo osseo. In associazione con desametasone è indicato per il trattamento dei pazienti affetti da mieloma multiplo refrattario/recidivato (secondo Legge 648/96). Utilizzo in prima linea dell' Amiloidosi. Cost Sharing al 50% del prezzo delle confezioni di farmaco utilizzate nell'ambito del primo ciclo di trattamento (6 settimane + 15 giorni = 60 giorni). Vanno a rimborso, sempre nell'ambito dei 60 giorni di trattamento dalla prima richiesta farmaco, massimo 8 richieste farmaco e massimo 28 mg dispensati.
L01XX35	Anagrelide	os	A PHT RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Ai fini dell'impiego del medicinale, per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia, l'unita' operativa ospedaliera compila la scheda di rilevazione dati, parte integrante della determinazione Cn. 93/2006 del 9 maggio 2006; la scheda deve essere inviata al Servizio di farmacia che la trasmette trimestralmente all'Agenzia Italiana del Farmaco.
L01XX41	Eribulina	p	H OSP Monitoraggio AIFA on line: in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti con cancro della mammella localmente avanzato o metastatico, che hanno mostrato una progressione dopo almeno due regimi chemioterapici per malattia avanzata. La terapia precedente deve avere previsto l'impiego di un'antraciclina e di un taxano, a meno che i pazienti non siano idonei a ricevere questi trattamenti. Payment by result: il rimborso, pari al 100% delle confezioni erogate nei primi 3 mesi (4 cicli) di trattamento, è dovuto in caso di interruzione definitiva della terapia per fallimento terapeutico (progressione della malattia o tossicità) rilevato dal prescrittore durante o immediatamente dopo il quarto ciclo assoluto di trattamento (3 mesi) di un paziente iscritto nel Registro e risultato eleggibile.

L02 TERAPIA ENDOCRINA

L02A	Ormoni e sostanze correlate			
L02AB	Progestinici			
L02AB01	Megestrol	os		A nota 28 RNR- ricetta non ripetibile
L02AB02	Medrossiprogesterone	os p		A nota 28 RNR- ricetta non ripetibile
L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine			
L02AE01	Buserelina	p		A PHT nota 51 RR- ricetta ripetibile
L02AE02	Leuprorelina	p		A PHT nota 51 RR- ricetta ripetibile
L02AE03	Goserelin	p		A PHT nota 51 RNR- ricetta non ripetibile
L02AE04	Triptorelina 0,1 MG	p		C RR- ricetta ripetibile
L02AE04	Triptorelina	p		A PHT nota 51 RR- ricetta ripetibile
L02B	Antagonisti ormonali e sostanze correlate			
L02BA	Antiestrogeni			
L02BA01	Tamoxifene	os		A RR- ricetta ripetibile
L02BA02	Toremifene	os		A RR- ricetta ripetibile
L02BA03	Fulvestrant	p		A RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L02BB	Antiandrogeni			
L02BB01	Flutamide	os		A RR- ricetta ripetibile
L02BB03	Bicalutamide	os		A PHT RR- ricetta ripetibile
L02BG	Inibitori enzimatici			
L02BG03	Anastrozolo	os		A RR- ricetta ripetibile
L02BG04	Letrozolo	os		A RR- ricetta ripetibile
L02BX02	Degarelix	p		A RR- ricetta ripetibile

L03 IMMUNOSTIMOLANTI

L03A	Immunostimolanti			
L03AA	Fattori di stimolazione delle colonie			
L03AA02	Filgrastim	p		A PHT/PT AIFA , nota AIFA ex30 RRL- ricetta ripetibile limitativa
L03AA10	Lenograstim	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex30 RRL- ricetta

