DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE 8 novembre 2017, n. 415

Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale (versione 4.0). Integrazione D.D. 151/2017 , D.D. 230/2017 e D.D.307/2017 e Ratifica del documento CTRF sul corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa reduttasi.

Il DIRIGENTE della SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE

VISTO il d. lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
VISTA la legge regionale 4 febbraio 1997, n. 7 e s.m.i.;
VISTA la legge regionale 16 aprile 2007, n. 10 e s.m.i.;
VISTO il decreto del Presidente della Giunta Regionale 31 luglio 2015, n. 443 e s.m.i.;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 458 del 08.04.2016;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1176 del 29.07.2016;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 833 del 07.06.2016;
VISTO l'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;
VISTO l'art. 18 del D. Lgs. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" in merito ai principi applicabili ai trattamenti effettuati dai soggetti pubblici.

Vista la seguente relazione istruttoria espletata dal Servizio competente:

Con la DGR n. 984/2016 la Giunta regionale ha disposto, di concerto con l' istituzione della Commissione Tecnica Farmaceutica regionale, la creazione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), in alternativa al Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), che deve, comunque, essere inteso come uno strumento di governo della spesa farmaceutica ospedaliera e della relativa continuità terapeutica, con particolare riferimento all'appropriatezza e alla aderenza alla terapia successivamente alle dimissioni del paziente e presa in carico da parte del MMG e PLS.

La Giunta regionale, con provvedimento n.1706 del 08.11.2016, ha individuato i componenti della Commissione Tecnica Regionale Farmaci, istituita con DGR n. 984/2016, ed ha disposto, tra l'alto, che la Commissione entro un mese dal suo insediamento proponga al Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche le modalità di funzionamento della stessa ed i compiti della Segreteria Scientifica – Amministrativa da approvare con Atto Dirigenziale.

Con Determinazione Dirigenziale n. 4/2017 è stato approvato il documento recante Modalità di funzionamento della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) istituita con DGR n. 984/2016.

Con Determinazione Dirigenziale n. 80/2017 è stato approvato il documento recante "DGR 984/2016 e DGR n. 1706/2016. Approvazione delle modalità di funzionamento della Segreteria Scientifica".

Con la D.G.R. n. 984/2016, la Giunta regionale ha previsto l'abolizione dei Prontuari Terapeutici Ospedalieri/ Aziendali, anche in considerazione delle disposizioni adottate dalla Giunta regionale con provvedimento n. 2256/2015 e s.m.i "Razionalizzazione degli acquisti sanitari. Abrogazione deliberazione n. 1391/2012, modifica DGR n. 2356 del 18/11/2014. Disposizioni", con la quale viene, tra l'altro, individuata la Azienda Sanitaria capofila preposta all'acquisto centralizzato di Farmaci e Dispositivi Medici per le strutture sanitarie per il tramite del soggetto aggregatore;

La DGR n. 984/2016 definisce inoltre il PTR quale strumento dinamico sottoposto a periodico aggiornamento da parte della Commissione tecnica regionale farmaci, in quanto strumento di governo clinico, che è vincolante per le prescrizioni, somministrazioni ed erogazioni di farmaci nelle strutture delle Aziende sanitarie, incluse le strutture private convenzionate con il SSR.

Le indicazioni presenti nel Prontuario non devono essere intese solo come vincoli prescrittivi per i professionisti, ma sempre più come uno strumento per orientare la pratica clinica verso un comportamento

basato sulle evidenze scientifiche secondo i principi fondati su prove di efficacia e sicurezza;

Il PTR deve contenere per ogni principio attivo in genere le seguenti indicazioni, ove applicabili:

- via di somministrazione, classe di rimborsabilità, piano terapeutico AIFA ed eventuali limiti di utilizzo in ambito ospedaliero o prescrittivo per le altre sezioni del PTR;
- Note limitative AIFA o regionali, Piano Terapeutico AIFA o regionale, scheda di monitoraggio;
- Documenti di indirizzo raccomandazioni d'uso, PDTA;
- Valutazione sintetica della CTRF.

Con Determinazione Dirigenziale n. 151 del 23.03.2017 è stato approvato il Prontuario Terapeutico Regionale (versione 1.0).

La Commissione Tecnica Regionale Farmaci nelle riunioni del giorno 30/03/2017 e del 04/05/2017 ha provveduto, come da verbali agli atti del Servizio Politiche del Farmaco, ad effettuare una revisione generale del precedente PTR, apportando una serie di modifiche/ integrazioni/inclusioni/esclusioni rispetto al precedente prontuario (versione 1.0) e, con Determinazione Dirigenziale n.230 del 12.05.2017, è stato approvato il Prontuario Terapeutico Regionale (versione 2.0).

Successivamente, i componenti la Commissione Tecnica Regionale Farmaci nelle riunioni del 15/06/2017 e del 11/07/2017, come da verbali agli atti del Servizio Politiche del Farmaco, esaminate le Schede di valutazione farmaci elaborate dalla Segreteria Scientifica ha approvato l'inserimento di nuovi principi attivi, ed ha verbalizzato integrazioni/esclusioni rispetto al PTR 2.0 e, con Determina Dirigenziale n. 307 del 27.07.2017 è stato approvato il Prontuario Terapeutico Regionale (versione 3.0).

In seguito, la Commissione Tecnica Regionale Farmaci nelle riunioni del 19/09/2017 e del 24/10/2017, come da verbali agli atti del Servizio Politiche del Farmaco, presa visione delle Schede di valutazione farmaci elaborate dalla Segreteria Scientifica, delle Determine AIFA su specifici farmaci assoggettati a Registri AIFA, ha approvato l'inserimento di nuovi principi atti ed ha preso atto delle nuove indicazioni terapeutiche di alcuni principi attivi già inseriti nel PTR 3.0. Inoltre è stato approvato il documento proposto dalla Segreteria Scientifica inerente il corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi nel trattamento dei pazienti affetti da Iperplasia Prostatica Benigna(IPB) Versione 2.0.

Alla luce di quanto sopra esposto si ritiene opportuno procedere a prendere atto dei lavori svolti della CTRF ed alla approvazione del PTR 4.0, che sostituisce il precedente PTR 3.0, Allegato "A e, dell'allegato "B" avente ad oggetto: "Raccomandazioni per il corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi nel trattamento dei pazienti affetti da Iperplasia Prostatica Benigna(IPB) Versione 2.0" e, dell'allegato "C" contenete le risultanze dei lavori della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) di cui alle riunioni del 19/09/2017 e del 24/10/2017, entrambi parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento.

VERIFICA AI SENSI DEL d.lgs. 196/03 - Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal d.lgs. 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal vigente regolamento regionale n.5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili; qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

ADEMPIMENTI CONTABILI ai sensi della L.R. n.28/2001 e s.m.i.

Si dichiara che il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere

sullo stanziamento previsto dal bilancio regionale.
- sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate;
- vista la sottoscrizione in calce al presente provvedimento;
- ritenuto di dover provvedere in merito;

DETERMINA

1. alla luce di tutto quanto su esposto di **approvare** il **Prontuario Terapeutico Regionale (versione 4.0)**, che sostituisce il precedente PTR 3.0, così come predisposto dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) istituita con DGR n. 954/2016, di cui allegato "A" e, l'allegato "B" avente ad oggetto: "Raccomandazioni per il corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi nel trattamento dei pazienti affetti da Iperplasia Prostatica Benigna(IPB) Versione 2.0" e, l'allegato "C" contenete le risultanze dei lavori della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) di cui alla riunioni del 19/09/2017 e del 24/10/2017, quali parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di **dare atto** che il suddetto PTR è suscettibile di ulteriori modifiche ed integrazioni, sulla base dei prossimi lavori della CTRF;

3. di **dare atto** che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del d.l. 158/2012 convertito dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, i nuovi farmaci, la cui immissione in commercio sia successiva al presente provvedimento, per i quali la Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'AIFA, abbia stabilito il requisito della innovatività terapeutica, possono essere erogati nell'ambito del SSR, nelle more dell'aggiornamento del PTR;

4. di **dare atto** che relativamente a farmaci già inseriti nel PTR eventuali aggiornamenti delle schede tecniche effettuate dall'AIFA sono immediatamente applicabili nelle more dell'aggiornamento del PTR;

5. di **disporre** la pubblicazione sul bollettino ufficiale della Regione Puglia.

Il presente provvedimento, adottato in unico originale depositato agli atti della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche:

- si compone di n. 5 pagine, oltre un allegato "A" di 64 pagine, un allegato "B" di 02 pagine, ed un ulteriore allegato "C" di 03 pagine ;
- sarà trasmesso in copia conforme all'originale al Segretariato della Giunta regionale;
- sarà notificato alle Aziende pubbliche del SSR;
- sarà pubblicato all albo telematico e sulle pagine del portale istituzionale della Regione Puglia e nel portale regionale della salute;
- sarà trasmesso al Comitato di Verifica del Piano Operativo attraverso la piattaforma dedicata;
- è immediatamente esecutivo.

Il Dirigente della Sezione
ing. Vito Bavaro

All. "A"

REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE

SERVIZIO POLITICHE DEL FARMACO

COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE DEL FARMACO

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

Segreteria Scientifica - PTR versione 4.0

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO							
A01	Stomatologici							
A01A	Stomatologici							
A01AB	Antiinfettivi e antisettici per il trattamento orale locale							
A01AB03	CLOREXIDINA	COLLUT	C		OTC			Da utilizzare solo in Rianimazione ed Ematologia
A01AB09	MICONAZOLO	GEL ORALE	C		SOP			
A01AD	Altre sostanze per il trattamento orale locale							
A01AD02	BENZIDAMINA	COLLUT	C		OTC			Da utilizzare solo in oncologia pediatrica
A01AD11	FLURBIPROFENE	COLLUT	C		OTC			
A02	Disturbi correlati alla secrezione acida							
A02A	Antiacidi							
A02AD	Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio							
A02AD01	ASSOCIAZIONI SALINE COMUNI	CPR,SOSP	C		OTC			
A02AD02	MAGALDRATO	CPR , SOSP	A		RR			
A02AH	ANTIACIDI ASSOCIATI A SODIO BICARBONATO	PAST	C		OTC			
A02B	Farmaci per il trattamento dell'ulcera paptica e della malattia da refluso gastroesofageo							
A02BA	Antagonisti dei recettori H2							
A02BA02	RANITIDINA	EV	A	48	RR			
A02BA02	RANITIDINA	CPR , SCIR ,EV	A	48	RR			
A02BA03	FAMOTIDINA	CPR	A	48	RR			
A02BA04	NIZATIDINA	CPS	A		RR			
A02BB	Prostaglandine							
A02BB01	MISOPROSTOLO	CPR	A	1	RNR			
A02BC	Inibitori della pompa acida							
A02BC01	OMEPRAZOLO	CPS	A	1,48	RR			
A02BC01	OMEPRAZOLO	EV	H	1,48	OSP			La forma ev. e' utilizzabile quando non e' possibile utilizzare la formulazione orale
A02BC02	PANTOPRAZOLO	CPR	A	1,48	RR			
A02BC02	PANTOPRAZOLO	EV	H	1,48	OSP			La forma ev. e' utilizzabile quando non e' possibile utilizzare la formulazione orale
A02BC03	LANSOPRAZOLO	CPS	A	1,48	RR			
A02BC04	RABEPRAZOLO	CPR	A	48	RR			
A02BC05	ESOMEPRAZOLO	CPS , CPR	A	1,48	RR			
A02BC05	ESOMEPRAZOLO	EV	H	1,48	OSP			La forma ev. e' utilizzabile quando non e' possibile utilizzare la formulazione orale
AO2BX	Altri farmacuii per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da refluso gastroesofageo							
A02BX02	SUCRALFATO	CPR , BUST	A		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A02BX13	ACIDO ALGINICO	SOSP OS	A		RR			Solo in pazienti pediatrici
A03	**Disturbi funzionali gastointestinali**							
A03A	**Disturbi funzionali gastointestinali**							
A03AA	**Anticolinergici sintetici, esteri con gruppi aminici terziari**							
A03AA05	TRIMEBUTINA	EV,IM,CPS	C		RR			Solo per rari casi mirati su presentazione della richiesta nominativa motivata
A03AA06	ROCIVERINA	CPR,SUPP,IM,EV	C		RR			
A03AD	**Papaverina e derivati**							
A03AD01	PAPAVERINA	EV	C		RR			
A03AX	**Altri farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali**							
A03AX12	FLOROGLUCINOLO	EV,IM	A		RR			
A03AX13	SILICONI	CPR , GTT.	C		SOP			
A03B	**Belladonna e derivati non associati**							
A03BA	**Alcaloidi della belladonna amine terziarie**							
A03BA01	ATROPINA	EV,IM,SC	A		RRL			
A03BA01	ATROPINA SOLFATO SENZA SODIO METABISOLFITO	FL	A		RRL			
A03BB	**Alcaloidi della belladonna, semisintetici, composti amminici quaternari**							
A03BB01	BUTILSCOPOLAMINA	IM,IV	A		RR			
A03BB01	BUTILSCOPOLAMINA	CPR RIV,SUPPOSTE	C		OTC			
A03BB05	CIMETROPIO BROMURO	IM,IV	A		RR			
A03BB05	CIMETROPIO BROMURO	CPR, GTT	C		SOP/RR			
AO3C	**Antispastici in associazione con psicolettici**							
A03CA	**Anticolonergici sintetici in associazione con psicolettici**							
A03CA34	BROMAZEPAM/PROPANTELINA BROMURO	CPR	C		RR			
A03F	**Procinetici**							
A03FA	**Procinetici**							
A03FA01	METOCLOPRAMIDE	IM,IV,CPR ,SCIR	C		RR			
A03FA01	METOCLOPRAMIDE	IM , EV	A		RR			
A03FA03	DOMPERIDONE	CPR, BUSTE, SOSP, SUPP.	C		RR			
A03FA05	ALIZAPRIDE	EV,IM	A		RR			
A03FA06	CLEBOPRIDE	CPR	C		RR			
A04	**Antiemetici e antinausea**							
A04A	**Antiemetici e antinausea**							
A04AA	**Antagonisti della serotonina (5HT3)**							
A04AA01	ONDANSETRONE CLOR DIIDRATO	INIETT	H		OSP			
A04AA01	ONDANSETRONE	EV,IM,CPR	A		RR			
A04AA02	GRANISETRON	EV,IM	H		OSP			
A04AA02	GRANISETRON	EV,IM,CPR	A		RR			
A05AA04	ACIDO OBETICOLICO	CPR	H	RRL		PT		

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A04AA05	PALONOSETRONE	EV	H		OSP			in caso di utilizzo, è necessario adottare idonei strumenti di monitoraggio per verificare se il trattamento evita il ricorso aggiuntivo ad altri antiemetici in assenza di protocolli clinici specifici
A04AA55	PALONOSETRON, ASSOCIAZIONI	CPR	H		RRL			
A04AD	**Altri antiemetici**							
A04AD	TIETILPERAZINA DIMALEATO	SUPP	C		RR			
A04AD12	APREPITANT	EV	H		OSP			
A04AD12	APREPITANT	CPS , POLV	H		RRL			Solo per pazienti sottoposti a chemioterapia con cisplatino. Scheda monitoraggio nazionale
A05	**Terapia biliare ed epatica**							
A05A	**Terapia biliare**							
A05AA	**Preparati a base di acidi biliari**							
A05AA02	ACIDO URSODESOSSICOLICO	CPR , CPS, SCIR	A	2	RR			
A05B	**Terapia epatica, lipotropi**							
A05BA	**Terapia epatica**							
A05BA	ARGININA CLORIDRATO	FL EV	C		RR			
A06	**Lassativi**							
A06A	**Lassativi**							
A06AA	**Emolienti**							
A06AA01	PARAFFINA LIQUIDA	EMUSIONE OS	C		SOP			
A06AB	**Lassativi di contatto**							
A06AB05	OLIO DI RICINO	CPS	C		SOP			
A06AB06	GLICOSIDI DELLA SENNA	CPR , SCIR, BUST	C		OTC			
A06AB58	SODIO PICOSOLFATO MAGNESIO OSSIDO LEGGERO ACIDO CITRICO ANIDRO	POLV.	C		RR			
A06AD	**Lassativi ad azione osmotica**							
A06AD11	LATTULOSIO	SCIR, BUST, SACCO PER SOSP. RETTALE	A		RR			
A06AD12	LATTITOLO	SIR, POLV	A		RR			
A06AD15	MACROGOL 4000	POLV.	C		OTC			
A06AD17	SODIO FOSFATO	BUST	C		RNR			
A06AD65	MACROGOL, ASSOCIAZIONI	BUST	C		RR			
A06AG	**Clismi**							
A06AG10	DOCUSATO SODICO +SORBITOLO	SOL RETT.	C		OTC			
A06AG01	SODIO FOSFATO	SOL. RETT.	C		OSP			
A06AG04	GLICEROLO	CLISMA	C		OTC			
A06AH	**Antagonisti dei recettori periferici degli oppioidi**							
A06AH01	METILNALTREXONE BROMURO	SC	A	90	RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A06AH03	NALXOGEL	CPR	A	90	RR			
A06AH03	NALOXEGOL	CPR	A					
A06AX	**Altri lassativi**							
A06AX01	GLICEROLO	SUPP.	C		OTC			
A07	**Antidiarroici, antiinfiammatori e antinfettivi intestinali**							
A07A	**Antidiaroici, antiinfiammatori e antinfettivi intestinali**							
A07AA	**Antibiotici**							
A07AA02	NISTATINA	SOSP OS	A		RR			
A07AA06	PAROMOMICINA	CPS	A		RR			
A07AA11	RIFAXIMINA	SOSP OS, CPR	A		RR			
A07AA11	RIFAXIMINA	CPR	A		RRL	PHT		
A07AA12	FIDAXOMICINA	CPR	H		OSP			
A07B	**Adsorbenti intestinali**							
A07BA	**Preparati a base di carbone**							
A07BA51	CARBONE MEDICINALE, ASSOCIAZIONI	CPR	C		OTC			Antidoto
A07D	**Antipropulsivi**							
A07DA	**Antipropulsivi**							
A07DA03	LOPERAMIDE	CPS , CPR	C		RR			
A07E	**Antiinfiammatori intestinali**							
A07EA	**Corticosteroidi ad azione locale**							
A07EA02	IDROCORTISONE	SOL. RETT.	A		EE			
A07EA06	BUDESONIDE	CPS	A		RR			
A07EA07	BECLOMETASONE	SOL. RETT.	A		RR			
A07EB	**Sostanze antiallergiche esclusi i corticosteroidi**							
A07EB01	ACIDO CROMOGLICICO SALE DISODICO	CPS	C		RR			
A07EC	**Acido aminosalicilico ed analoghi**							
A07EC01	SULFASALAZINA	CPR	A		RR			
A07EC02	MESALAZINA	CPR, GLISMI, SUPP	A		RR			
A07F	**Microorganismi antidiarroici**							
A07FA	**Microorganismi antidiarroici**							
A07FA	BACILLUS CLAUSII	FL OS, CPS	C		OTC			
A07FA01	ORGANISMI PRODUTTORI DI ACIDO LATTICO	CPS , BUST	C		SOP/OTC			Solo per divisioni pediatriche e per pazienti particolarmente defedati
A07X	**Altri antidiarroici**							
A07XA	**Altri antidiarroici**							
A07XA04	RACECADOTRIL	CPS , BUST	C		RR			
A08	**Anti obesità, esclusi i prodotti dietetici**							
A08A	**Faramci contro l'obesità esclusi i prodotti doetetici**							
A08AB	**Faramci contro l'obesità esclusi ad azione periferica**							
A08AB01	ORLISTAT	CPS	C		RR			
A09	**Digestivi, inclusi gli enzimi**							
A09A	**Digestivi, inclusi gli enzimi**							
A09AA	**Preparati a base di enzimi**							
A09AA02	POLIENZIMI (LIPASI, PROTEASI, ECC.)	CPS 10.000 U.I.	A		RR			
A09AA02	POLIENZIMI (LIPASI, PROTEASI, ECC.)	POLV 5.000 U.I.	C		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A10	Diabete							
A10A	Insuline e anloghi							
A10AB	Insuline e analoghi per iniezione, ad azione rapida							
A10AB01	INSULINA (UMANA)	EV,IM,SC	A		RR			
A10AB04	INSULINA LISPRO	SC	A		RR			
A10AB05	INSULINA ASPART	SC	H		RR			
A10AB06	INSULINA GLULISINA	SC	A		RR			
A10AC	Insuline e analoghi per iniezione, ad azione intermedia							
A10AC01	INSULINA (UMANA)	SC	A		RR			
A10AD	Insuline ed analoghi per iniezione ad azione inteemedia o lunga e ad azione rapida in associazione							
A10AD01	INSULINA (UMANA)	SC	A		RR			
A10AD04	INSULINA LISPRO	SC	A		RR			
A10AD05	INSULINA ASPART	SC	A		RR			
A10AE	Insuline ed analoghi per iniezione ad azione lenta							
A10AE04	INSULINA GLARGINE	SC/ 100U.I./ML e 300U.I./ML	A		RR	PHT		
A10AE05	INSULINA DETEMIR	SC	A		RR	PHT		
A10AE06	INSULINA DEGLUDEC	SC	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10B	Ipoglicemizzanti escluse le insuline							
A10BA	Biguanidi							
A10BA02	METFORMINA	CPR	A		RR			
A10BB	Sulfoniluree							
A10BB01	GLIBENCLAMIDE	CPR	A		RR			
A10BB07	GLIPIZIDE	CPR	A		RR			
A10BB09	GLICLAZIDE	CPR	A		RR			
A10BB12	GLIMEPIRIDE	CPR	A		RR			
A10BD	Associazione di antidiabetici orali							
A10BD02	METFORMINA E GLIBENCLAMIDE	CPR	A		RR			
A10BD05	METFORMINA E PIOGLITAZONE	CPR	A		RR	PHT		
A10BD06	GLIMEPIRIDE E PIOGLITAZONE	CPR	A		RR	PHT		
A10BD07	METFORMINA E SITAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD08	METFORMINA E VILDAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD09	PIOGLITAZONE E ALOGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD10	METFORMINA E SAXAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD11	METFORMINA E LINAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD13	METFORMINA E ALOGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD15	METFORMINA E DAPAGLIFOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD16	METFORMINA E CANAGLIFLOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BD20	EMPAGLIFLOZIN/METFORMINA	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BF	Inibitori dell'alfa-glucosidasi							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A10BF01	ACARBOSIO	CPR	A		RR			
A10BG	**Tiazolidinedioni**							
A10BG03	PIOGLITAZONE	CPR	A		RR	PHT		
A10BH	**Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)**							
A10BH01	SITAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BH02	VILDAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BH03	SAXAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BH04	ALOGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BH05	LINAGLIPTIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BJ	**Analoghi dei recettori GLP-1**							
A10BJ01	EXENATIDE	INIETT	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BJ02	LIRAGLUTIDE	SC	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BJ03	LIXISENATIDE	INIETT	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BJ05	DULAGLUTIDE	SC	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BK	**Inibitori del cotrasportatore SGLT-2**							
A10BK01	DAPAGLIFOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BK02	CANAGLIFLOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BK03	EMPAGLIFLOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BX	**Altri ipoglicemizzanti**							
A10BX02	REPAGLINIDE	CPR	A		RR			
A11	**Vitamine**							
A11B	**Polivitaminici non associati**							
A11BA	**Polivitaminici non associati**							
A11BA	POLIVITAMINICI, NON ASSOCIATI	EV	C		OSP			
A11BA	POLIVITAMINICI, NON ASSOCIATI	GTT	C		OTC			
A11C	**Vitamine A e D, comprese le loro assodciazioni**							
A11CC	**Vitamina D ed analoghi**							
A11CC04	CALCITRIOLO	CPS	A		RR			
A11CC04	CALCITRIOLO	IV	H		OSP			
A11CC05	COLECALCIFEROLO	FL	A		RR			
A11CC06	CALCIFEDIOLO	GTT	A		RR			
A11D	**Vitamina B1, sola o in associazione con vitamina B6 e vitamina B12**							
A11DA	**Vitamina B1 no associata**							
A11DA01	TIAMINA (VITAMINA B1)	IM,CPR	C		RR/SOP			
A11DB	**Vitamina B1 in associazione con vitamina B6 e/o vitamina B12**							
A11DB	TIAMINA+PIRIDOSSINA+CIANOCOBALAMINA	IM,	C		RR			
A11G	**Acido ascorbico (VIT. C) comprese le associazioni**							
A11GA	**Acido ascorbico (Vit.C) non associato**							
A11GA01	ACIDO ASCORBICO (VIT. C)	EV,IM	C		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A11H	**Altri preparati di vitamini non associate**							
A11HA	**Altri preparati di vitamini non associate**							
A11HA02	PIRIDOSSINA (VITAMINA B6)	CPR	C		SOP			
A11HA03	TOCOFEROLO (VITAMINA E)	CPR CPS	C		SOP			
A11HA30	DEXPANTENOLO	FL	C		RR			
A11J	**Altri preparati vitaminici, associazioni**							
A11JA	**Associazioni di vitamine**							
A11JA	CIANOCOBALAMINA/ACIDO FOLICO/NICOTINAMIDE/ACIDO ASCORBICO	FL IM EV	C		RR			
A11JB	**Vitamine associate a Sali minerali**							
A11JB	SODIO CITRATO,POSTASSIO CITRATO,COMPLESSO VITAMINICO	IM	C		RR			
A12	**Integratori alimentari**							
A12A	**Calcio**							
A12AA	**Calcio**							
A12AA03	CALCIO GLUCONATO	EV	C		OSP/RR			
A12AA04	CALCIO CARBONATO	CPR	A		RR			
A12BA01	POTASSIO CLORURO	CPR	A		RR			
A16	**Apparato gastrointestinale e metabolismo**							
A16A	**Apparato gastrointestinale e metabolismo**							
A16AA	**Aminoacidi e derivati**							
A16AA01	LEVOCARNITINA	EV,CPR	A	8	RR	PHT	PT	Limitatamente all'indicazione: carenze documentate di carnitina
A16AA05	ACIDO CARGLUNICO	CPR	A		RNRL	PHT		
A16AA06	BETAINA	POLV OS	A		RNRL	PHT		
A16AB	**Enzimi**							
A16AB02	IMUGLUCERASI	EV	H		RR			
A16AB03	AGALSIDASI ALFA	EV	H		RR			Su prescrizione dei centri specialistici per la cura della patologia rara "malattia di Fabry"
A16AB04	AGALSIDASI BETA	EV	H		RR			Su prescrizione dei centri specialistici per la cura della patologia rara "malattia di Fabry"
A16AB05	LARONIDASI	EV	H		RR			Terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti con diagnosi confermata di Mucoplisaccaridosi I (MPS-1, deficit di alfa -L iduronidasi)

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A16AB07	ALGLUCOSIDASI ALFA	EV	H					Richiesta motivata per singolo paziente, nel rigoroso rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate, tenendo presente che non sono stati determinati i benefici del farmaco nei pazienti con malattia di Pompe ad esordio tardivo
A16AB09	IDURSULFASI	EV	H		RR			
A16AB10	VELAGLUCERASI ALFA	EV	H		RR			
A16AB12	ELOSULFASE ALFA	FL	H		OSP			
A16AX	**Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo**							
A16AX03	SODIO FENILBUTIRRATO	CPR , GRAN.	A		RNRL	PHT		Su prescrizione di centri specialistici come terapia adiuvante nel trattamento di lunga durata dei disturbi del ciclo dell'urea
A16AX04	NITISINONE	CPS, SOSP	A		RR	PHT		
A16AX05	ZINCO ACETATO	CPS	A		RNRL	PHT		
A16AX06	MIGLUSTAT	CPS	A		RRL	PHT		
A16AX14	MIGALASTAT GLORIDRATO	CPS	A		RRL	PHT		
A16AX07	SAPROPTERINA	CPR	A		RRL	PHT		I pazienti in trattamento devono continuare la dieta alimentare con ridotti livelli di fenilalanina. Da utilizzare con cautela in pazienti predisposti alle convulsioni
B	**SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI**							
B01	**Antitrombotici**							
B01A	**Antitrmbotici**							
B01AA	**Antagonisti della Vitamina K**							
B01AA03	WARFARIN	CPR	A		RR			
B01AA07	ACENOCUMAROLO	CPR	A		RR			
B01AB	**Eparinici**							
B01AB	PENTOSANO POLISOLFATO SODICO	CPS	C		RR			
B01AB01	EPARINA	SC	A		RR	PHT		
B01AB01	EPARINA	EV,SC	H		OSP			
B01AB02	ANTITROMBINA III	EV	H		OSP			
B01AB04	DALTEPARINA	SC	A		RR	PHT		
B01AB05	ENOXAPARINA	SC	A		RR	PHT		
B01AB05	ENOXAPARINA	EV	H		OSP			
B01AB06	NADROPARINA	SC	A		RR	PHT		
B01AB07	PARNAPARINA	SC	A		RR	PHT		
B01AB08	REVIPARINA	SC	A		RR	PHT		
B01AB11	SULODEXIDE	FL	C		RR			
B01AB12	BEMIPARINA	SC	A		RR	PHT		
BO1AC	**Antiaggrehaiganti piatrinici, esclusa l'eparina**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B01AC	ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI, ESCLUSA L'EPARINA	CPR , CPS	C		RR			
B01AC04	CLOPIDOGREL	CPR RIV	A		RR	PHT		
B01AC05	TICLOPIDINA	CPR	A		RNR			
B01AC06	ACIDO ACETILSALICILICO	CPR CPS BUSTINE	A		RR			
B01AC07	DIPIRIDAMOLO	EV	C		OSP			
B01AC09	EPOPROSTENOLO	INF	H		RRL			Ipertensione arterisoa polmonare idiopaticao ereditaria e associata a malattie del tessuto connettivo, formulazioni da 0,5 mg ed 1,5mg.
B01AC10	INDOBUBENE	CPR	C		RR			
B01AC11	ILOPROST	EV,INAL	A		RRL	PHT		
B01AC13	ABCIXIMAB	EV	H		OSP			
B01AC16	INTRIFIBAN	EV	H		OSP			
B01AC17	TIROFIBAN	EV	H		OSP			
B01AC21	TREPROSTINIL	FL	H		RRL			
B01AC22	PRASUGREL	CPR	A		RR	PHT	PT	
B01AC24	TICAGRELOR	CPR	A		RR	PHT	PT	
B01AC30	CLOPIDOGREL IDRO	CPR	A		RR	PHT		
B01AD	**Enzimi**							
B01AD02	ALTEPLASI	EV	H		OSP			
B01AD04	UROCHINASI	EV	H		OSP			
B01AD11	TENECTEPLASI	EV	H		OSP			
B01AD12	PROTEINA C	EV	H		OSP			Da utilizzare nella porpora fulminante e nella necrosi cutanea indotta dalla 'cumarina' in pazienti con grave deficit congenito di proteina C. Indicata inoltre per la profilassi a breve termine in pazienti con grave deficit congenito di proteina C
BO1AE	**Inibitori diretti della trombina**							
B01AE03	ARGATROBAN	EV	H		OSP			
B01AE06	BIVALIRUDINA	FL	H		OSP			
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	CPS	A		RRL	PHT	PT AIFA	PT limitato a tratt. TVP, EP, FANV registri web based AIFA
B01AF	**Inibitori diretti del fattore Xa**							
B01AF01	RIVAROXABAN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	PT limitato a tratt. TVP, EP, FANV registri web based AIFA
B01AF02	APIXABAN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	PT limitato a tratt. TVP, EP, FANV registri web based AIFA
B01AF03	EDOXABAN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	PT limitato a tratt. TVP, EP, FANV registri web based AIFA
BO1AX	**Altri antitrombotici**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B01AX01	DEFIBROTIDE	EV,IM	C		OSP			
B01AX05	FONDAPARINUX	SC	A		RR	PHT		
B02	**Antiemorragici**							
B02A	**Antifibrinolitici**							
B02AA	**Aminoacidi**							
B02AA02	ACIDO TRANEXAMICO	EV,IM,CPS , CPR	A		RR			
B02AB	**Inibitori delle proteasi**							
B02AB	GABESATO MESILATO	FL	H		OSP			
B02AB02	ALFA1 ANTITRIPSINA	EV	H					Anti trombina III umana. Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo, limitando l'utilizzo dei farmaci ricombinti laddove ritenuto opportuno dal clinico per i pazienti naive.
B02B	**Vitamina K e altri emostatici**							
B02BA	**Vitamina K**							
B02BA01	FITOMENADIONE	SOL OS , Iniett	A		RR			
B02BB	**Fibrinogeno**							
B02BB01	FIBRIONOGENO UMANO LIOFILIZZATO	FL	C		RR			
B02BC	**Emostatici locali**							
B02BC	EMOSTATICI LOCALI	SOL. ADESIVO TISSUT	H/C		OSP			per tutti i principi attivi classificati come C/OSP, l'utilizzo deve essere valutato,caso per caso, ed in base all'infungibilità
B02BC	FIBRINOGENO UMANO +TROMBINA UMANA+CALCIO CLORURO	SOL. adesivo tissutale	H		OSP			
B02BC30	ASSOCIAZIONI (EMOSTATICI LOCALI)	MATRICE PER USO TOPICO	C		OSP			
B02BC30	ASSOCIAZIONI (EMOSTATICI LOCALI)	FIALA CON SOL. ADES. TISS.	H		OSP			Come riportato in scheda tecnica l'efficacia e' dimostrata solo in chirurgia epatica ed ortopedica - solo per uso epilesionale, non applicare in sede intravascolare
B02BD	**Fattori della coagulazione del sangue**							
B02BD	COMPLESSO PROTROMBINICO UMANO	FL	H		OSP			si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo, limitando l'utilizzo dei farmaci ricombinti laddove ritenuto opportuno dal clinico per i pazienti naive. (500 U.I.)