				ripetibile limitativa
L03AA13	Pegfilgrastim	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex30 RRL - ricetta ripetibile limitativa
L03AB	Interferoni			
L03AB01	Interferone alfa naturale leucocitario	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex32 RRL- ricetta ripetibile limitativa
L03AB04	Interferone alfa-2a	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex32 RRL- ricetta ripetibile limitativa
L03AB05	Interferone alfa-2b	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex32 RR- ricetta ripetibile Erogato anche ai sensi della Legge L. 648/96 per la seguente indicazione: micosi fungoide (G. U. 14.04.2003 n.87)
L03AB07	Interferone beta-1a	p		A nota AIFA 65 RR- ricetta ripetibile
L03AB08	Interferone beta-1b	p		A nota AIFA 65 RR- ricetta ripetibile
L03AB09	Interferone alfacon-1	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex32 RR- ricetta ripetibile
L03AB10	Peginterferon alfa-2b	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex32 RR- ricetta ripetibile
L03AB11	Peginterferon alfa-2a	p		A PHT/PT AIFA, nota AIFA ex32 RR- ricetta ripetibile
L03AC	Interleuchine			
L03AC01	Aldesleuchina (interleukina-2)	p		H OSP
L03AX	Altri immunostimolanti			
L03AX	Timosina alfa-1	p		C RR- ricetta ripetibile
L03AX03	Vaccino BCG	vesc		H OSP
L03AX13	Glatiramer	p		A nota AIFA 65 RR -ricetta ripetibile
L03AX16	Plerixafor	p		H OSP Monitoraggio AIFA on line: Plerixafor è indicato in combinazione con G-CSF per incrementare la mobilitazione delle cellule staminali ematopoietiche al sangue periferico per la raccolta e il conseguente trapianto autologo in pazienti con linfoma e mieloma multiplo con una scarsa mobilitazione cellulare. In base agli accordi negoziali intercorsi con l'Azienda Farmaceutica, il rimborso, pari ad un pay-back a carico dell'azienda per l'intera terapia, è dovuto in caso di fallimento terapeutico. Si considera fallimento terapeutico l'interruzione della terapia per il mancato conseguimento dei parametri di efficacia, di seguito riportati.

L04 IMMUNOSOPPRESSORI

L04A	Immunosoppressori			
L04AA	Immunosoppressori selettivi			
L04AA04	Immunoglobulina antitimocitaria (di coniglio)	p		H OSP
L04AA06	Micofenolato mofetile	os		A PHT RNRL- ricetta non ripetibile limitativa Erogato ai sensi della Legge L. 648/96 per la seguente indicazione: malattia "trapianto verso ospite", acuta e cronica, resistente o intollerante trattamento 1° e 2° linea , dopo trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche (G. U. 19.09.2000 n. 219).
L04AA06	Micofenolato sodico	os		A PHT RNRL- ricetta non ripetibile limitativa
L04AA10	Sirolimus	os		A PHT/PT RR ricetta ripetibile
L04AA13	Leflunomide 20 mg; Leflunomine 100 mg	os		A PHT/PT RR ricetta ripetibile
L04AA13	Leflunomide 10 mg	os		C RR – ricetta ripetibile
L04AA18	Everolimus	os		A PHT/PT RNR- ricetta non ripetibile
L04AA23	Natalizumab	p		H OSP RRL- ricetta ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: secondo RCP Natalizumab è utilizzato in monoterapia <i>disease-modifying</i> nella sclerosi multipla recidivante-remittente ad elevata attività nei seguenti gruppi di pazienti: • pazienti adulti di età pari o superiore ai 18 anni con un'elevata attività della malattia nonostante la terapia con interferone-beta. Tali pazienti sono definiti come pazienti che hanno fallito nella risposta ad un ciclo terapeutico completo ed adeguato (di solito, almeno un anno di trattamento) con un interferone beta. I pazienti devono avere avuto almeno 1 recidiva nell'anno precedente mentre erano in terapia e devono presentare almeno 9 lesioni iperintense in T2 alla risonanza magnetica (RM) cerebrale o almeno 1 lesione captante Gadolinio. Un paziente <i>non-responder</i> può anche essere definito come un paziente che presenta, rispetto all'anno precedente, un tasso di recidive invariato o aumentato o che presenta recidive gravi oppure • pazienti adulti di età pari o superiore ai 18 anni con sclerosi multipla recidivante remittente grave ad evoluzione rapida, definita da due o più recidive disabilitanti in un anno e con 1 o più lesioni captanti