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B02BD01	FATTORE II FATTORE VII FATTORE IX FATTORE X DELLA COAGULAZIONE PROTEINA C PROTEINA S	INIETT INF	H		OSP			
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo, limitando l'utilizzo dei farmaci ricombinti laddove ritenuto opportuno dal clinico per i pazienti naive. (500/1000 U.I.)
B02BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO DA FRAZIONAMENTO DEL PLASMA	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	SIMOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	TUROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	EFMOROCTOCOG ALFA	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	MOROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	INIETT INF	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	SIR PRER	A		RR	PHT	PT	
B02BD02	LONOCTOCOG (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE A CATENA SINGOLA RICOMBINANTE)	INIETT. INF	A		RR	PHT	PT	INAERIRE NOTA ???????
B02BD03	INIBITORE BYPASSANTE L'ATTIVITA' DEL FATTORE VIII	EV	A		RR	PHT	PT	
B02BD04	FATTORE IX DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	EV	A		RR	PHT	PT	si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo, limitando l'utilizzo dei farmaci ricombinti laddove ritenuto opportuno dal clinico per i pazienti naive. (1000 U.I.)
B02BD04	EFTRENONACOG ALFA	EV	A		RRL	PHT	PT	
B02BD04	NONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	EV	A		RR	PHT	PT	
B02BD04	ALBUTREPENONACOG ALFA	EV	A		RR	PHT	PT	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B02BD05	FATTORE VII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	EV	A		RR	PHT	PT	Limitatamente alle emorragie causate da disturbi congeniti o aquisiti della coagulazione dovuti esclusivamente o in parte ad una carenza di fattore VII
B02BD06	FATTORE VIII UMANO DI COAGULAZIONE FATTORE DI VON WILLEBRAND	EV	A		RR	PHT	PT	Prevenzione del trattamento delle emorragie nella malattia di von Willebrand, come da scheda tecnica
B02BD08	FATTORE+VII+DI+COAGULAZIONE+DA+DNA+RICOMBINANTE	EV	H		RNRL			
B02BD11	CATRIDECACOG(FATTOREXIII DI COAGULAZIONE+RICOMBINANTE)	EV	H		OSP			
B02BD14	SUSOCTOCOG ALFA	EV	H		OSP			FattoreVIII antiemofilico con delezione del dominio B e sequenza porcina.
B02BX	**Altri emostatici per uso sistemico**							
B02BX04	ROMIPLOSTIM	SC	H		RR			Registro Aifa
B02BX05	ELTROMBOPAG	cpr	H		RR			
B03	**Antianemici**							
B03A	**Preparati a base di ferro**							
B03AA	**Ferro bivalente, preparati orali**							
B03AA01	FERROSO GLICINA SOLFATO	CPS GASTRORES	A		RR			
B03AA07	FERROSO SOLFATO	CPR	A		RR			
B03AB	**Ferro trivalente, preparati orali**							
B03AB	FERRO TRIVALENTE, PREPARATI ORALI	GTT. SCIR	A		RR			
B03AB	FERRO TRIVALENTE, PREPARATI ORALI	FIALE	H		RR			
B03AC	**Ferro, preparati parenterali**							
B03AC	CARBOSSIMALTOSIOFERRICO	EV.	H		OSP			
B03AC	FERRISACCARATO	EV	C		OSP			
B03B	**Vitamina B12ed acido folico**							
B03BA	**Vitamina B12 (Cianocobalamina e analoghi)**							
B03BA01	CIANOCOBALAMINA	IM,GTT	A		RR			
B03BA03	IDROXOCOBALAMINA	EV,IM	A		RR			
B03BB	**Acido folico e derivati**							
B03BB01	ACIDO FOLICO	IM,CPR,CPS	A		RR			
B03X	**Altri preparati antianemici**							
B03XA	**Altri preparati antianemici**							
B03XA01	EPOETINA ALFA	INIETT,EV,SC	A		RNRL	PHT	PT	Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero della specialità medicinale a minor costo riveniente da procedure di gara
B03XA01	EPOETINA BETA	INIETT,EV,SC	A		RNRL	PHT	PT	
B03XA01	EPOTEINA TETA	INIETT,EV,SC	A		RNRL	PHT	PT	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	SIR., EV,SC	A		RNRL	PHT	PT	Comunicato EMEA Gennaio 2008: epoetine e rischio di progresSlone della crescita tumorale e di eventi tromboembolici nei pazientii con neoplasie del distretto testa-collo e rischio cardiovascolare nei pazienti con malattia renale cronica
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	SIR., EV,SC	A		RNRL	PHT	PT	
B05	**Succedanei del sangue e soluzioni perfusionali**							
B05A	**Sangue e prodotti correlati**							
B05AA	**Succedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche**							
B05AA01	ALBUMINA	EV	A	15	RR		PT	si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo, limitando l'utilizzo dei farmaci ricombinanti laddove ritenuto opportuno dal clinico per i pazienti naive.
B05AA01	ALBUMINA	EV	H		OSP			
B05AA02	ALTRE FRAZIONI PROTEICHE PLASMATICHE	EV	C		OSP			Richiesta nominativa con consulenza dell'anestesista o del SIT. Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo. Gruppo sanguigno A, B, AB, 0.
B05AA05	DESTRANO	EV	C		OSP			
B05AA06	DERIVATI DELLA GELATINA	EV	H		OSP			
B05AA07	IDROSSIETIL-AMIDO	EV	C		OSP			
B05B	**Soluzioni endovenosa**							
B05BA	**Soluzioni nutrizionali parenterali**							
B05BA01	AMINOACIDI	EV	C		OSP			
B05BA02	EMULSIONI DI GRASSI	EV	A		RR			
B05BA03	CARBOIDRATI	EV	A		RR			
B05BA03	GLUCOSIO in Acqua	SACCHE	C		RR			
B05BA10	ASSOCIAZIONI	EV	C		RNRL			
B05BA10	GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	FL	C		RR			
B05BB	**Soluzioni che influenzano l'equilibtirio elettrolitico**							
B05BB01	ELETTROLITI	INF	C		OSP			reintegro delle perdite di liquido extracellulare
B05BB01	SODIO LATTATO	FL	C		RR			
B05BB02	ELETTROLITI ASSOCIATI A CARBOIDRATI	EV	H		OSP			
B05BB03	TROMETAMOLO	EV	H		RNRL			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B05BC	**Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica**							
B05BC	GLICEROLO 10% CON SODIO CLORURO 0,9%	FC	C		RR			
B05BC01	MANNITOLO	EV	C		RR			
B05C	**Soluzioni per irrigazione**							
B05CB	**Soluzioni saline**							
B05CB01	SODIO CLORURO	EV	C		OSP			
B05CB01	SODIO CLORURO	FLC	C		OSP			
B05CX	**Altre soluzioni per irrigazione**							
B05CX	GLICINA/MANNITOLO/SORBITOLO	SACCHE	C		OSP			
B05CX10	ASSOCIAZIONI	SACCHE	C		OSP			
B05D	**Soluzioni per dialisi peritoneale**							
B05DA	**Soluzioni isotoniche**							
B05DA	SOLUZIONE PER DIALISI PERITONEALE(ICODESTRINA/SODIO CLORURO/SODIO LATTATO/ CALCIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO)	SACCHE	C		OSP			
B05DB	**Soluzioni ipertoniche**							
B05DB	SOLUZIONE PER DIALISI PERITONEALE	SACCHE	C		OSP			
B05X	**Soluzioni endovena additive**							
B05XA	**Soluzioni elettrolitiche**							
B05XA	POTASSIO ASPARTATO	FL	C		OSP			
B05XA01	POTASSIO CLORURO	FL	C		OSP			
B05XA02	SODIO BICARBONATO	FL	C		RR			
B05XA03	SODIO CLORURO	FL	C		OSP			
B05XA04	AMMONIO CLORURO	soluz.elettrolitica ev	C		OSP			
B05XA05	MAGNESIO SOLFATO	FL	C		OSP			
B05XA06	POTASSIO FOSFATO	FL	C		RR			
B05XA07	CALCIO CLORURO	FL	C		OSP			
B05XA15	POTASSIO LATTATO	FL	C		RR			
B05XA16	SODIO CLORURO, POTASSIO CLORURO, CALCIO CLORURO BIIDRATO, MAGNESIO CLORURO ESAIDRATO, sodio bicarbonato	FLC	C		OSP			
B05XA30	ACIDO LATTICO/SODIO IDROSSIDO/SODIO CLORURO/POTASSIO CLORURO/SODIO FOSFATO MONOIDRATO/SODIO FOSFATO BIIDRATO/	FL	C		OSP			
B05XB	**Aminoacidi**							
B05XB02	ALANIL GLUTAMMINA	FL IV	C		OSP			
B05XC	RETINOLO PALMITATO/ERGOCALCIFEROLO/TOCOFEROLO ALFA/FITOMENADIONE	INF.	H		OSP			Concentrato per emulsioni per adulti e bambini come da scheda tecncia
B05Z	**Emodialitici ed emofiltrati**							
B05ZB	**Emofiltrati**							
B05ZB	SOLUZIONE PER EMOFILTRAZIONE	FLC	C		OSP			
B06	**Agenti ematologici**							
B06A	**Altri agenti ematologici**							
B06AA	**Enzimi**							
B06AA	PROMELASI	CPR	C		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B06AA03	JALURONIDASI	FL	NC					Fiale 300 UI
B06AB	**Altri preparati ematologici**							
B06AB01	EMINA	FL EV	H		OSP			
B06AC	**Faramci usati nell'angioedema ereditario**							
B06AC01	C1-INIBITORE, PLASMA DERIVATO	EV	A		RR	PHT		
B06AC02	ICATIBANT	SC	H		RR			Icatibant puo' essere autosomministrato solo su decisione di un medico esperto nella diagnosi e nel trattamento dell'angioedema ereditario e solo dopo adeguato addestramento
B06AC04	CONESTAT ALFA	EV	C		RR			Da utilizzare solo nei casi accertati di attacchi acuti di angioedema in adulti con angioedema ereditatio (HAE) secondario a deficienza dell'inibitore dellesterasi C1
C	**SISTEMA CARDIOVASCOLARE**							
C01	**Terapia Cardiaca**							
C01A	**Glocosidi cardiaci**							
C01AA	**Gloicosidi digidalici**							
C01AA05	DIGOSSINA	IM,CPR , CPS, SCIR.	A		RR			
C01AA08	METILDIGOSSINA	CPR	A		RR			
C01B	**Antiaritmici, classe I e III**							
C01BB	**Antiaritmici classe IA**							
C01BB02	MEXILETINA	CPS	A		RR			
C01BC	**Antiaritmici classe IC**							
C01BC03	PROPAFENONE	EV,CPR, CPS	A		RR			
C01BC04	FLECAINIDE	CPR, CPS	A		RR			
C01BC04	FLECAINIDE	EV	H		OSP			
C01BD	**Antiaritmici classe III**							
C01BD01	AMIODARONE	CPR	A		RR			
C01BD01	AMIODARONE	EV	H		OSP			
C01BD05	IBUTILIDE	EV	C		OSP			Conversione acuta della fibrillazione atriale o del flutter atriale a ritmo sinusale
C01BD07	DRONEDARONE	CPR	A		RRL	PHT	PT	Pazienti adulti clinicamente stabili con anamnesi di fibrillazione atriale permanente o fibrillazione atriale non permanente ma in corso per prevenire una recidiva di fibrillazione atriale o per diminuire la frequenza ventricolare
C01C	**Stimolanti cardiaci, eslusi i glicosidi cardiaci**							
CO1CA	**Adrenergici e dopaminergici**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C01CA01	ETILEFRINA	EV,IM	C		RR			
C01CA02	ISOPRENALINA	EV	C		RR			
C01CA03	NOREPINEFRINA	EV	H		OSP			
C01CA04	DOPAMINA	EV	H		OSP			
C01CA07	DOBUTAMINA	EV	H		OSP			
C01CA17	MIDODRINA	IM,CPR, GTT.	C		RR			Solo per pazienti afferenti al SIT
C01CA19	FENOLDOPAM	EV	H		OSP			Terapia d'emergenza dell'ipertensione che richieda trattamento per via e.v.
C01CA24	EPINEFRINA	IM. penna prer/sir prer	H		RR			fornire ai pazienti 2 autoiniettori da portare con sé
C01CA26	EFEDRINA	IM	C		RR			
C01CA26	EFEDRINA CLORIDRATO	FL	C		RR			
C01CE	**Inibitori della fosfodiesterasi**							
C01CE03	ENOXIMONE	EV	H		OSP			
C01CX	**Altri stimolanti cardiaci**							
C01CX08	LEVOSIMENDAN	EV	C		OSP			
C01D	**Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache**							
C01DA	**Nitrati organici**							
C01DA02	NITROGLICERINA	SUBLING	C		RR			
C01DA02	NITROGLICERINA	TRANSDERMICA	A		RR			
C01DA02	NITROGLICERINA	EV	H		OSP			
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	CPR, CPS	A		RR			
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO	EV	H		OSP			
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO	CPR , CPS	A		RR			
C01E	**Altri preparati cardiaci**							
C01EA	**Prostaglandine**							
C01EA01	ALPROSTADIL	EV	H		OSP			Limitatamente al trattamenti del M. di Buerger in stadio avanzato con ischemia critica degli arti inferiori quando non e' indicato un intervento di rivascolarizzazione; trattamento delle arteriopatie obliteranti di grado severo con ischemia critica degli
C01EB	**Altri preparati cardiaci**							
C01EB07	FRUTTOSIO 1,6-DIFOSFATO	EV	C		OSP			Limitatamente all'utilizzo quale fonte di fosfato organico per l'allestimento di miscele per NPT al fine di evitare incompatibilita' con i Sali di calcio
C01EB09	UBIDECARENONE	CPS	C		SOP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C01EB10	ADENOSINA	EV	C		OSP			Nelle aritmie sopraventricolari. Nello studio della riserva coronarica
C01EB16	IBUPROFENE	EV	C		OSP			Inserito con richiesta motivata uso limitato al trattamento del dotto arterioso pervio emodinamicamente significativo nei neonaati pretermine di eta' gestazionale inferiore alle 34 settimane. Monitoraggio dell'uso
C01EB17	IVABRADINA	CPR	A		RR	PHT		
C01EB18	RANOLAZINA	CPR	A		RR	PHT		Da non aggiungere a pazienti adeguatamente controllati con terapie antianginose di prima linea
C01EB21	REGADENOSON	INIETT	C		OSP			
C02	**Antipertensivi**							
C02A	**Sostanze antiadrenergici ad azione centrale**							
C02AB	**Metildopa**							
C02AB01	METILDOPA (LEVOGIRA)	CPR	A		RR			
C02AC	**Agonisti dei recettori dell'imidazolina**							
C02AC01	CLONIDINA	EV,IM	H		OSP			
C02AC01	CLONIDINA	CPR , TRANSD	A		RR			
C02CA04	DOXAZOSIN	CPR	A		RR			
C02CA06	URAPIDIL	EV	H		OSP			
C02D	**Sostanze ad azione sulla muscolatura liscia arteriolare**							
C02DC	**Derivati pirimidinici**							
C02DC01	MINOXIDIL	CPR	C		OSP			
C02DD	**Derivati nitroferricianurici**							
C02DD01	NITROPRUSSIDO	EV	C		OSP			
C02K	**Altri antipertensivi**							
C02KX	**Antipertensiviper l'ipertensione arteriosa polmonare**							
C02KX01	BOSENTAN	CPR	H		RRL			Su richiesta motivata per il trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) per migliorare la capacita' di fare esercizio fisico nonche' i sintomi in pazienti in classe funzionale III. Ipertensione arteriosa polmonare primitiva; ipertensione art
C02KX02	AMBRISENTAN	CPR	A		RRL	PHT		Ipertensione arteriosa polmonare II III OMS

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C02KX04	MACITENTAN	CPR	A		RRL	PHT		Trattamento a lungo termine ipertensione arterioso polmonare,pazienti in classe funzionale who II e III
C02KX05	RIOCIGUAT	CPR	A		RRL	PHT		
C03	Diuretici							
C03A	Diuretici ad azione diuretica minore, tiazidi							
C03AA	Tiazidi non associate							
C03AA03	IDROCLOROTIAZIDE	CPR	A		RR			
C03B	Diuretici ad azione minore, escluse le tiazidi							
C03BA	Sulfonamidi, non associate							
C03BA04	CLORTALIDONE	CPR	A		RR			
C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore							
C03CA	Sulfonamidi, non associate							
C03CA01	FUROSEMIDE	INIET, CPR	A		RR			
C03CA01	FUROSEMIDE	SOL INIETT	H		OSP			
C03CC	Derivati dell'acido arilossiacetico							
C03CC01	ACIDO ETACRINICO	EV,CPR	C		RR			
C03D	Faramci risparmiatori di potassio							
C03DA	Antagonisti dell'aldosterone							
C03DA01	SPIRONOLATTONE	CPR , CPS	A		RR			
C03DA02	CANRENOATO DI POTASSIO	CPR	A		RR			
C03DA03	CANRENOATO DI POTASSIO	EV	H		OPS			
C03DA03	CANRENONE	CPR , CPS	A		RR			
C03DA04	EPLERENONE	CPR.RIV	A		RR			
C03E	Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione							
C03EA	Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio							
C03EA01	IDROCLOROTIAZIDE E FARMACI RISPARMIATORI DI POTASSIO	CPR , CPS	A		RR			
C03EB	Diuretici ad azione diuretica maggiore e farmaci risparmiatori di potassio							
C03EB01	FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE	CPS	A		RR			
C03X	Altri diuretici							
C03XA	Antagonisti della vasopressina							
C03XA01	TOLVAPTAN	CPR	H		RNRL			
C03XA01	TOLVAPTAN	CPR	A		RNRL	PHT		Insufficienza renale associata al rene policistico autosomico dominante - Registro Aifa
C04	Vasodilatatori periferici							
C04A	Vasodilatatori periferici							
C04AD	Derivati purinici							
C04AD03	PENTOXIFILLINA	EV	C		RR			In casi particolari di ischemia critica degli arti inferiori, del distretto oculare e auricolare
C05	Vasoprotettori							
C05A	Sostanze per il trattamento di emorroidi e ragadi anali per uso topico							
C05AA	Corticosteroidi							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C05AA01	IDROCORTISONE/BENZOCAINA/EPARINA SODICA	CR RETT	C		SOP			
C05AA10	FLUOCINOLONE ACETONIDE	TOPIC.	C		OTC			
C05BA01	EPARINOIDI ORGANICI	TOPIC.	C		SOP			
C05BB02	POLIDOCANOLO	EV	C		RR			
C05CA03	DIOSMINA/ESPERIDINA	CPR RIV	C		OSP			
C07	**Betabloccanti**							
C07A	**Betabloccanti**							
C07AA	**Betabloccanti non selettivi**							
C07AA05	PROPRANOLOLO	CPR,CPS	A		RR			
C07AA05	PROPRANOLOLO	SOL ORALE	A		RNRL	PHT	PT	
C07AA07	SOTALOLO	CPS	A		RR			
C07AA12	NADOLOLO	CPR	C		RR			
C07AB	**Bloccanti selettivi**							
C07AB02	METOPROLOLO	EV	H		OSP			
C07AB02	METOPROLOLO	CPR	A		RR			
C07AB03	ATENOLOLO	EV,CPR	A		RR			
C07AB07	BISOPROLOLO	CPR	A		RR			Farmaco con indicazione anche nello scompenso cardiaco cronico
C07AB08	CELIPROLOLO	CPR	A		RR			
C07AB09	ESMOLOLO	EV	H		OSP			Riservato a pazienti critici, da utilizzare nelle sale operatorie e nelle terapie intensive
C07AB12	NEBIVOLOLO	CPS	A		RR			Beta bloccante ad azione anche vasodilatante e con indicazione anche nello scompenso cardiaco cronico
C07AG	**Bloccantidei recettori alfa- e beta- adrenergici**							
C07AG02	CARVEDILOLO	CPR	A		RR			
C08	**Calcioantagonisti**							
C08C	**Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare**							
C08CA	**Derivati diidropiridinici**							
C08CA01	AMLODIPINA	CPR	A		RR			
C08CA02	FELODIPINA	CPR	A		RR			
C08CA05	NIFEDIPINA	CPR	A		RR			
C08CA06	NIMODIPINA	EV	H		OSP			
C08D	**Calcioantagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto**							
C08DA	**Derivati fenilalchilaminici**							
C08DA01	VERAPAMIL	EV,CPR,CPR	A		RR			
C08DB01	DILTIAZEM	EV,CPR,CPS	A		RR			
C09	**Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina**							
C09A	**ACE- inibitori, non associati**							
C09AA	**ACE-inibitore , non associati**							
C09AA01	CAPTOPRIL	CPR	A		RR			
C09AA02	ENALAPRIL	CPR	A		RR			
C09AA04	PERINDOPRIL	CPR	A		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C09AA05	RAMIPRIL	CPR	A		RR			
C09AA06	QUINAPRIL	CPR	A		RR			
C09B	**ACE-inibitore , associazioni**							
C09BA	**ACE-inibitori e diuretici**							
C09BA02	ELANAPRIL E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09BA05	RAMIPRIL E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09BB	**ACE- inibitori e calcioantagonisti**							
C09BB05	RAMIPRIL E FELODIPINA	CPR	A		RR			
C09C	**Antagonisti dell'angiotensina II, non associati**							
C09CA	**Antagonisti dell'angiotensina Ii, non associati**							
C09CA01	LOSARTAN	CPR	A		RR			
C09CA03	VALSARTAN	CPR	A		RR			
C09CA04	IRBESARTAN	CPR	A		RR			
C09CA06	CANDESARTAN	CPR	A		RR			
C09CA07	TELMISARTAN	CPR	A		RR			
C09D	**Antagonisti dell'angiotensiana II, associazioini**							
C09DA	**Antagonisti dell'angiotensaina II e diuretici**							
C09DA01	LOSARTAN E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09DA03	VALSARTAN E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09DA04	IRBESARTAN E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09DA06	CANDESARTAN E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09DA07	TELMISARTAN E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09DX	**Antagonisti dell'Angiotensina II, altre associazioni**							
C09DX04	SACUBITRIL/VALSARTAN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
C09XA02	ALISKIREN	CPR	A		RR			Per pazienti che non rispondono ad altri trattamenti di comprovato costo-efficacia. Monitoraggio dei consumi ogni sei mesi
C10	**Sostanze modificatrici del lipidi**							
C10A	**Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate**							
C10AA	**Inibitori della HMG CoA reduttasi**							
C10AA01	SIMVASTATINA	CPR	A	13	RR			
C10AA03	PRAVASTATINA	CPR	A	13	RR			
C10AA05	ATORVASTATINA	CPR	A	13	RR			
C10AA07	ROSUVASTATINA	CPR	A	13	RR			Di seconda scelta secondo la nota 13
C01AB	**Fibrati**							
C10AB05	FENOFIBRATO	CPR	A	13	RR			
C01AC	**Sequestranti degli acidi biliari**							
C10AC01	COLESTIRAMINA	BUSTINE	A	13	RR			
C01AX	**Altre sostanze modificatrici dei lipidi**							
C10AX06	OMEGA-3-TRIGLICERIDI INCLUSI ALTRI ESTERI E ACIDI	CPS	A	94/13	RR			Solo per Unita' di Terapia Intensiva coronarica
C10AX09	EZETIMIBE	CPR RIV	A	13	RR			
C10AX12	LOMITAPIDE MESILATO	CPS	A		RNRL	PHT		
C10AX13	EVOLOCUMAB	INIETT	A		RRL	PHT		