				Gadolinio alla RM cerebrale o un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM effettuata di recente. Monitoraggio AIFA on line anche per la Legge 648/96: è ammesso l'utilizzo del Glatiramer Acetato come trattamento di prima linea prima di passare a natalizumab, per i pazienti che rientrano nelle caratteristiche dei gruppi A o B del Registro natalizumab. E' ammesso l'utilizzo del Natalizumab negli adolescenti di età compresa fra i 12 ed i 18 anni che rientrano nelle caratteristiche del gruppo B del Registro Natalizumab.
L04AA24	Abatacept	p		H RRL- ricetta ripetibile limitativa
L04AA25	Eculizumab	p		H OSP RRL- ricetta ripetibile limitativa Medicinale incluso nella rete nazionale dei farmaci orfani. Monitoraggio AIFA on line: trattamento di pazienti affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN). Le prove del beneficio clinico di Eculizumab nel trattamento dei pazienti affetti da EPN sono limitate ai soggetti con storia precedente di trasfusioni. Monitoraggio AIFA on line anche per la Legge 648/96: Eculizumab è indicato nel trattamento dell'emolisi intravascolare dei pazienti con emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che non abbiano effettuato precedenti trasfusioni. Determina AIFA 7 giugno 2011: Terapia della Sindrome Emolitica Uremica (SEU) atipica.
L04AA27	Fingolimod	p		A PHT nota AIFA 65 RRL- ricetta ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: sclerosi multipla
L04AB	Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)			
L04AB01	Etanercept	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa
L04AB02	Infliximab	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA intensivo Erogato ai sensi della Legge L. 648/96 per la seguente indicazione: trattamento di pazienti con uveite severa refrattaria correlata ad Artrite Idiopatica Giovanile (G. U. 07.02.2007 n.31 ; Rettifica G.U. 19.04.2007 n. 91)
L04AB04	Adalimumab	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa.

				Erogato ai sensi della Legge L. 648/96 per la seguente indicazione: trattamento di pazienti con uveite severa refrattaria correlata ad Artrite Idiopatica Giovanile, che abbiano dimostrato intolleranza o resistenza al trattamento con infliximab (G.U. 07.02.2007 n. 31; Rettifica G.U. 19.04.2007 n. 91)
L04AB05	Certolizumab pegol	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: artrite reumatoide
L04AB06	Golimumab	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: Golimumab è utilizzato nel trattamento dell' Artrite psoriasica (AP), singolarmente o in associazione con metotrexato (MTX); è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica in fase attiva e progressiva, in pazienti adulti, qualora sia stata inadeguata la risposta a precedenti trattamenti con farmaci anti-reumatici che modificano la malattia (DMARD). Golimumab ha dimostrato di migliorare anche la funzionalità fisica in questa popolazione di pazienti.
L04AC	Inibitori dell'interleuchina			
L04AC02	Basiliximab	p		H OSP
L04AC03	Anakinra	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa
L04AC05	Ustekinumab	p		H – RRL ricetta ripetibile limitativa
L04AC07	Tocilizumab	p		H -RRL- ricetta ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: artrite reumatoide
L04AD	Inibitori della calcineurina			
L04AD01	Ciclosporina	os p		A – RNR ricetta non ripetibile Erogato ai sensi della Legge L. 648/96 per la seguente indicazione: Nefrite lupica (G.U. 20.12.1999 n. 297)
L04AD02	Tacrolimus cps 1mg Tacrolimus cps 5 mg Tacrolimus fiale 5 mg/1 ml	os p		A PHT/PT RNR- ricetta non ripetibile
L04AD02	Tacrolimus cps 0,5 mg	os		A PHT/PT RR- ricetta non ripetibile
L04AX	Altri immunosoppressori			
L04AX01	Azatioprina	os		A – RNR- ricetta non ripetibile
L04AX02	Talidomide	os		H – RNRL ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: in associazione a melfalan e prednisone è indicata per il trattamento di prima linea di pazienti con mieloma multiplo non trattato di età ≥ 65 anni o non

			idonei a chemioterapia a dosi elevate. Talidomide viene inoltre prescritta e dispensata in conformità al Programma di prevenzione della Gravidanza di Talidomide. Estensione di indicazione relative ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura. Utilizzo nella terapia di mantenimento nel trattamento dell'Amiloidosi. Utilizzo nel trattamento di Mieloma Multiplo in mantenimento. Utilizzo nel trattamento di Mieloma Multiplo in prima linea per VTD nel paziente candidabile a trapianto autologo.
L04AX04	Lenalidomide	os	H – RNRL ricetta non ripetibile limitativa Monitoraggio AIFA on line: erogato ai sensi della Legge L. 648/96 per il trattamento di pazienti anemici trasfusione-dipendenti, con sindrome mielodisplastica a rischio basso oppure intermedio-1, portatori di delezione 5q-associata o meno ad altre anomalie cromosomiche. Estensione di indicazione relative ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura. Utilizzo nei Linfomi diffusi a grandi cellule B e linfomi mantellari MCL recidivati/refrattari a precedenti trattamenti chemioterapici per i quali non si ravvisano alternative terapeutiche e non candidabili a trapianto di cellule staminali autologhe o allogeniche. Utilizzo nell'Amiloidosi in pazienti già trattati con melphalan e bortezomib (o in quelli che hanno controindicazioni a essere esposti a melphalan e/o bortezomib). Utilizzo in combinazione con desametasone per il trattamento di pazienti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia. Cost Sharing: per ciascun paziente arruolato sconto del 50% per il SSN per i primi 2 cicli di trattamento. Primo follow-up entro 8 settimane.