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C10AX14	ALIROCUMAB	PENNE PRERIEMPITE	A		R/NRL	PHT		
C01B	**Sostanza modificatrici dei lipidi, associazioni**							
C01BA	**Inibitori dell'HMC CoA reduttasi in associazione con altre sostanza modificatrici dei lipidi**							
C10BA02	SIMVASTATINA ED EZETIMIBE	CPR	A	13	RR			Di seconda scelta secondo la nota 13
D	**DERMATOLOGICI**							
D01	**Antimicotici per uso dermatologico**							
D01A	**Antibiotici per uso topico**							
D01AC	**Derivati imidazolici e triazolici**							
D01AC01	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		SOP			
D01AC02	MICONAZOLO NITRATO	CREMA	C		SOP			
D01AC03	ECONAZOLO NITRATO	CREMA	C		SOP			
D01AE	**Altri antimicotici per uso topico**							
D01AE20	ACIDO BORICO/FENOLO/FUCSINA/RESORCINA	SOL. 0,3% -	C		OTC			
D02	**Emolienti e protettivi**							
D02AB	ZINCO OSSIDO	UNG.	C		SOP			
D03	**Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni**							
D03A	**Cicatrizzanti**							
D03AX	**Altri cicatrizzanti**							
D03AX	FRUMENTO ESTRATTO	CREMA	C		SOP			
D03AX05	ACIDO IALURONICO	TOPIC. G.C.	C		OTC			L'uso delle pomate e' ammesso solo nei reparti di terapia intensiva, Centri Ustioni, Dermatologia
D03AX05	AC IALURONICO SALE SODICO	CREMA	C		OTC			
D03B	**Enzimi**							
D03BA	**Enzimi proteolitici**							
D03BA02	COLLAGENASI/ o Acido Ialuronico sale sodico 0,2%+ collagenasi	UNG.	C		SOP			
D03BA52	COLLAGENASI, ASSOCIAZIONI	TOPIC.	C		RR			
D04	**Antipruriginosi, inclusi antistaminici,anestetici,ecc.**							
D04A	**Antipuriginosi inclusi antistaminici, anestetici, ecc..**							
D04AB	**Anestetici per uso topico**							
D04AB01	LIDOCAINA	TOPIC.	C		USPL			
D05	**Antipsoriasici**							
D05A	**Antipsoriasici per uso topico**							
D05AX	**Altri antipsoriasici per uso topico**							
D05AX02	CALCIPOTRIOLO	TOPIC.	A		RR			
D05B	**Antipsoriasici per uso sistemico**							
D05BB	**Retinoidi per il trattamento della psoriasi**							
D05BB02	ACITRETINA	CPS	A		RNR			
D06	**Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologici**							
D06A	**Antibiotici per uso topico**							
D06AA	**Tetracicline e derivati**							
D06AA02	CLORTETRACICLINA	TOPIC.	C		RR			
D06AX	**Altri antibiotici per uso topico**							
D06AX01	ACIDO FUSIDICO	TOPIC.	C		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
D06AX07	GENTAMICINA	TOPIC.	C		RR			
D06AX09	MUPIROCINA	TOPIC.	C		RR			
D06B	**Chemioterapici per uso topico**							
D06BA	**Sulfonamidi**							
D06BA01	SULFADIAZINA ARGENTICA	TOPIC.	C		SOP			
D06BB	**Antivirali**							
D06BB03	ACICLOVIR	CREMA	C		RR			
D06BB10	IMIQUIMOD	TOPIC.	A		RRL	PHT	PT	
D07	**Corticosteroidi, preparati dermatologici**							
D07A	**Corticosteroidi non associati**							
D07AA	**Corticosteroidi deboli (gruppo I)**							
D07AA02	IDROCORTISONE	CREMA	C		RR			
D07AB	**Cotricosteroidi moderatamente attivi (gruppo II)**							
D07AB02	IDROCORTISONE BUTIRRATO	CREMA	A		RR			
D07AC	**Corticosteroidi attivi (gruppo III)**							
D07AC01	BETAMETASONE DIPROPIONATO	CREMA	C		RR			
D07AC13	MOMETASONE FUROATO	CREMA	C		RR			
D07AC14	METILPREDNISOLONE ACEPONATO	CREMA	A	88	RR			
D07AD	**Corticosterodi molto attivi (gruppo IV)**							
D07AD01	CLOBETASOLO PROPIONATO	CREMA	A		RR			
D07B	**Corticosteroidi, associazioni con antisettici**							
D07BC	**Corticosteroidi attivi , associazione con antisettici**							
D07BC04	DIFLUCORTOLONE VALERATO/CLORCHINALDOLO	CREMA	C		RR			
D07C	**Corticosteroidi, associazioni con antibiotici**							
D07CB	**Corticosterioidi moderatamente attivi, associazioni con antibiotici**							
D07CB01	TRIAMCINOLONE + CLORTETRACICLINA	POMATA	C		RR			
D07CC01	ACIDO FUSIDICO/BETAMETASONE VALERATO	CREMA	C		RR			
D07X	**Corticosteroidi, altre associazioni**							
D07XC	**Corticosteroidi attivi, altre associazioni**							
D07XC01	BETAMETASONE/ACIDO SALICILICO	UNG.	C		RR			
D08	**Antisettici e disinfettanti**							
D08A	**Antisettici e disinfettanti**							
D08AC	**Biguanidi ed amidine**							
D08AC02	CLOREXIDINA	SOL. cutanea	C		OSP			
D08AC52	CLOREXIDINA GLUCONATO - 20 mg/ml e alcool isopropilico 0.70 ml/ml	SOL. cutanea con colorante	H		OSP			
D08AD	ACIDO BORICO	SOL.	C		SOP			
D08AG	**Derivati dello iodio**							
D08AG02	POVIDONE-IODIO	TOPIC.	C		OSP			
D08AJ	**Derivati ammonici quaternari**							
D08AJ01	BENZALCONIO CLORURO	SOL. cutanea	C		OSP			
D08AK	**Derivati del mercurio**							
D08AK04	MERBROMINA	SOL. cutanea	C		SOP			
D08AX	**Altri antisettici e disinfettanti**							
D08AX	METILTIONINIO SOL.	FL	C		OTC			
D08AX07	SODIO IPOCLORITO	SOL. cutanea	C		OTC			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
D11	**Preparati dermatologici**							
D11A	**Altri preparati dermatologici**							
D11AH	**Preparati per dermatiti, escluso i corticosteroidi**							
D11AH01	TACROLIMUS	TOPIC.	A		RRL	PHT	PT	
D11AH02	PIMECROLIMUS	TOPIC.	H		RRL			
D11AH02	PIMECROLIMUS	TOPIC.	C		RRL			Prescrivibile dalle U.O.C. di Dermatologia dei presidi ospedalieri e dal Centro di riferimentoo di dermatologia pediatrica
D11AH04	ALITRETINOINA	CPS	H		RNRL			L'uso e' limitato al trattamento dell'eczema cronico severo alle mani, resistenti al trattamento con potenti corticosteroidi topici
D11AX	PIAS (ESTRATTO TOTALE DEGLI INSAPONIFICABILI DEGLI OLI DI AVOCADO E SOJA)	CPR	C		RNR			
G	**SISTEMA GENITO-URINARIO E ORMONI SESSUALI**							
G01	**Antinfettivi ed antisettici ginecologici**							
G01A	**Antinfettivi ed antisettici, escluse le associazioni con corticosteroidi**							
G01AA	**Antibiotici**							
G01AA	MECLOCICLINA SOLFOSALICILATO	OVULI	C		RR			
G01AF	**Derivati Imidazolici**							
G01AF01	METRONIDAZOLO	OVULI VAG	C		SOP			
G01AF02	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		OTC			
G01AF04	MICONAZOLO	LAVANDE	C		SOP			
G01AF05	ECONAZOLO NITRATO	OVULI	C		SOP			
G01AF20	CLOTRIMAZOLO/METRONIDAZOLO	CREMA	C		SOP			
G01AX	**Altri antiinfettivi ed antisettici**							
G01AX11	IODOPOVIDONE	LAVANDE VAGINALI	C		SOP			
G02	**Altri ginecologici**							
G02A	**Uterotonici**							
G02AB	**Alcaloidi della segale cornuta**							
G02AB01	METILERGOMETRINA	EV,IM,CPR	A		RR			
G02AD	**Prostaglandine**							
G02AD02	MISOPROSTOLO	INF	C		OSP			
G02AD02	DINOPROSTONE	GEL VAG	H		OSP			
G02AD03	GEMEPROST	OV.VAG	C		OSP			
G02AD05	SULPROSTONE	EV	H		OSP			
G02AD06	MISOPROSTOLO	Disp.Vag.	H		OSP			da utilizzare in ostetricia
G02AD06	MISOPROSTOLO	CPR	C		OSP			
G02B	**Contracettivi per uso topico**							
G02BA	**Contracettivi intrauterini**							
G02BA03	LEVONORGESTREL	SISTEMA A RILASCIO INTRAUTERINO	C		RNR			
G02C	**Altri preparati ginecologici**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
G02CA	**Simpaticomimetici, tocolitici**							
G02CA	ISOXSUPRINA CLORIDRATO	SOL. Inett.	C		RNR			
G02CA01	RITODRINA	F	A		RNR			
G02CB	**Inibitori della prolattina**							
G02CB01	BROMOCRIPTINA	CPR	A		RR			
G02CB03	CABERGOLINA	CPR	A		RNR			
G02CX	**Altri ginecologici**							
G02CX01	ATOSIBAN	EV	H		OSP			
G03	**Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale**							
G03A	**Contracettivi ormonali sistemici**							
G03AA	**Associazioni fisse estro-progestiniche**							
G03AA12	DROSPIRENONE ETINILESTRADIOLO/CLT.BET	CPR.RIV	C		RR			
G03AA13	ETINILESTRADIOLO/NORELGESTROMINA	CER	C		RR			
G03B	**Androgeni**							
G03BA	**Derivati del 3-0xoandrostene (4)**							
G03BA03	TESTOSTERONE	GEL.	A	36	RNRL	PHT	PT	
G03BA03	TESTOSTERONE/PROP/UNDECAN/ENANT	IM,CPS	A	36	RNRL	PHT	PT	
G03D	**Progestinici**							
G03DA	**Derivati del pregenere (4)**							
G03DA02	MEDROSSIPROGESTERONE	CPR	A		RNR			
G03DA03	IDROSSIPROGESTERONE	IM	A		RNR			
G03DA04	PROGESTERONE	IM	A		RNR			
G03DB	**Derivati del pregnadiene**							
G03DB04	NOMEGESTROLO ACETATO	CPR	A		RNR			
G03DC	**Derivati dell'estrene**							
G03DC02	NORETISTERONE	CPR	A		RNR			
G03G	**Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione**							
G03GA	**Gonadotropine**							
G03GA01	GONADOTROPINA CORIONICA	IM,SC	A		RR			
G03GA02	GONADOTROPINA UMANA DELLA MENOPAUSA (MENOTROPINA)	IM,SC	A	74	RRL	PHT	PT	
G03GA04	UROFOLLITROPINA	IM,SC	A	74	RRL	PHT	PT	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA	IM,SC	A	74	RRL	PHT	PT	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	IM,SC	A	74	RRL	PHT	PT	
G03GA07	LUTROPINA ALFA	SC	A	74	RR	PHT	PT	
G03GA08	CORIOGONADOTROPINA ALFA	SC	A	74	RR	PHT	PT	
G03GA09	CORIFOLLITROPINA ALFA	SC	A	74	RNRL	PHT	PT	
G03GA30	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	SC	A	74	RRL	PHT	PT	
G03H	**Antiandrogeni**							
G03HA	**Antiandrogeni non associati**							
G03HA01	CIPROTERONE ACETATO	IM. CPR	A		RNR			
G03X	**Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale**							
G03XB	**Modulatori dei recettori del progesterone**							
G03XB01	MIFEPRISTONE	CPR	H		OSP			
G03XB02	ULIPRISTAL ACETATO	CPR	A	51	RNRL	PHT	PT	
G04	**Urologici**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
G04B	**Urologici**							
G04BC	**Solventi dei calcoli urinari**							
G04BC	KALNACITRATO	GRANU PER OS	C		RR			
G04BD	**Faramci per la frequenza urinaria e l'incontinenza**							
G04BD04	OXIBUTININA	CPR	A	87	RR			
G04BD06	PROPIVERINA CLORIDRATO	CPR	C		RR			
G04BD07	TOLTERODINA TARTRATO	CPS/CPR	A		RR			
G04BD08	SOLIFENACINA SUCCINATO	CPR	C		RR			
G04BD12	MIRABEGRON	CPR	C		RR			
G04BE	**Farmaci usati nella disfunzione dell'erezione**							
G04BE01	ALPROSTADIL	INTRACAV	A	75	RNR		PT	
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO	CPR RIVESTITE	A	75	RR	PHT	PT	
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO	POLV PER SOSP OS	A		RRL	PHT		
G04BE08	TADALAFIL	CPR	A	75	RR	PHT	PT	
G04BE08	TADALAFIL	CPR	A		RRL	PHT		
G04BE09	LEVITRIA	CPR	A	75	RR	PHT	PT	
G04BE10	AVANAFIL	CPR	A	75	RR	PHT	PT	
G04C	**Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna**							
G04CA	**Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici**							
G04CA01	ALFUZOSINA CLORIDRATO	CPR	A		RR			
G04CA02	TAMSULOSINA	CPS	A		RR			
G04CB	**Inibitori della testosterone-5-alfa reduttasi**							
G04CB01	FINASTERIDE	CPR	A		RR			
G04CB02	DUTASTERIDE	CPS	A		RR			
G04CX	**Altri farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna**							
G04CX03	MEPARTRICINA	CPR	C		RR			
H	**PREPARATI ORMONALI SISTEMICI**							
H01	**Ormoni ipofisari ed ipotalamicied analoghi**							
H01A	**Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi ed analoghi**							
H01AA	**ACTH**							
H01AA02	TETRACOSACTIDE	EV,IM	C					
H01AC	**Somatropina ed agonisti della somatropina**							
H01AC01	SOMATROPINA	INIETT	A	39	RRL	PHT	PT	
H01AC03	MECASERMINA	SC	H		RNRL			Per il trattamento a lungo termine del deficit di accrescimento nei bambini e negli adolescenti con deficit primario severo del fattore di crescita insulino-simile di tipo I (IGFD primario)
H01AX	**Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi**							
H01AX01	PEGVISOMANT	SC	A		RNRL	PHT		
H01B	**Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi**							
H01BA	**Vasopressina ed analoghi**							
H01BA02	DESMOPRESSITNA	ENDONAS,EV,IM ,OS,SC	A		RR	PHT	PT	
H01BA04	TERLIPRESSINA	EV	H		OSP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
H01BB	**Oxitocina e analoghi**							
H01BB02	OXITOCINA	EV,IM	H		OSP			
H01BB03	CARBETOCINA	EV	C		OSP			L'uso e' limitato a pazienti ad alto rischio di emorragia postpartum (come placenta previa, parto gemellare o parto pretermine prima della trentaduesima settimana)
H01C	**Ormoni ipotalamici**							
H01CA	**Ormoni liberatori delle gonadotropine**							
H01CA01	GONADORELINA	ENDONAS	A		RR	PHT	PT	
H01CB	**Ormoni anticrescita**							
H01CB01	SOMATOSTTAINA	EV	H		OSP/RR			
H01CB02	OCTREOTIDE	EV,IM,SC	A		RR	PHT	PT	
H01CB03	LANREOTIDE	IM	A		RR	PHT	PT	
H01CB05	PASIREOTIDE	IM	A		RNRL	PHT		
H01CB05	PASIREOTIDE	SC	A		RNRL	PHT	PT	
H02	**Corticosterodi sistemici**							
H02A	**Corticosteroidi sistemici non associati**							
H02AA	**Mineralcorticoidi**							
H02AA02	FLUDROCORTISONE ACETATO	CPR EFF	A		RR			
H02AB	**Glicocorticoidi**							
H02AB01	BETAMETASONE	IM ,CPR	A		RR			
H02AB02	DESAMETASONE	IM,CPR, GTT.	A		RR			
H02AB04	METILPREDNISOLONE	IM,CPR	A		RR			
H02AB07	PREDNISONE	CPR	A		RR			
H02AB08	TRIAMCINOLONE	INIETT.	A		RR			
H02AB09	IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO	EV	A		RR			
H02AB09	IDROCORTISONE	CPR	H		RRL			
H02AB10	CORTISONE	CPR	A		RR			
H02AB13	DEFLAZACORT	CPR, GTT	C		RR			
H02BX	**Corticosteroidi sistemici associati**							
H02BX01	METILPREDNISOLONE, ASSOCIAZIONI	INIETT.	C		RR			
H03	**Terapia toroidea**							
H03A	**Preparati tiroidei**							
H03AA	**Ormoni tiroidei**							
H03AA01	LEVOTIROXINA SODICA	CPR , GTT.	A		RR			
H03B	**Preparati antitoroidei**							
H03BB	**Derivati imidazolici contenenti zolfo**							
H03BA02	PROPILTIOURACILE	CPR	A		NC			
H03BB02	TIAMAZOLO	CPR	A		RR			
H04	**Ormoni pancreatici**							
H04A	**Ormoni glicogenolotici**							
H04AA	**Ormoni glicogenolitici**							
H04AA01	GLUCAGONE	FIALE	H		OSP			
H05	**Calcio - omeostatici**							
H05A	**Ormoni paratiroidei e analoghi**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
H05AA	**Ormoni paratiroidei e analoghi**							
H05AA02	TERIPARATIDE	SC	A	79	RR		PT	
H05BX01	CINACALCET	CPR	A		RRL	PHT	PT	
H05BX02	PARACALCITOLO	EV,INIET,CPS	A		RR	PHT	PT	Iperparatiroidismo secondario ad insufficienza renale cronica
H05BX04	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	EV	A		RRL	PHT		Moniotoraggio addizionale.Iperparatiroidismo secondario ad insufficienza renale cronica,da iniettare ev immediatamente dopo la fine della dialisi.
J								
J01	**Antibatterici per uso sistemico**							
J01A	**Tetracicline**							
J01AA	**Tetracicline**							
J01AA02	DOXICICLINA	CPR	A		RR			Doxiciclina e Minociclina sono sostanzialmente equivalenti
J01AA08	MINOCICLINA	CPS	A		RR			
J01AA12	TIGECICLINA	EV	H		OSP			Approvato per utilizzo in infezioni di cute e tessuti molli, infezioni intraaddominali, polmoniti comunitarie (preferibilmente come parte di un regime di associazione) causate da MRSA, Acinetobacter spp [Mandell, Surg Inf Soc 2016, Sanford Guide ABX tx 2017]
J01B	**Amfenicoli**							
J01BA	**Amfenicoli**							
J01BA01	CLORAMFENICOLO	IM	H		OSP			
J01BA02	TIAMFENICOLO GLICINATO ACETILCISTEINATO	FL	C		RR			
J01C	**Antibatterici beta-lattamici,penicelline**							
J01CA	**Penicelline ad ampio spettro**							
J01CA01	AMPICILLINA	EV,IM,CPS , CPR	A		RR			
J01CA04	AMOXICILLINA	CPR , CPS , POLV.	A		RR			
J01CA04	AMOXICILLINA	EV	H		OSP			
J01CA12	PIPERACILLINA	EV,IM	A	55	RR			
J01DCO1	CEFOXITINA SODICA	EV	H		OSP			
J01CE	**Penicelline sensibili alle beta - lattamasi**							
J01CE01	BENZILPENICILLINA	EV,IM	C		RRH			
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINA	IM	A	92	RR	PHT		
J01CF	**Penicilline resistenti alle beta - lattamasi**							
J01CF04	OXACILLINA	IM	A		RR			
JO1CR	**Associazioni di pemìnicilline, inclusi gli inibitori delle beta - lattamasi**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01CR01	AMPICILLINA SULBACTAM	EV,IM	A	55	RR			Amoxi-clav e Amp-sulb NON sono equivalenti in relazione a: -spettro azione (> efficacia di amoxi-clav vs alcune specie di stafilococchi coagulasi-neg, bacilli Gram neg come Moraxella catharralis, bacilli anaerobi Gram neg; >possibile efficacia di amp-sub vs Acinetobacter spp, contro cui è INATTIVO amoxi-clav; efficacia elettiva di amp-sulb vs Listeria); -formulazione (solo ev x amp-sulb) [Sanford Guide ABX tx 2017; John Hopkins Guide ABX 2015-16]
J01CR02	AMOXICILLINA TRIIDRATO POTASSIO CLAVULONICO	BUST, CPR	A		RR			
J01CR05	PIPERACILLINA SODICA TAZOBACTAM SODICO	EV,IM	A	55	RR			
J01CR05	PIPERACILLINA SODICA TAZOBACTAMSODICO	EV	H		OSP			
J01CR02	AMOXICILLINA SODICA POTASSIO CLAVULONICO	EV	H		RNRL			
J01D	**Altri antibatterici beta - lattamasi**							
J01DB	**Cefalosporine di prima generazione**							
J01DB01	CEFALEXINA	CPR , SOSP.	A		RR			
J01DB03	CEFALOTINA	EV,IM	A		RR			
J01DB04	CEFAZOLINA	EV,IM	A		RR			
J01DC	**Cefalosporine di seconda generazione**							
J01DC01	CEFOXITINA SODICA	EV	H		OSP			
J01DC02	CEFUROXIMA	EV,IM	A		RR			
J01DC04	CEFACLORO	CPR ,CPS, SOSP.	A		RR			
J01DD	**Cefalosporine di terza generazione**							
J01DD01	CEFOTAXIMA	EV,IM	A		RR			
J01DD01	CEFOTAXIMA	EV	H		OSP			
J01DD02	CEFTAZIDIMA	EV,IM	A	55	RR			
J01DD04	CEFTRIAXONE	IM	A		RR			
J01DD04	CEFTRIAXONE	EV	H		OSP			
J01DD08	CEFIXIMA	CPR, POLV PER SOSP OS	A		RR			
J01DD09	CEFODIZIMA DISODICA	FL	H		OSP			
J01DE	**Cefalosporine di quarta generazione**							
J01DE01	CEFEPIME	EV,IM	A	55	RR			
J01DF	**Monobattami**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01DF01	AZTREONAM	SOL NEBUL.	C		OSP			approvazione EMA solo in forma nebulizzata x P. aeruginosa in pz con fibrosi cistica, tuttavia attività vs P. aeruginosa e altri Gram neg anche come tp di salvataggio in corso di meningiti/polmoniti e/o in pz con allergia alle penicilline [Johns Hopkins ABX Guide 2015-16, scheda tecnica EMA, Sanford Guide ABX tx 2017]
J01DH	**Carbapenemi**							
J01DH02	MEROPENEM	EV	H		OSP			
J01DH03	ERTAPENEM	EV	H		OSP			
J01DH51	IMIPENEM CILASTINA SODICA	EV,IM	H		OSP			
J01DI	**Altre cefalosporine e penemi**							
J01DI01	CEFTOBIPROLO MEDOCARIL	INF	H		OSP			
J01DI02	CEFTAROLINA FOSAMIL	INF	H		OSP			
J01DI54	CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM	EV	H		OSP			
J01E	**Sulfanamidi e trimetropin**							
J01EC	**Sulfamidici ad azine diretta**							
J01EC02	SULFADIAZINA	CPR	CN					Terapia di scelta (induzione e mantenimento) della toxoplasmosi SNC nei pz HIV positivi [Sanford Guide ABX 2017; HIV OI Guidelines CDC 2016]
J01EE	**Associazioni di sulfonamidi con trimetoprim, inclusi i derivati**							
J01EE01	SULFAMETOXAZOLO E TRIMETOPRIM	EV,CPR , SOSP OS	A		RR			
J01F	**Macrolidi, lincosamidi e streptogramine**							
J01FA	**Macrolidi**							
J01FA01	ERITROMICINA	EV,CPR	A		RR			
J01FA02	SPIRAMICINA	CPR	A		RR			
J01FA09	CLARITROMICINA	EV	H		RNRL			
J01FA09	CLARITROMICINA	SOSP OS , CPR	A		RR			
J01FA10	AZITROMICINA	EV	H		OSP			
J01FA10	AZITROMICINA	CPR , SOSP OS	A		RR			
J01FA10	AZITROMICINA	EV	H		OSP			
J01FF	**Lincosamidi**							
J01FF01	CLINDAMICINA	IM , EV	A		RR			
J01FF01	CLINDAMICINA	EV	H		OSP			
J01FF02	LINCOMICINA CLORIDRATO	CPR, EV,IM	A		RR			
J01G	**Antibatterici aminoglicosidici**							
J01GB	**Altri aminoglicosidici**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01GB01	TOBRAMICINA SOLFATO	IM	A	55	RR			Gli aminoglicosidi sono accomunati per l'attività vs bacilli aerobi Gram neg, tuttavia differiscono per spettro d'azione: gentamicina ha maggiore attività vs Serratia e anche vs patogeni gram pos (MSSA, strepto/enterococchi); tobramicina particolarmente attiva vs P. aeruginosa; amikacina conserva in genere attività vs ceppi batterici resistenti a genta e tobra [Merck Manuals; Sanford Guide abx 2017; Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 8]
J01GB03	GENTAMICINA		H		OSP			Gentamicina è spesso l'unico farmaco attivo verso Klebsiella Pneumoniae multiresistente o carbapenemasi produttrice
J01GB06	AMIKACINA	EV,IM	A	55	RR			
J01GB06	AMIKACINA	EV,IM	H		OSP			
J01GB07	NETILMICINA	IM	A	55	RR			
J01M	**Antibatterici chinolonici e chinossaline**							
J01MA	**Fluorochinoloni**							
J01MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO	SOSP OS , CPR	A		RR			
J01MA02	CIPROFLOXACINA/LATTATO	EV	H		OSP			
J01MA03	PEFLOXACINA MESILATO	CPR RIV	A		RR			
J01MA06	NORFLOXACINA	CPR	A		RR			
J01MA12	LEVOFLOXACINA	CPR	A		RR			
J01MA12	LEVOFLOXACINA	EV	H		OSP			
J01MA14	MOXIFLOXACINA	CPR	A		RR			
J01MA14	MOXIFLOXACINA	EV	H		OSP			
J01MA17	PRULIFLOXACINA	CPR	A		RR			
J01MB04	ACIDO PIPEMIDICO	CPS	A		RR			
J01X	**Altri antibatterici**							
J01XA	**Antibatterici glicopeptidici**							
J01XA01	VANCOMICINA	EV, SOL OS	H		OSP			
J01XA02	TEICOPLANINA	SOL OS,IM,EV	A	56	RR			
J01XA02	TEICOPLANINA	SOL OS,IM,EV	H		OSP			
J01XA04	DALBAVANCINA	EV	H		OSP			Scheda cartacea per preescrizione. Edotto
J01XB	**Polimixine**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01XB01	COLISTINA	EV	C		RNRL			terapia di associazione delle infezioni gravi da batteri gram neg MDR, non solo Pseudomonas spp!, Klebsiella spp, Acinetobacter spp, E. coli [Sanford Guide abx tp 2017]
J01XB01	COLISTINA	INIET	C		RR			terapia di associazione delle infezioni gravi da batteri gram neg MDR, non solo Pseudomonas spp!, Klebsiella spp, Acinetobacter spp, E. coli [Sanford Guide abx tp 2017]
J01XB01	COLISTINA	POLV.PER INAL	C		RNRL			terapia di associazione delle infezioni gravi da batteri gram neg MDR, non solo Pseudomonas spp!, Klebsiella spp, Acinetobacter spp, E. coli [Sanford Guide abx tp 2017]
J01XD	**Derivati imidazolici**							
J01XD01	METRONIDAZOLO	EV	H		OSP			
J01XE	**Derivati nitrofuranici**							
J01XE01	NITROFURANTOINA MACROCRISTALLI	CPS	C		RR			
J01XX	**Altri antibatterici**							
J01XX01	FOSFOMICINA DISODICA	EV	H		OSP			Da utilizzare quando l'uso degli antibatterici comunemente raccomadati per il trattamento delle indicazioni da scheda tecnica non sono stati efficaci.
J01XX01	FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO	BUST	A		RR			
J01XX08	LINEZOLID	INFUSIONE	H		OSP			Attivo contro i batteri Gram + incluso lo stafilococco aureus resistente alla meticillina ed lEnterococco resistente alla Vancomicina.Da utilizzare preferibilmente in terapia mirata
J01XX08	LINEZOLID	CPR	A		RNRL	PHT		

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01XX09	DAPTOMICINA	EV	H					Indicazioni in-label: infezioni cute e tessuti molli, endocardite dx, batteriemie da Gram pos, compreso MRSA e VRE. Utilizzata anche per endocardite sx in base alle evidenze scientifiche [Sanford Guide abx tp 2017][Guleri, Inf Dis Therapy 2015]. Ampiamente utilizzato per il trattamento delle infezioni protesiche vascolari e non per la attività all'inteno del biofilm. somministrazione monoquotidiana
J01XX11	TEDIZOLID FOSFATO	INFUSIONE	H		OSP			Indicazione come da scheda tecnica
J01XX11	TEDIZOLID FOSFATO	CPR	A		RNRL	PHT		Indicazione come da scheda tecnica
J02	**Antimicotici per uso sistemico**							
J02A	**Antimicotici per uso sistemico**							
J02AA	**Antibiotici**							
J02AA01	AMFOTERICINA B	INFUSIONE	C		OSP			
J02AA01	AMFOTERICINA B	EV	H		OSP			Le formulazioni lipidiche ed in formulazioni liposomiali trovano indicazione nelle micosi sistemiche gravi in cui il rischio dii tossicita' (in particolare nefrotossicita') preclude l'impiego di amfotericina convenzionale VECCHIO CODICE A07AA07
J02AB	**Derivati imidazolici**							
J02AB02	KETOCONAZOLE	CPR	A		RNRL	PHT		
J02AC	**Derivati triazolici**							
J02AC01	FLUCONAZOLO	SOSP OS, CPS	A		RR			
J02AC01	FLUCONAZOLO	EV	H		OSP			
J02AC02	ITRACONAZOLO	SOSP OS, CPS	A		RR			
J02AC02	ITRACONAZOLO	EV	H		OSP			
J02AC03	VORICONAZOLO	CPR	A		RNRL	PHT		
J02AC03	VORICONAZOLO	EV	H		RNRL			
J02AC04	POSACONAZOLO	SOSP OS, CPR	A		RNRL	PHT		Limitatamente alla terapia di salvataggio dei pazienti: con evidenza clinica o microbiologica di miceti resistenti o refrattari o intolleranti alle terapie standard. Profilassi di infezioni fungine invasive nei seguenti pazienti: in chemioterapia