LEGENDA

RRL = RICETTA RIPETIBILE LIMITATIVA

RR= RICETTA RIPETIBILE

RNRL= RICETTA NON RIPETIBILE LIMITATIVA

RNR= RICETTA NON RIPETIBILE

OSPL= USO OSPEDALIERO SPECIALISTICO

USPL= USO SPECIALISTICO

OSP= DISTRIBUZIONE OSPEDALIERA

H=OSPEDALIERO

H1=OSPEDALIERO ESITABILE

PHT= CONTINUITA' TERAPEUTICA OSPEDALE-TERRITORIO

PT=PIANO TERAPEUTICO

M SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO

Vengono diversificate le preparazioni di tossina botulinica corrispondenti alle differenti indicazioni

M03 MIORILASSANTI

M03A	Miorilassanti ad azione periferica			
M03AB	Derivati della colina			
M03AB01	Suxametonio	p		
M03AC	Altri composti ammoniacali quaternari		<i>Ogni Azienda scelga massimo tre composti in questo gruppo.</i>	
M03AC01	Pancuronio	p		
M03AC04	Atracurio	p		
M03AC09	Rocuronio bromuro	p		
M03AC10	Mivacurio cloruro	p		
M03AC11	Cisatracurio	p		
M03AX	Altri miorilassanti ad azione periferica			
M03AX01	Tossina botulinica 100U/900kDa	p		<i>"Da utilizzare strettamente correlato e rispondente alle indicazioni autorizzate".</i>
M03AX01	Tossina botulinica 500U/500kDa e	p		<i>"Da utilizzare strettamente correlato e rispondente alle indicazioni autorizzate".</i>
M03AX01	Tossina botulinica 100U/150kDa	p		<i>"Da utilizzare strettamente correlato e rispondente alle indicazioni autorizzate".</i>

N SISTEMA NERVOSO

Viene inserito il principio attivo Capsaicina codice ATC N01BX04 con relativa nota

Viene inserito il principio attivo Tapendatolo codice ATC N02AX06 con relativa nota

Viene inserito il principio attivo Ziconotide acetato codice ATC N02BG08 con relativa nota

E' stato modificato il codice ATC del Tramadolo+Paracetamolo in N02AX52 invece di N02BE51

N01 ANESTETICI

N01B	Anestetici locali			
N01BB	Amidi		<i>Ogni Azienda scelga 2 composti tra quelli contrassegnati dall'asterisco nella formulazione e concentrazione che più risponde alle proprie esigenze.</i>	
N01BB01	Bupivacaina*	p		<i>Da utilizzare dove è richiesta la forma iperbarica</i>

N01BB02	Lidocaina	p		
N01BB03	Mepivacaina*	p		
N01BB09	Ropivacaina*	p		
N01BB10	Levobupivacaina*	p		
N01BB20	Associazioni			
N01BB20	Lidocaina + Prilocaina	cut		
N01BB51	Bupivacaina, associazioni			
N01BB51	Bupivacaina+ Adrenalina	p		
N01BB53	Mepivacaina, associazioni			
N01BB53	Mepivacaina+ Adrenalina	p		
N01BX	Altri Anestetici locali			
N01BX04	Capsaicina	cut		<i>“ Da utilizzare solo nei Centri ospedalieri per la Terapia del Dolore”</i>

N02 ANALGESICI

N02A	Oppioidi <i>Ogni Azienda scelga 3 tra i seguenti composti. Nei Centri per la Terapia del Dolore sono previsti tutti i seguenti composti.</i>			
N02AA	Alcaloidi naturali dell'oppio			
N02AA01	Morfina cloridrato	os p	0,1 g 30 mg	
N02AA01	Morfina solfato	os	0,1 g	
N02AA03	Idromorfone cloridrato	Os P r	20 mg 4 mg 4 mg	
N02AA05	Ossicodone	Os P	75 mg 30 mg	
N02AB	Derivati della fenilpiperidina			
N02AB02	Petidina	os P R	0,4 mg 0,4 mg 0,4 mg	
N02AB03	Fentanil	Td p	0,6 mg	
N02AE	Derivati dell'oripavina			
N02AE01	Buprenorfina	p Sl cut	1,2 mg 1,2 mg 1,2 mg	
N02AX	Altri oppioidi			
N02AX02	Tramadololo	os p	300 mg 300 mg	
N02AX06	Tapendatolo	os	400 mg	<i>Farmaco previsto per la terapia del Dolore dall'allegato III-bis legge 38 del 15/03/2010</i>