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J02AC05	ISAVUCONAZOLO (sotto forma di isavuconazonio solfato)	CPS	A		RNRL	PHT		
J02AC05	ISAVUCONAZOLO (sotto forma di isavuconazonio solfato)	EV	H		OSP			
J02AX	**Altri antimicotici per uso sistemico**							
J02AX01	FLUCITOSINA	EV	H		OSP			
J02AX04	CASPOFUNGIN	EV	H		OSP			
J02AX05	MICAFUNGIN	EV	H		OSP			
J02AX06	ANIDULAFUNGINA	EV	H		OSP			
J04	**Antimicobatterici**							
J04A	**Farmaci per il trattamento della tubercolosi**							
J04AB	**Antibiotici**							
J04AB02	RIFAMPICINA	EV,IM,CPR , CPS, SCIR	A		RR			
J04AB03	RIFAMICINA	EV,IM	C		RR			
J04AB04	RIFABUTINA	CPS	A	56	RR			Indicazione principale: terapia delle infezioni da M. avium, ma anche in sostituzione di rifampicina per infezione da MTB in presenza di interazioni farmacologiche. Lo spettro di azione copre, oltre a MTB e M. avium, anche bovis, kansasii, marinum, ulcerans. [Sanford Guide abx tp 2017]
J04AC	**Idrazidi**							
J04AC01	ISONIAZIDE	EV,IM,CPR	A		RR			
J04AK	**Altri farmaci per il trattamento della tubercolosi**							
J04AK01	PIRAZINAMIDE	CPR	A		RR			
J04AK02	ETAMBUTOLO	CPR	A		RR			
J04AK05	BEDAQUILINA	CPR	H		RNRL			
J04AK06	DELAMANID	CPR	H		RNRL			
J04AM	**Associazioni di farmaci per il trattamento della tubercolosi**							
J04AM02	RIFAMPICINA E ISONIAZIDE	CPR	A		RR			
J04AM05	RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDE E ISONIAZIDE	CPR	A		RR			
J04AM06	RIFAMPICINA/ISONIAZIDE/PIRAZINAMIDE/ETAMBUTOLO CLORIDRATO	CPR	A		RR			
J05	**Antivirali per uso sitemico**							
J05A	**Antivirali ad azione diretta**							
J05AB	**Nucleosidi e nucleotidi, esclusi gli ibibitori della transcrittasi inversa**							
J05AB01	ACICLOVIR	SOSP OS, CPR, EV	A	84	RR			
J05AB01	ACICLOVIR	IV	H		OSP			
J05AB04	RIBAVIRINA	CPR, CPS	A		RNRL	PHT		
J05AB06	GANCICLOVIR	EV	H		OSP			
J05AB09	FAMCICLOVIR	CPR	A	84	RR			
J05AB11	VALACICLOVIR	CPR	A	84	RR	PHT		
J05AB14	VALGANCICLOVIR	CPR , POLV.	A		RR	PHT	PT	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J05AD	**Derivati dell'acido fosfonico**							
J05AD01	FOSCARNET	EV	H		OSP			
J05AE	**Inibitori delle proteasi**							
J05AE01	SAQUINAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AE03	RITONAVIR	CPR , BUST.	H		RNRL			
J05AE07	FOSAMPRENAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AE08	ATAZANAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AE09	TIPRANAVIR	CPS	H		RNRL			
J05AE10	DARUNAVIR	CPR , SOSP-	H		RNRL			
J05AE12	BOCEPREVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AE14	SIMEPREVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AF	**Nucleosidi e nucleotidi inibitori della transcrittasi inversa**							
J05AF01	ZIDOVUDINA	SCIR,EV,CPS	H		RRL			
J05AF02	DIDANOSINA	CPS ,POLV.	H		RRL			
J05AF04	STAVUDINA	CPS	H		RNRL			
J05AF05	LAMIVUDINA	CPR	H		RNRL			
J05AF05	LAMIVUDINA	CPR	A		RR	PHT	PT	
J05AF06	ABACAVIR	CPR. SOL OS	H		RNRL			
J05AF07	TENOFOVIR DISOPROXIL	CPR	H		RNRL			
J05AF08	ADEFOVIR DIPIVOXIL	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AF09	EMTRICITABINA	CPS , SOL OS	H		RNRL			
J05AF10	ENTECAVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AF11	TELBIVUDINA	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AG	**Non-nucleosidi inibitori della transcrittasi inversa**							
J05AG01	NEVIRAPINA	CPR , SOSP OS	H		RNRL			
J05AG03	EFAVIRENZ	CPR , CPR	H		RNRL			
J05AG04	ETRAVIRINA	CPR	H		RNRL			
J05AG05	RILPIVIRINA CLORIDRATO	CPR	H		RNRL			
J05AH	**Inibitori della neuraminidasi**							
J05AH02	OSELTAMIVIR FOSFATO	CPS	C		RR			
J05AR	**Antivirali per il trattamento dell'infezione da HIV associazioni**							
J05AR01	ZIDOVUDINA E LAMIVUDINA	CPR	H		RNRL			
J05AR02	LAMIVUDINA E ABACAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AR03	TENOFOVIR DISOPROXIL E EMTRICITABINA	CPR	H		RNRL			
J05AR04	ZIDOVUDINA, LAMIVUDINA E ABACAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AR06	EMTRICITABINA, TENOFOVIR DISOPROXIL E EFAVIRENZ	CPR	H		RNRL			
J05AR08	EMTRICITABINA, TENOFOVIR DISOPROXIL E RILPIVIRINA	CPR	H		RNRL			
J05AR09	EMTRICITABINA, TENOFOVIR DISOPROXIL, ELVITEGRAVIR E COBICISTAT	CPR	H		RNRL			
J05AR10	LOPINAVIR E RITONAVIR	CPR ,SOL OS	H		RNRL			
J05AR13	LAMIVUDINA, ABACAVIR E DOLUTEGRAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AR14	DARUNAVIR E COBICISTAT	CPR	H		RNRL			
J05AR15	ATAZANAVIR/COBICISTAT	CPR	H		RNRL			
J05AR17	EMTRICITABINA/TENOFOVIR/ALAFENAMIDE FUM.	CPR	H		RNRL			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J05AR18	ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITAMINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDE	CPR	H		RNRL			
J05AR19	EMITRICITABINA/RILIPIVIRINA/TENOFOVIR/ALAFENAMIDE	CPR	H		RNRL			
J05AX	**Altri antivirali**							
J05AX	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	CPR	A		RNRL	PHT		pangenotipico
J05AX	GLECAPEVIR/PRIPENRAS	CPR	A		RNRL	PHT		pangenotipico
J05AX07	ENFUVIRTIDE	SC	H		RNRL			
J05AX08	RALTEGRAVIR	CPR,POLV.	H		RNRL			
J05AX09	MARAVIROC	CPS	H		RNRL			
J05AX12	DOLUTEGRAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AX14	DACLATASVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX15	SOFOSBUVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX16	DASABUVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX65	SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX67	OMBITASVIR, PARITAPREVIR E RITONAVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J06	**Sieri immuni ed immunoglobuline**							
J06B	**Immunolglobuline**							
J06BA	**Immunoglobuline umane normali**							
J06BA	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	SC	H		RNRL			
J06BA01	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	EV	H		RNRL			
J06BA02	IMMUNOGLOBULINU UMANA NORMALE	INF	H		OSP			si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo
J06BB	**Immunoglobuline specifiche**							
J06BB01	IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	EV,IM	A		RR	PHT	PT	ev solo per la porpora trombocitopenica
J06BB02	IMMUNOGLOBULINA TETANICA	IM	A		RR			
J06BB03	IMMUNOGLOBULINA ANTI-VARICELLA/ZOSTER	EV	H		NC			
J06BB04	IMMUNOGLOBULINA EPATITICA B	IM/SC	A		RR			
J06BB04	IMMUNOGLOBULINA EPATITICA B	EV	H		OSP			
J06BB09	IMMUNOGLOBULINA CITOMEGALOVIRICA	EV	H		OSP			
J06BB16	PALIVIZUMAB	INIETT	A		RRL	PHT	PT	
L	**Farmaci Antineoplastitici e Immunomodulatori**							
L01	**Antineoplastici**							
L01A	**Sostanze alchilanti**							
L01AA	**Ciclofosfamide**							
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	CPR	A		RNR			
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	INIETT	H		OSP			
L01AA02	CLORAMBUCIL	CPR	A		RNR			
L01AA03	MELFALAN	EV	H		RNR			
L01AA03	MELFALAN	CPR	A		RNR			
L01AA06	IFOSFAMIDE	EV	H		OSP			
L01AA09	BENDAMUSTINA	EV	H		OSP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01AB	**Alchilsulfonati**							
L01AB01	BUSULFANO	INF	H		OSP			
L01AC	**Elilenimine**							
L01AC01	TIOTEPA	EV	H		OSP			
L01AD	**Nitrosouree**							
L01AD01	CARMUSTINA	EV,IMPIANTO	H		OSP			
L01AD05	FOTEMUSTINA	EV	H		OSP			
L01AX	**Altre sostanza alchilanti**							
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	CPS	A		RNRL	PHT		
L01AX04	DACARBAZINA	EV	C		OSP			
L01B	**Antimetaboliti**							
L01BA	**Analoghi dell'acido folico**							
L01BA01	METOTREXATO	EV,IM	A		RNR			
L01BA01	METOTREXATO	EV	H		OSP			
L01BA03	RALTITREXED	EV	H		OSP			
L01BA04	PEMETREXED	EV	H		OSP			
L01BB	**Analoghi della purina**							
L01BB02	MERCAPTOPURINA	CPR	A		RNR			
L01BB03	TIOGUANINA	CPR	A		RNR			
L01BB04	CLADRIBINA	EV	C		OSP			
L01BB04	CLADRIBINA	INIETT.	H		OSP			
L01BB05	FLUDARABINA	EV	H		OSP			
L01BB05	FLUDARABINA	CPR	A		RNRL	PHT		
L01BB06	CLOFARABINA	INF	H		OSP			Pazienti Pediatrici. Indicazioni AIFA
L01BB07	NELARABINA	EV	H		OSP			
L01BC	**Analoghi della pirimidina**							
L01BC01	CITARABINA	EV	H		OSP			
L01BC02	FLUOROURACILE	EV,TOP	H		OSP			
L01BC05	GEMCITABINA	EV	H		OSP			
L01BC06	CAPECITABINA	CPR	A		RNRL	PHT		In alternativa al 5-FU quando non sia possibile la somministrazione e.v.
L01BC07	AZACITIDINA	SC	H					Trattamento di pazienti adulti affetti da sindromi mielodispastiche, leucemia mielomonocitica cronica, leucemia mieloide acuta a seguito di sindrome mielodispastica, che non possono sottoporsi a trapianto di midollo osseo
L01BC08	DECITABINA	EV	H		RNRL			
L01BC53	TEGAFUR, GIMERACIL, OTERACIL	CPS	A		RNRL	PHT		
L01BC05	GEMCITABINA CLORIDRATO	SOL.PRONTA	H		OSP			
L01C	**Alcaloidi derivati da piante ed altri prodotti naturali**							
L01CA	**Alcaloidi della vinca ed analoghi**							
L01CA01	VINBLASTINA	EV	H		OSP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01CA02	VINCRISTINA	EV	H		OSP			
L01CA03	VINDESINA	EV	H		OSP			
L01CA04	VINORELBINA	EV	H		OSP			
L01CA05	VINFLUNINA	EV	H		OSP			
L01CB	**Derivati della podofillotossina**							
L01CB01	ETOPOSIDE	EV	H		OSP			
L01CD	**Taxani**							
L01CD01	PACLITAXEL ALBUMINA	EV	H		OSP			
L01CD01	PACLITAXEL	EV	H		OSP			Come da linee guida AIOM, si pone in risalto il vantaggio della formulazione di Paclitaxel a nanoparticelle che non richiede premedicazione
L01CD02	DOCETAXEL	EV	H		OSP			
L01CD04	CABAZITAXEL	EV	H		OSP			
L01CX	**Altri alcaloidi semplici e prodotti naturali**							
L01CX01	TRABECTEDINA	EV	H		OSP			
L01D	**Antibiotici citotossici e sostanza correlate**							
L01DA	**Actinomicine**							
L01DA01	DACTINOMICINA	FL	H		OSP			
L01DB	**Antracicline e sostanza correlate**							
L01DB01	DOXORUBICINA	EV	H		OSP			In associazione al Bortezomid nel mieloma multiplo. Myocet, in associazione con la ciclofosfamide e' indicato per il trattamento di prima linea del cancro metastatizzato della mammella nelle donne. Nei linfomi non Hodgin in associazione RCMP in monoterapia
L01DB02	DAUNORUBICINA	EV	H		OSP			
L01DB03	EPIRUBICINA	EV	H		OSP			
L01DB06	IDARUBICINA	EV	H		OSP			
L01DB07	MITOXANTRONE	EV	H		OSP			
L01DC	**Altri antibiotici citotossici**							
L01DC01	BLEOMICINA	EV,IM	H		OSP			
L01DC03	MITOMICINA	EV	H		OSP			
L01X	**Altri antineoplastici**							
L01XA	**Composti del platino**							
L01XA01	CISPLATINO	EV	H		OSP			
L01XA02	CARBOPLATINO	EV	H		OSP			
L01XA03	OXALIPLATINO	EV	H		OSP			
L01XB	**Metilidrazine**							
L01XB01	PROCARBAZINA	CPS	A		RNR	PHT		
L01XC	**Anticorpi monoclonali**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01XC02	RITUXIMAB	EV, SC	H		OSP			Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero della specialità medicinale a minor costo riveniente da procedura di gara.
L01XC03	TRASTUZUMAB	SC. INIETT	H		RNRL			
L01XC06	CETUXIMAB	EV	H		OSP			Inserimento ai sensi della L. 648/96 per le indicazioni di cui alle Determine AIFA n. 1119/2017 e n. 1121/2017
L01XC07	BEVACIZUMAB	EV	H		OSP			
L01XC08	PANITUMUMAB	EV	H		OSP			
L01XC09	CATUMAXOMAB	INF,INTRAPERIT	H		OSP			
L01XC10	OFATUMUMAB	EV	H		OSP			
L01XC11	IPILIMUMAB	INF	H		OSP			
L01XC12	BRENTUXIMAB VEDOTIN	EV, INF	H		OSP			
L01XC13	PERTUZUMAB	EV	H		OSP			
L01XC14	TRASTUZUMAB EMTANSINE	INF	H		OSP			
L01XC15	OBINUTUZUMAB	INF	H		OSP			
L01XC17	NIVOLUMAB	INIETT	H		OSP			
L01XC18	PEMBROLIZUMAB	EV	H		OSP			
L01XC19	BLINATUMOMAB	SOL INFUSIONE	H		OSP			
L01XC21	RAMUCIRUMAB	EV	H		OSP			
L01XC23	ELOTUZUMAB	EV	H		OSP			
L01XC24	DARATUMUMAB	EV	H		OSP			
L01XC27	OLARATUMAB	EV	H		OSP			
L01XD	**Sensibilizzatori usati nella terapia fotodinamica/radiante**							
L01XD03	METILAMINOLEVULINATO	CREMA	H		USPL			
L01XD05	TEMOPORFIN	EV	C		OSP			Da somministrare solo in strutture sanitarie dotate di ambienti dedicati e adeguatamente attrezzati per terapie con farmaci fotosensibili
L01XE	**Inibitori della protein chinasi**							
L01XE01	IMATINIB	CPR,CPS	A		RNRL	PHT		Si raccomandata l'utilizzo del farmaco generico ovvero del farmaco a base di Imatinib a minor costo.
L01XE01	IMATINIB	CPS	A		RNRL	PHT	PT	Per l' indicazione terapeutica GIST, coperta da brevetto fino al 2021, l'unica specialità medicinale prescrivibile è il GLIVEC.

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01XE02	GEFITINIB	CPR	H		RNRL			La prescrizione e' subordinata all'accertamento della mutazione genetica EGFR-TK (sottoposto a monitoraggio AIFA)
L01XE03	ERLOTINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE04	SUNITINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE05	SORAFENIB	CPR	H		RNRL			
L01XE06	DASATINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE07	LAPATINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE08	NILOTINIB	CPS	H		RNRL			
L01XE09	TEMSIROLIMUS	EV	H		OSP			
L01XE10	EVEROLIMUS	CPR	H		RNRL			
L01XE10	EVEROLIMUS	CPR	A		RNRL	PHT		
L01XE11	PAZOPANIB	CPR	H		RNRL			
L01XE12	VANDETANIB	CPR	H		RNRL			
L01XE13	AFATINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE14	BOSUTINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE15	VEMURAFENIB	CPR	H		RNRL			
L01XE16	CRIZOTINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE17	AXITINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE18	RUXOLITINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE21	REGORAFENIB	CPR	A		RNRL	PHT		
L01XE23	DABRAFENIB	CPS	H		RNRL			
L01XE24	PONATINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE25	TRAMETINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE26	CABOZANTINIB	CPS	C		RNRL			
L01XE27	IBRUTINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE28	CERITINIB	CPS	H		RNRL			
L01XE29	LENVATINIB	CPS	H		RNRL			
L01XE35	OSIMERTINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE31	NINTEDANIB	CPR	H		RNRL			
L01XE38	COBIMETINIB	CPR	H		RNRL			
L01XX	**Altri antineoplastici**							
L01XX05	IDROXICARBAMIDE	CPS	A		RNR			
L01XX08	PENTOSTATINA	EV	H		OSP			
L01XX11	ESTRAMUSTINA	CPS	A		RNR			
L01XX14	TRETINOINA	CPS	A		RNR	PHT	PT	
L01XX17	TOPOTECAN	EV	H		OSP			
L01XX17	TOPOTECAN	CPS	A		RNRL	PHT		
L01XX19	IRINOTECAN	EV	H		OSP			
L01XX23	MITOTANO	CPR	A		RNRL	PHT		
L01XX25	BEXAROTENE	CPS	A		RNRL	PHT		
L01XX27	ARSENICO TRIOSSIDO	EV	C		OSP			
L01XX32	BORTEZOMIB	EV	H		OSP			
L01XX35	ANAGRELIDE	CPS	A		RNRL	PHT		

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01XX41	ERIBULINA	EV	H		OSP			Quale citotossico di terza linea, e' da impiegarsi dopo un'attenta valutazione da parte del clinico del beneficio atteso e dei parametri relativi alla qualita' della vita. Il payment by result non giustifica l'utilizzo indiscriminato.
L01XX42	PANOBINOSTAT	CPS	H		RNRL			Registro Aifa
L01XX43	VISMODEGIB	CPS	H		RNRL			
L01XX44	AFLIBERCEPT	INF	H		OSP			
L01XX45	CARFILZOMIB	EV	H		OSP			
L01XX46	OLAPARIB	CPS	H		RNRL			
L01XX47	IDELALISIB	CPR	H		RNRL			
L01XX52	VENETOCLAX	CPR	H		RNRL			
L02	**Terapia endocrina**							
L02A	**Ormoni e sostanze correlate**							
L02AB	**Progestinici**							
L02AB01	MEGESTROL	CPR	A	28	RNR			
L02AB02	MEDROSSIPROGESTERONE	IM,CPR	A	28	RNR			
L02AE	**Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine**							
L02AE01	BUSERELINA	IM,INAL,SC	A	51	RR	PHT	PT	Solo per uso diagnostico
L02AE02	LEUPRORELINA	IM, SC	A	51	RNR, RR	PHT	PT	
L02AE03	GOSERELIN	SC	A	51	RR	PHT	PT	
L02AE04	TRIPTORELINA	IM,SC	A	51	RR	PHT	PT	
L02B	**Antagonisti ormonali e sostanze correlate**							
L02BA	**Antiestrogeni**							
L02BA01	TAMOXIFENE	CPR	A		RR			
L02BA03	FULVESTRANT	EV	H		RNRL			
L02BB	**Antiandrogeni**							
L02BB01	FLUTAMIDE	CPR	A		RR	PHT		
L02BB03	BICALUTAMIDE	CPR	A		RR	PHT		
L02BB04	ENZALUTAMIDE	CPS	H		RNRL			
L02BG	**Inibitore dell'aromatasi**							
L02BG03	ANASTROZOLO	CPR	A		RR			Trattamento del carcinoma della mammella In fase avanzata in donne in post menopausa. l'efficacia non e' stata dimostrata nelle pazienti con recettori per gli estrogeni negativi a meno che non avessero precedentemente avuto una risposta clinica positiva

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L02BG04	LETROZOLO	CPR	A		RR			Trattamento adiuvante del carcinoma mammario in fase precoce in donne in postmenopausa con stato recettoriale ormonale positivo.Trattamento adiuvante del carcinoma mammario ormonosensibile in fase precoce in donne in postmenopausa dopo trattamento adiuvante
L02BG06	EXEMESTAN	CPR	A		RR			Trattamento adiuvante delle donne in postmenopausa con carcinoma mammano invasivo in fase iniziale e con recettori estrogenici positivi, dopo iniziale terapia adiuvante con tamoxifene per 2-3 anni. Trattamento del carcinoma mammario in fase avanzata
L02BX	**Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate**							
L02BX02	DEGARELIX	SC	A		RR	PHT	PT	Si raccomanda un monitoraggio del profilo di efficacia-sicurezza del farmaco al fine di confermare il mancato aumento transitorio di testosterone, tale da richiedere la somministrazione concomitante di altri antiandrogeni
L02BX03	ABIRATERONE	CPR	H		RNRL			
L03	**Immunostimolanti**							
L03A	**Immunostimolanti**							
L03AA	**Fattori di stimolazione delle colonie**							
L03AA02	FILGRASTIM	EV,SC	A		RRL	PHT	PT	
L03AA10	LENOGRASTIM	EV,SC	A		RRL	PHT	PT	
L03AA13	PEGFILGRASTIM	EV,SC	A		RRL	PHT	PT	
L03AA14	LIPEGFILGRASTIM	SC	A		RRL	PHT	PT	
L03AB	**Interferoni**							
L03AB01	INTERFERONE ALFA NATURALE	EV,IM,SC	A		RRL	PHT	PT	
L03AB03	INTERFERONE GAMMA 1B	FL	H		OSP			
L03AB04	INTERFERONE ALFA-2A	SC	A		RRL	PHT	PT	
L03AB05	INTERFERONE ALFA-2B	EV,SC	A		RR	PHT	PT	
L03AB07	INTERFERONE BETA-1A	IM	A	65	RR	PHT	PT	
L03AB07	INTERFERONE BETA-1A	SC	A	65	RR			
L03AB08	INTERFERONE BETA-1B	SC	A	65	RR			
L03AB10	PEGINTERFERONE ALFA-2B	SC	A		RR	PHT	PT	
L03AB11	PEGINTERFERONE ALFA-2A	INIETT	A		RR	PHT	PT	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L03AB13	PEGINTERFERONE BETA 1A	SC	A	65	RR	PHT		
L03AC	**Interleuchine**							
L03AC01	ALDESLEUCHINA	EV	H		OSP			
L03AX	**Altri immunostimolanti**							
L03AX03	VACCINO BCG	ENDOVESCICALE	H		OSP			
L03AX13	GLATIRAMER ACETATO	SC	A	65	RR			
L03AX15	MIFAMURTIDE	EV	H		OSP			
L03AX16	PLERIXAFOR	SC	H		OSP			
L04	**Immunosoppressivi**							
L04A	**Immunosoppressivi**							
L04AA	**Immunosoppressivi ad azione selettiva**							
L04AA04	IMMUNOGLOBULINA ANTITIMO (CONIGLIO)	EV	H		OSP			
L04AA06	ACIDO MICOFENOLICO	CPS ,CPR	A		RNRL	PHT		
L04AA10	SIROLIMUS	CPR	A		RNR	PHT	PT	
L04AA13	LEFLUNOMIDE	CPR	A		RR	PHT	PT	
L04AA18	EVEROLIMUS	CPR	A		RNR	PHT	PT	
L04AA23	NATALIZUMAB	EV	H		OSP			
L04AA24	ABATACEPT	IV, SC	H		RRL			
L04AA25	ECULIZUMAB	EV	H					Erogazione a carico del SSN previa autorizzazione del Centro regionale di riferimento che verifica le condizioni previste dalla scheda tecnica AIFA
L04AA26	BELIMUMAB	FL EV	H		OSP			
L04AA27	FINGOLIMOD	CPS	A	65	RRL	PHT		
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	CPR	A	65	RR	PHT		
L04AA32	APREMIILAST	CPR	A		RRL	PHT	PT	
L04AA33	VEDOLIZUMAB	EV	H		RRL			
L04AA34	ALEMTUZUMAB	INF	H		OSP			
L04AB	**Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)**							
L04AB01	ETANERCEPT	SC	H		RRL		PT AIFA	Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero della specialità medicinale a minor costo riveniente da procedure di gara
L04AB02	INFLIXIMAB	INF	H		RRL		PT AIFA	Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero della specialità medicinale a minor costo riveniente da procedure di gara
L04AB04	ADALIMUMAB	SC	H		RRL		PT AIFA	
L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL	SC	H		RRL			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L04AB06	GOLIMUMAB	SC	H		RRL			Solo su prescrizione delle specialista per l'atrite reumatoide in associazione con metotrexato, per l'artrite psoriasica singolarrmente o in associazione e per la spondilite anchilosante
L04AC	**Inibitori dell'interleuchine**							
L04AC01	DACLIZUMAB	SC	A		RRL	PHT		
L04AC02	BASILIXIMAB	INIETT	H		OSP			
L04AC03	ANAKINRA	SC	H		RRL			
L04AC05	USTEKINUMAB	INIETT	H		RRL		PT AIFA	
L04AC07	TOCILIZUMAB	SC	H		RRL			
L04AC08	CANAKINUMAB	INIETT	H		RR			Trattamento delle sindromi periodiche associate a Criopirina (CAPS) in adulti, adolescenti e bambini a partire da 4 anni di eta' ,con peso corporeo pari o superiore a 7,5 kg comprese: sindrome di MUKLE-WELLS (MWS); Malattia infiammatoria multisistemica
L04AC10	SECUKINUMAB	SC	H		RRL		PT AIFA	
L04AC13	IXEKIZUMAB	SC siringa/penna preriempita	H		RRL			
L04AD	**Inibitori della calcineurina**							
L04AD01	CICLOSPORINA	EV,CPS	A		RNR			
L04AD02	TACROLIMUS	CPR, CPS, EV	A		RNR	PHT	PT	note AIFA giugno 2011 e luglio 2011 (le formulazioni del P.A. non sono intercambiabili e la sostituzione deve essere fatta esclusivamente dagli specialisti del trapianto.
L04AX	**Altri immunosoppressivi**							
L04AX01	AZATIOPRINA	CPR	A		RNR			
L04AX02	TALIDOMIDE	CPS	H		RNRL			In associazione a Melfalan e Predmisone e' indicato per il trattamento di prima linea di pazienti con mielanoma multiplo non trrattato, di eta' uguale o superiore a 65 anni o non idonei a chemioterapia a dosi elevate.
L04AX03	METOTREXATO	CPR, CPS, IM,SC	A		RNR			
L04AX04	LENALIDOMIDE	CPS	H		RNRL			
L04AX05	PIRFENIDONE	CPR	H		RNRL			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L04AX06	POMALIDOMIDE	CPR	H		RNRL			
M	SISTEMA MUSCOLOCHELETRICO							
M01	Antiinfiammatori ed antireumatici							
M01A	Farmaci antiinfiammatori/antireumatici, non steroidei							
M01AB	Indometacina							
M01AB01	INDOMETACINA	IM	A		RR			
M01AB01	INDOMETACINA	CPS	A	66	RR			
M01AB05	DICLOFENAC	IM	A		RR			
M01AB05	DICLOFENAC	CPR , CPS	A	66	RR			
M01AB15	KETOROLAC	EV,IM	A		RNR			
M01AC	Oxicam-derivati							
M01AC01	PIROXICAM	IM	A		RR			
M01AC01	PIROXICAM	CPR , CPS	A	66	RR			
M01AC06	MELOXICAM	IM	A	66				
M01AC06	MELOXICAM	CPR	A	66	RR			
M01AE	Derviti dell'acido propionico							
M01AE01	IBUPROFENE	IM	A		RR			
M01AE01	IBUPROFENE	BUST. , CPR	A	66	RR			
M01AE02	NAPROXENE	CPR	A	66	RR			
M01AE03	KETOPROFENE	EV	A	66	RR			
M01AE03	KETOPROFENE	IM	A		RR			
M01AE03	KETOPROFENE	BUST, CPR, CPS	A	66	RR			
M01AE09	FLURBIPROFENE	SCIR	A	66	RR			
M01AH	Coxib							
M01AH01	CELECOXIB	CPS	A	66	RR			
M01AH04	PARECOXIB	EV,IM	C		RR			
M01AX17	NIMESULIDE	CPR	A	66	RR			
M01C	Sostanza antireumatiche specifiche							
M01CB	Preparati a base di oro							
M01CB03	AURANOFIN	CPR	A		RR			
M01CC	Sostanza antireumatiche specifiche							
M01CC01	PENICILLAMINA	CPS	H		OSP			
M02	Farmaci per uso topico per dolori articoalri e muscolari							
M02A	Faramci per uso topico per dolori articolari e muscolari							
M02AA	Antiinfiammatori non steroidei per uso topico							
M02AA10	KETOPROFENE	GEL	C		RR			
M02AX03	DIMETILSULFOSSIDO	SOL. intravescicale	H		OSP			
M03	Miorilasanti ad azione centrale							
M03A	Miorilassanti ad azione periferica							
M03AB	Derivati della colina							
M03AB01	SUXAMETONIO	EV	H		OSP			
M03AC	Altri componenti ammonici quaternari							
M03AC04	ATRACURIO	EV	H		OSP			
M03AC09	ROCURONIO BROMURO	EV	H		OSP			
M03AC10	MIVACURIO CLORURO	EV	H		OSP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
M03AC11	CISATRACURIO	EV	C		OSP			
M03AX	**Altri miorilassanti ad azione periferica**							
M03AX01	TOSSINA BOTULINICA	INIETT,SC	H		USPL			Trattamento della spasticità focale della caviglia
M03B	**Miorilassanti ad azione periferica**							
M03BX	**Altri miorilassanti ad azione centrale**							
M03BX01	BACLOFENE	CPR	A		RR			
M03BX01	BACLOFENE	INTRATEC	H		OSP			
M03BX02	TIZANIDINA CLORIDRATO	CPR	C		RR			
M03BX03	PRIDINOLO	INIETT. CPR	C		RR			Solo nei pazienti a cui non e' possibile somministrare BDZ in PS e Traumatologia Ortopedica
M03BX05	TIOCOLCHICOSIDE	IM	C					Uso limitato come per il pridinolo
M03C	**Miorilassanti ad azione diretta**							
M03CA	**Dantrolene e derivati**							
M03CA01	DANTROLENE	EV	C		OSP			
M04	**Antigottosi**							
M04A	**Antigottosi**							
M04AA	**Preparati inibenti la formazione di acido urico**							
M04AA01	ALLOPURINOLO	CPR	A		RR			
M04AA03	FEBUXOSTAT	CPR	A	91	RR			
M04AC	**Preparati senza effetto sul metabolismo dell'acido urico**							
M04AC01	COLCHICINA	CPR	A		RR			
M05	**Faramci per il trattamento delle malattie delle ossa**							
M05B	**Faramci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee**							
M05BA	**Bifosfonati**							
M05BA	ACIDO CLODRONICO SALE DISODICO/LIDOCAINA CLORIDRAO	IM	C		RR			
M05BA	SODIO NERIDRONATO	FL	H		RNRL			
M05BA02	ACIDO CLODRONICO	EV,CPS	A	42	RR			
M05BA03	ACIDO PAMIDRONICO	EV	H					Le forme endovenose di acido pamidronico, acido zoledronico e acido ibandronico sono sostanzialmente sovrapponibili per le indiicazioni ministeriali comuni autorizzate in scheda tecnica
M05BA04	ACIDO ALENDRONICO	CPR	A	79	RR			
M05BA06	ACIDO IBANDRONICO	CPR	A	79	RR			Le forme endovenose di acido pamidronico, acido zoledronico e acido ibandronico sono sostanzialmente sovrapponibili per le indiicazioni ministeriali comuni autorizzate in scheda tecnica