N02AX52	Tramadolo+Paracetamolo			
N02B	Altri analgesici ed antipiretici			
N02BG	Altri			
N02BG08	Ziconotide acetato	p		" Da utilizzare solo nei Centri per la terapia del dolore ; si consiglia l'uso nei pazienti resistenti alla morfina"

R SISTEMA RESPIRATORIO

Viene inserito il principio attivo Indacaterolo codice ATC R03AC18

Viene inserito il principio attivo Diprofillina* codice ATC R03DA01 con asterisco

R03 ANTIASMATICI

R03A	Adrenergici per aerosol			
R03AC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici			<i>Ogni Azienda scelga due farmaci in questo gruppo.</i>
R03AC02	Salbutamolo	inal	10 mg ⁷ 0,8 mg ¹	
R03AC04	Fenoterolo	inal	0,600 mg ⁶ 4 mg ⁷	
R03AC12	Salmeterolo	inal	0,100 mg	
R03AC13	Formoterolo	inal	0,024 mg	
R03AC18	Indacaterolo	Inal.	0,15 mg	

R03D	Altri antiasmatici per uso sistemico			
R03DA	Derivati xantini			<i>Ogni Azienda scelga un composto fra quelli contrassegnati con *, da utilizzare in caso di intolleranza all'aminofillina.</i>
R03DA01	Diprofillina*	os p ret	1 g 1 g 1 g	
R03DA04	Teofillina	os	400 mg	
R03DA05	Aminofillina	os p ret	600 mg 600 mg 600 mg	
R03DA08	Bamifillina*	os ret		
R03DA11	Doxofillina*	os p		

¹Aerosol.

S ORGANI DI SENSO**S01 OFTALMOLOGICI**

S01A	Antimicrobici			
S01AA	Antibiotici	Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *		
S01AA01	Cloramfenicolo	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA02	Clortetraciclina	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA11	Gentamicina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA12	Tobramicina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA13	Acido Fusidico	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA23	Netilmicina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA30	Associazioni di differenti antibiotici			
S01AA30	Tetraciclina/ Sulfametiltiazolo	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AA30	Cloramfenicolo/ Colistimetato sodico/Rolitetraciclina	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AD	Antivirali			
S01AD03	Aciclovir	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01AX	Altri antimicrobici	Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *		
S01AX11	Ofloxacina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AX12	Norfloxacina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AX13	Ciprofloxacina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AX17	Lomefloxacina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01AX18	Povidone-iodio	loc		C RNR- Ricetta non ripetibile
S01AX19	Levofloxacina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01B	Antiinfiammatori			
S01BA	Corticosteroidi, non associati			
S01BA01	Desametasone	Loc, intravitrelae		C RR- Ricetta ripetibile H OSP (1)
S01BA07	Fluorometolone	loc		C RR- Ricetta ripetibile

S01BB	Corticosteroidi e midiatrici in associazione		
S01BB01	Desametasone/ Clorfenamina	loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01BB02	Prednisolone/Atropina	loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01BC	Antiinfiammatori non steroidei		Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *
S01BC01	Indometacina*	loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01BC03	Diclofenac*	loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01C	Antiinfiammatori e antimicrobici in associazione		
S01CA	Corticosteroidi antimicrobici in associazione		Ogni Azienda scelga una sola associazione fra quelle contrassegnate con *
S01CA01	Desametasone antimicrobici*	ed loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01CA02	Prednisolone antimicrobici*	ed loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01CA03	Idrocortisone antimicrobici*	ed loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01CA05	Betametasone antimicrobici*	ed loc	C RR- Ricetta ripetibile
S01E	Preparati antiglaucoma e miotici		
S01EA	Simpaticomimetici per la terapia del glaucoma		Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *
S01EA03	Apraclonidina*	loc	A RR- Ricetta ripetibile
S01EA05	Brimonidina*	loc	A RR- Ricetta ripetibile
S01EB	Parasimpaticomimetici		Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *

S01EB01	Pilocarpina*	loc		A-C RR- Ricetta ripetibile
S01EB02	Carbacolo*	loc		C OSP
S01EB09	Acetilcolina*	loc		C- OSP
S01EC	Inibitori dell'anidrase carbonica			Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con # Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *
S01EC01	Acetazolamide #	os		A RR- Ricetta ripetibile
S01EC02	Diclofenamide #	os		A RR- Ricetta ripetibile
S01EC03	Dorzolamide*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01EC04	Brinzolamide*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED	Sostanze Betabloccanti			Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con * Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con #
S01ED01	Timololo*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED02	Betaxololo*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED03	Levobunololo *	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED05	Carteololo*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED06	Befunololo*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED51	Timololo+Dorzolamide#	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED51	Timololo+Latanoprost#	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01ED51	Timololo+Brinzolamide#	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01EE	Analoghi delle prostaglandine			Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *
S01EE01	Latanoprost*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01EE03	Bimaprost*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01EE04	Travoprost*	loc		A RR- Ricetta ripetibile
S01F	Midriaci e cicloplegici			
S01FA	Anticolinergici			
S01FA01	Atropina	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01FA04	Ciclopentolato	loc		C RR- Ricetta ripetibile

S01FA06	Tropicamide	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01FA56	Tropicamide+Fenilefrina	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01FB	Simpaticomimetici, esclusi i preparati antiglaucoma			
S01FB01	Fenilefrina	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01GX	Altri antiallergici			
S01GX02	Levocabastina	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01H	Anestetici locali			
S01HA	Anestetici locali			Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *
S01HA02	Oxibuprocaina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01HA07	Lidocaina*	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S01J	Diagnostici			
S01JA	Sostanze coloranti			
S01JA01	Sodio fluoresceinato	loc		H OSP
S01L	Sostanze per i disturbi vascolari dell'occhio			
S01LA	Sostanze antineovascolarizzanti			
S01LA01	Verteporfina	ev		H OSP
S01LA03	Pegaptanib	intravitreale		H OSP Monitoraggio AIFA on line (1)
S01LA04	Ranibizumab	intravitreale		H OSP Monitoraggio AIFA on line (1)
S0X	Altri oftamologici			
S0XA	Altri oftamologici			Ogni Azienda scelga un solo composto fra quelli contrassegnati con *
S0XA01	Eparina sodica/cortisone	loc		C RR- Ricetta ripetibile
S0XA20	Carbomer	loc		C A-83 RR/SOP
S0XA20	Lacrime artificiali ed altri preparati indifferenti*	loc		C

(1) I farmaci utilizzabili in terapia intravitreale vanno utilizzati privilegiando il miglior rapporto costo/beneficio per la specifica indicazione.

S02 OTOLOGICI

S02A	Antimicrobici			
S02AA	Antimicrobici			Ogni Azienda scelga una sola associazione fra quelle contrassegnate con *
S02AA	Tobramicina	loc		C RR- Ricetta Ripetibile

S02AA30	Antimicrobici, associazioni*	loc		C RR- Ricetta Ripetibile
S02C	Corticosteroidi ed antimicrobici in associazione			
S02CA	Corticosteroidi ed antimicrobici in associazione		Ogni Azienda scelga una sola associazione*	
S02AC05	Fluocinolone acetone ed antimicrobici*	loc		C RR-Ricetta Ripetibile
S02AC06	Desametasone ed antimicrobici*	loc		C RR-Ricetta Ripetibile
S02D	Altri otologici			
S02DA	Analgesici ed anestetici			
S02DA30	Fenazone/Procaina	loc		C
S02DC	Preparati differenti			
S02DC	Xilene	loc		C RR- Ricetta Ripetibile

V VARI

Viene inserito il principio attivo Ac. Gadobenico codice ATC V08CA08 con relativa nota

V08 MEZZI DI CONTRASTO

V08C	Mezzi di contrasto per risonanza magnetica <i>Ogni Azienda scelga in questo Gruppo secondo necessità.</i>			
V08CA	Mezzi di contrasto paramagnetici			
V08CA01	Acido gadopentetico			
V08CA02	Acido gadoterico			
V08CA03	Gadodiamide			
V08CA04	Gadoteridolo			
V08CA08	Ac. Gadobenico			<i>“ Rispettando le procedure di farmacovigilanza previste dall'AIFA”</i>
V08CA09	Gadobutrolo			
V08CA10	Ac. Gadoxetico			
V08CB	Mezzi di contrasto superparamagnetici			
V08CB01	Ferumoxsil			
V08D	Mezzi di contrasto per ultrasonologia			
V08DA02	Galattosio +acido palmitico			
V08DA05	Esafluoruro di zolfo			