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
M05BA06	ACIDO IBANDRONICO	EV	H		OSP			Le forme endovenose di acido pamidronico, acido zoledronico e acido ibandronico sono sostanzialmente sovrapponibili per le indicazioni ministeriali comuni autorizzate in scheda tecnica.
M05BA07	ACIDO RISEDRONICO	CPR	A	79	RR			
M05BA08	ACIDO ZOLEDRONICO	EV	H					Le forme endovenose di acido pamidronico, acido zoledronico e acido ibandronico sono sostanzialmente sovrapponibili per le indiicazioni ministeriali comuni autorizzate in scheda tecnica
M05BX	**Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee**							
M05BX03	STRONZIO RANELATO	POLVERE	A	79	RR		PT	
M05BX04	DENOSUMAB	SC	A	79	RRL	PHT	PT AIFA	La somministrazione deve essere eseguita da un soggetto adeguatamente addestrato nelle tecniche di iniezione
M09	**Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico**							
M09A	**Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico**							
M09AB	**Enzimi**							
M09AB02	COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM	INIETT	H		OSP			
N09AX	**Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico**							
M09AX03	ATALUREN	.GRAN SOSP OS	H		RNRL			
M09AX07	NURSINERSE	INTRATECALE	h		OSP			Registro Aifa
N	**SISTEMA NERVOSO**							
N01	**Anestetici**							
N01A	**Anestetici generali**							
N01AB	**Idrocarburi alogenati**							
N01AB06	ISOFLURANO	INAL	H		OSP			
N01AB07	DESFLURANO	INAL	H		OSP			Da non utilizzare solo nell'induzione dei pazienti pediatrici
N01AB08	SEVOFLURANO	INAL	H		OSP			
N01AF	**Anestetici generali**							
N01AF03	TIOPENTAL	EV	H		OSP			
N01AH	**Anestetici oppioidi**							
N01AH01	FENTANIL CITRATO	EV,IM	H		OSP			
N01AH02	ALFENTANIL	EV	C		OSP			
N01AH03	SUFENTANIL	EV EPIDURALE	H		OSP			
N01AH03	SUFENTANIL CITRATO	CPR SUBL.	H		OSP			
N01AH06	REMIFENTANIL	EV	C		OSP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N01AX	**Altri anestetici generali**							
N01AX03	KETAMINA CLORIDRATO	FL	H		OSP			
N01AX10	PROPOFOL	EV	H		OSP			
N01AX63	OSSIDO NITROSO, ASSOCIAZIONI	INAL	C		USPL			Per il trattamento del dolore di breve durata e di lieve o moderata intensita', quando e' richiesta un'azione analgesica rapida e di durata limitata
N01B	**Anestetici locali**							
N01BB	**Amidi**							
N01BB01	BUPIVACAINA	EV	C		OSP			
N01BB02	LIDOCAINA	CER	A		RR			Trattamento sintomatico del dolore neuropatico associato a pregressa infezione da Hz.
N01BB02	LIDOCAINA	EV,TOPIC	C		RNR			
N01BB02	LIDOCAINA CLORIDRATO	FL. NEBUL.	C		USPL			
N01BB03	MEPIVACAINA	IM	C		RNR			
N01BB04	PRILOCAINA	INIETT,INTRATECALE	C		OSP			
N01BB09	ROPIVACAINA	EV	C		OSP			
N01BB10	LEVOBUPIVACAINA	EV	C		OSP			
N01BB20	ASSOCIAZIONI	TOPIC	C		RR			
N01BB51	BUPIVACAINA, ASSOCIAZIONI	EV	C		RNR			
N01BB52	LIDOCAINA, ASSOCIAZIONI	CER	C		RR			
N01BB52	LIDOCAINA, ASSOCIAZIONI	TOPIC	C		RR			
N01BB53	MEPIVACAINA, ASSOCIAZIONI	EV,TBF	C		RNR			
N01BB58	ARTICAINA, ASSOCIAZIONI	TBF	C		USPL			
N01BX	**Altri anestetici locali**							
N01BX04	CAPSAICINA	CER	H		OSP			Per il trattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti non diabetici da solo o in associazione ad altri medicinali per it trattamento del dolore.
N02	**Analgesici**							
N02A	**Oppioidi**							
N02AA	**Alcaloidi naturali dell'oppio**							
N02AA01	MORFINA	CPS, CPR ,SCIR	A		RNR			
N02AA03	IDROMORFONE	CPR	A		RNR			
N02AA05	OXICODONE	CPR	A		RNR			
N02AA55	OSSICODONE, ASSOCIAZIONI	CPR	A		RNR			Si raccomanda che il suo impiego, conforme alle indicazioni terapeutiche registrate, rientri in specifici protocolli di terapia del dolore che prevedano l'uso di schede di valutazione obbligatorie ai sensi della L. 38/2010.
N02AB	**Derivati della fenilpiperidina**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N02AB02	PETIDINA CLORIDRATO	IM SC	C		RMR			
N02AB03	FENTANIL	CER	A		RNR			
N02AB03	FENTANIL CITRATO	CPR (ORO/SUB, ORO-SUB), PAST, INAL	A		RNR			
N02AD	**Derivati del benzomorfano**							
N02AD01	PENTAZOCINA	IM,IV	A		RNR			
N02AE	**Derivati dell'oripavina**							
N02AE01	BUPRENORFINA	IM,EV, CPR	A		MMR			
N02AE01	BUPRENORFINA	TRANSD.	A		RNR			
N02AJ	**Derivati oppioidi**							
N02AJ06	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	CPR EFF	A		RR			
N02AJ13	PARACETAMOLO/TRAMADOLO	CPR	C		RNRL			
N02AX	**Altri oppioidi**							
N02AX02	TRAMADOLO	EV,IM,CPR , CPS, GTT	A		RNR			Si ammette l'utlizzo solo dopo adeguata valutazione del dolore attraverso l'uso della VAS (Visual Analogic Scale)
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO	CPR RP	A		RNR			
N02B	**Altri analgesici ed antipiretici**							
N02BA	**Acido salicilico e derivati**							
N02BA01	ACIDO ACETILSALICILICO	EV,IM,CPR	C		RR			
N02BB	**Pirazoloni**							
N02BB02	METAMIZOLO SODICO	IM,GTT,SUPP	C		RR			
N02BE	**Anilidi**							
N02BE01	PARACETAMOLO	CPR , SUPP.	C		RR			
N02BE51	PARACETAMOLO, ASSOCIAZIONI ESCLUSI GLI PSICOLETTICI	SCIR. SUPP , CPR.	C		RR			
N02BG	**Altri antagonisti ed antipiretici**							
N02BG08	ZICONOTIDE	INTRATECALE	H		OSP			
N02BG	CANNABIS	OS, INAL.	NC					Preparazioni Magistrale
N02BG10	CANNABINOIDI	SPRAY	H		RNRL		PT	
N02C	**Antiemicranici**							
N02CC	**Agonisti selettivi dei recettori-5HT1 della serotonina**							
N02CC01	SUMATRIPTAN	SC, CPR	A		RR			Limitatamente ai Centri per le Cefalee ed ai PS
N03	**Antiepilettici**							
N03A	**Antiepilettici**							
N03AA	**Barbiturici e derivati**							
N03AA02	FENOBARBITAL	EV,IM,CPR	A		RNR			
N03AA04	BARBEXACLONE	CèR	MC		RNR			
N03AB	**Derivati dell'idantoina**							
N03AB02	FENITOINA	IM,EV	H		OSP			
N03AB02	FENITOINA	CPR	A		RR			
N03AB52	FENITOINA/METILFENOBARBITAL	CPR	C		RR			
N03AD	**Derivati della succinimide**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N03AD01	ETOSUCCIMIDE	SCIR.	A		RR			
N03AE	**Derivati benzodiazepinici**							
N03AE01	CLONAZEPAM	CPR ,GTT.	A		RR			
N03AF	**Derivati della carbossilasi**							
N03AF01	CARBAMAZEPINA	CPR	A		RR			
N03AF02	OXCARBAZEPINA	CPR	A		RR			
N03AF03	RUFINAMIDE	CPR RIV	A		RRL			
N03AF04	ESLICARBAZEPINA	CPR	A		RRL	PHT	PT	
N03AG	**Derivati degli acidi grassi**							
N03AG01	ACIDO VALPROICO	CPR . SOL OS	A		RR			
N03AG01	ACIDO VALPROICO	EV	H		OSP			
N03AG04	VIGABATRIN	CPR	A		RR			
N03AX	**Altri antiepilettici**							
N03AX09	LAMOTRIGINA	CPR	A		RR			
N03AX10	FELBAMATO	CPR , SOL OS	A		RRL			
N03AX11	TOPIRAMATO	CPR	A		RR			
N03AX12	GABAPENTIN	CPS	A	4	RR			Gabapentin e Pregabalin sono farmaci terapeuticamente sovrapponibili: la scelta deve essere effettuata in base alle indicazioni registrate, al rapporto costo/efficacia. La nota AIFA si riferisce alla specialità originetor
N03AX14	LEVETIRACETAM	,CPR	A		RR			
N03AX15	ZONISAMIDE	CPS	A		RR			
N03AX16	PREGABALIN	CPE	A	4	RR			Gabapentin e Pregabalin sono farmaci terapeuticamente sovrapponibili: la scelta deve essere effettuata in base alle indicazioni registrate, al rapporto costo/efficacia.
N03AX17	STIRIPENTOLO	SOSP.	C		RR			
N03AX18	LACOSAMIDE	CPR	A		RR			
N03AX21	RETIGABINA	CPR	A		RR	PHT	PT	
N03AX22	PERAMPANEL	CPR	A		RR	PHT	PT	
N04	**Antiparkinsoniani**							
N04A	**Sostanza anticolinergiche**							
N04AA	**Amine terziarie**							
N04AA02	BIPERIDENE	EV,IM,CPR	A		RR			
N04AB	**Sostanze dopaminergiche**							
N04AB02	ORFENADRINA (CLORURO)	CPR	A		RR			
N04BA02	LEVODOPA/BENSERAZIDE CLOR	CPR , CPS	A		RR			
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA	CPR	A		RR			
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA	GEL INTESTINALE	H		RRL			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N04BA03	LEVODOPA CARBIDOPA LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	CPR	A		RR	PHT	PT	
N04BB	**Derivati delladamantano**							
N04BB01	AMANTADINA CLORIDRATO	CPR	C		RR			
N04BC	**Agonisti della dopamina**							
N04BC01	BROMOCRIPTINA	CPS	A		RR			
N04BC04	ROPINIROLO	CPR	A		RR			
N04BC05	PRAMIPEXOLO	CPR	A		RR			
N04BC07	APOMORFINA	PENNE PRERIEMPITE	A		RR			
N04BC09	ROTIGOTINA	TRANSD	A		RR			
N04BD	**Inibitori dela monoaminossidasi B**							
N04BD01	SELEGILINA	CPR	A		RR			
N04BX	**Altre sostanza dopaminergiche**							
N04BX01	TOLCAPONE	CPR	A		RR	PHT	PT	
N04BX02	ENTACAPONE	CPR	A		RR	PHT	PT	Limitatamente ai pazienti che presentano fenomeni "on-off" in terapia con levodopa
N04BX04	OPICAPONE	CPR	A		RR	PHT		
N05	**Psicolettici**							
N05A	**Antipsicotici**							
N05AA	**Fenotiazine con catena laterale alifatica**							
N05AA01	CLORPROMAZINA	GTT, IM, CPR	A		RR/RNR			
N05AA02	LEVOMEPROMAZINA	CPR	A		RR			
N05AA03	PROMAZINA	IM,IV,GTT	C		RR/RNR			
N05AB	**Fenotiazine con struttura piperazinica**							
N05AB02	FLUFENAZINA	IM	A		RNR			
N05AB03	PERFENAZINA	CPR	C		RR			
N05AD	**Derivati del butirrofenone**							
N05AD01	ALOPERIDOLO	IM,CPR,GTT	A		RR/RNR			
N05AD06	BROMPERIDOLO	CPR, GTT	A		RR			
N05AD08	DROPERIDOLO	EV	C		OSP			
N05AE	**Derivati dell'indolo**							
N05AE04	ZIPRASIDONE	CPS	A		RR	PHT		
N05AF	**Derivati del tioxantene**							
N05AF05	ZUCLOPENTIXOLO	IM,	A		RNR			
N05AH	**Diazepine,ossazepine,tiazepine e oxepine**							
N05H01	LOXAPINA	INAL.	H		OSP		PT.	
N05AH02	CLOZAPINA	CPR	A		RNRL	PHT	PT	
N05AH03	OLANZAPINA	CPR	A		RR	PHT		
N05AH03	OLANZAPINA	IM	H		RNRL			
N05AH04	QUETIAPINA	CPR	A		RR	PHT		
N05AH05	ASENAPINA	CPR	A		RR	PHT		
N05AH06	CLOTIAPINA	EV,IM	C		RNR			
N05AH06	CLOTIAPINA	GTT	A		RR			
N05AL	**Benzamidi**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N05AL03	TIAPRIDE	EV,IM	A		RR			
N05AL05	AMISULPRIDE	CPR	A		RR			
N05AL07	LEVOSULPIRIDE	EV,IM	A		RR			
N05AN	**Litio**							
N05AN01	LITIO	CPS	A		RR			
N05AX	**Altri antipsicotici**							
N05AX08	RISPERIDONE	CPR, GTT.	A		RR	PHT		
N05AX08	RISPERIDONE	IM	H		RNRL			
N05AX08	RISPERIDONE	IM	H		RNRL			
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	CPR, SOL OS	A		RR	PHT		
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	IM	H		RNRL			
N05AX13	PALIPERIDONE PALMITATO	IM	H		RNRL			La formulazione a rilascio prolungato PP3M è da utilizzare in pazienti clinicamente stabili con la formulazione iniettabile a somministrazione mensile PP1M.
N05AX13	PALIPERIDONE	CPR	A		RR	PHT		
N05B	**Ansiolitici**							
N05BA	**Derivati benzodiazepinici**							
N05BA	DELORAZEPAM	CPR	C		RR			
N05BA01	DIAZEPAM	EV,IM,CPR, CPS, GTT ,SOL. RETT.	C		RNR/RR			
N05BA04	OXAZEPAM (fascia C)	CPR	C		RR			
N05BA06	LORAZEPAM	CPR, GTT	C		RR			
N05BA08	BROMAZEPAM	CPR, GTT.	C		RR			
N05BA09	CLOBAZAM	CPS	C		RR			
N05BA12	ALPRAZOLAM	GTT, CPR	C		RR			
N05BA19	ETIZOLAM	GTT	C		RR			
N05BB	**Derivati del difenilmetano**							
N05BB01	IDROXIZINA	CPR ,SCIR.	C		RR			
N05C	**Ipnotici e sedativi**							
N05CD	**Derivati benzodiazepinici**							
N05CD01	FLURAZEPAM MONOCLORIDRATO	CPS	C		RR			
N05CD02	NITRAZEPAM	CPR	C		RR			
N05CD05	TRIAZOLAM	CPR	C		RR			
N05CD08	MIDAZOLAM	SOL.INIETT,INF. O SOMM RETT	H		OSP			
N05CD08	MIDAZOLAM CLORIDRATO	SOL MUCOSA ORALE	A	93	RRL		PT	
N05CD09	BROTIZOLAM	CPR	C		RR			
N05CF	**Bezodiazepinici analoghi**							
N05CF01	ZOPICLONE	CPR	C		RR			
N05CF02	ZOLPIDEM	CPR	C		RR			
N05CM	**Altri ipnotici e sedativi**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N05CM16	NIAPRAZINA	SOL. mucosa orale	H		OSP			
N05CM18	DEXMEDETOMIDINA CLORIDRATO	FL	C		OSP			
N06	**Psicoanalettici**							
N06A	**Antidepressivi**							
N06AA	**Inibitori non selettivi della monoamino-ricaptazione**							
N06AA04	CLOMIPRAMINA	EV,IM,CPR	A		RR			
N06AA09	AMITRIPTILINA	CPR,GTT	A		RR			
N06AB	**Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione**							
N06AB03	FLUOXETINA	CPR, CPR	A		RR			
N06AB04	CITALOPRAM	EV,CPR, GTT	A		RR			
N06AB05	PAROXETINA	CPR,GTT.	A		RR			
N06AB06	SERTRALINA	CPR	A		RR			
N06AB07	SERTRALINA CLORIDRATO	SOL OS	A		RR			
N06AB08	FLUVOXAMINA	CPR	A		RR			
N06AB10	ESCITALOPRAM OSSALATO	CPR RIV	A		RR			
N06AX	**Altri antidepressivi**							
N06AX01	OXITRIPTANO	OS GRAN	C		RR			
N06AX03	MIANSERINA	CPR	A		RR			
N06AX05	TRAZODONE	GTT., IM,EV, CPR	A		RR			
N06AX11	MIRTAZAPINA	CPR	A		RR			
N06AX12	BUPROPIONE CLORIDRATO	CPR	A		RR			
N06AX16	VENLAFAXINA	CPS, CPR	A		RR			
N06AX18	REBOXETINA	CPR	A		RR			Inibitore selettivo della ricaptazione della noradrenalina. Da prescrivere a soggetti potenzialmente a rischio di effetti indesiderati da triciclici quali cardiopatici, anziani, soggetti con ipertrofia prostatica, glaucoma.
N06AX21	DULOXETINA	CPS	A	4	RR			
N06AX26	VORTIOXETINA	CPR,GTT.	A		RR			
N06AX49	ADEMETIONINA BUTANDISOLFONATO	FL	C		RR			
N06B	**Psicostimolanti, faramci per ADHD e nootropi**							
N06BA	**Simpaticomimetici ad azione centrale**							
N06BA04	METILFENIDATO	CPR, CPRS	A		MMR	PHT	PT	
N06BA07	MODAFINIL	CPR	A		RR	PHT	PT	
N06BA09	ATOMOXETINA	CPS	A		RNRL	PHT	PT	
N06BC	**Derivati xantinici**							
N06BC01	CAFFEINA	EV , SOL OS	C		OSP			
N06BX	**Altri psicostimolanti e nootropi**							
N06BX03	PIRACETAM	EV	C		OSP			
N06BX06	CITICOLINA	FL IM IV	C		RR			
N06BX12	LEVOACETILCARNITINA	FL IM EV	C		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N06BX13	IDEBENONE	CPR RIV	C		RR			Farmaco orfano per patologia Miocardiopatianei pazienti affetti da atassia di Friedrich
N06BX13	IDEBENONE	CPR RIV.	A		RRL	PHT		Neuropatia ottica ereditaria di Leber- Registro AIFA
N06D	**Faramcvi anti - demenza**							
N06DA	**Anticolinesterasici**							
N06DA02	DONEPEZIL	CPR	A	85	RRL	PHT	PT	
N06DA03	RIVASTIGMINA	CER,CPS	A	85	RRL	PHT	PT	
N06DA04	GALANTAMINA	CPS, CPR.	A	85	RRL	PHT	PT	
N06DX	**Altri farmaci anti-demenza**							
N06DX01	MEMANTINA	CPR	A	85	RRL	PHT	PT	
N07	**Altri farmacidel sistema nervoso**							
N07A	**Parasimpaticomimetici**							
N07AA	**Anticolinoesterasici**							
N07AA	ESERINA SALICILATO	FL	C		RR			
N07AA01	NEOSTIGMINA	IM	A		RR			
N07AA02	PIRIDOSTIGMINA	CPR	A		RR			
N07AX	**Altri parasimpaticomimetici**							
N07AX01	PILOCARPINA	CPR	A		RNRL	PHT		
N07AX02	COLINA ALFOSCERATO	CPR	C		RR			
N07B	**Farmaci usati nei disturbi da disassuefazione**							
N07BB	**Farmaci usati nella dipendanza da alcool**							
N07BB	SODIO OXIBATO	FL	H		RNRL			
N07BB	METADOXINA	FL	C		RR			
N07BB01	DISULFIRAM	CPR	A		RR			
N07BB03	ACAMPROSATO	CPR	A		RR	PHT		
N07BB04	NALTREXONE	SOL OS	A		RR	PHT	PT	
N07BB04	NALTREXONE	CPS CPR	A		RR	PHT		
N07BC	**Faramci usati nella dipendenza da oppioidi**							
N07BC01	BUPRENORFINA	CPR/CPR SUBL.	H		OSP			
N07BC02	METADONE CLORIDRATO	SOL OS	H		OSP			
N07BC02	METADONE CLORIDRATO	SOL OS	A		RMR	PHT		
N07BC04	LOFEXIDINA CLORIDRATO	CPR	C		OSP			Uso molto circostanziato del farmaco a causa dello sfavorevole rapporto costo/efficacia
N07BC05	LEVOMETADONE	SOL.ORALE	C		OSP			
N07BC51	BUPRENORFINA, ASSOCIAZIONI	CPR	A		MMR	PHT	PT	
N07C	**Preparati antivertigine**							
N07CA	**Preparati antivertigine**							
N07CA01	BETAISTINA DICLORIDRATO	CPR	C		RR			
N07CA03	FLUNARIZINA DICLORIDRATO	CPS/CPR	C		RR			
N07X	**Altri farmaci del sistema nrvoso**							
N07XX	**Altri farmaci del sistema nervoso**							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N07XX	EDAVARONE	INFUSIONE	NC				PT	Da utilizzare in carenza di valida alternatina terapeutica.L.648/96. Trattamento pazienti affetti da SLA con specifici criteri di eleggibilità di cui all'allegato 1 alla Determina AIFA n.1224/2017 (GU n.153 del 3.7.201 .Altre condizioni da osservare vedi aempre allegato 1
N07XX02	RILUZOLO	CPR , SOL OS	A		RRL	PHT		
N07XX04	SODIO OXIBATO	SOLUZ OS	C		RNRL			
N07XX06	TETRABENAZINA	CPR DIV	A		RRL			
N07XX08	TAFAMIDIS	CPS	H		RRL			Trattamento dell'amiloidosi da transtiretina nei pazienti adulti affetti da polineuropatia sintomatica di stadio 1 al fine di ritardare la compromissione neurologica periferica.
N07XX09	DIMETILFUMARATO	CPR	A	65	RRL	PHT		
P	**FARMACI ANTIPARASSITARI, INSET. E IDROREP.**							
P01	**Antiprotozoari**							
P01A	**Sostabze cintro l'amebiasi ed altre affezioni protozoarie**							
P01AB	**Derivati nitroimidazolici**							
P01AB01	METRONIDAZOLO	CPR , CPR	A		RR			
P01AX	**Altre sostanze contro l'amebiasi ed altre protozoarie**							
P01AX06	ATOVAQUONE	SOSP OS	H		OSP			
P01B	**Antimalarici**							
P01BA	**Aminochinoline**							
P01BA01	CLOROCHINA	CPR	A		RR			
P01BA02	IDROXICLOROCHINA	CPR	A		RR			
P01BB	**Biguanidi**							
P01BB51	ATOVAQUONE/PROGUANILE CLORIDRATO	CPR	C		RR			
P01BC	**Metanolchinoline**							
P01BC01	CHININA	CPR	C		RR			
P01BC01	CHININA	INIETT	H		OSP			
P01BC02	MEFLOCHINA	CPR	A		RR			
P01BF	**Artenimolo e piperachina**							
P01BF05	PIPERACHINA TETRAFOSFATO + DIIDROARTEMISININA	CPR	C		RR			
P01CX	**Altre sostanze contro le leishmaniosi e la tripanosomiasi**							
P01CX01	PENTAMIDINA ISETIONATO	AER,EV,IM	A		RRL	PHT	PT	
P02	**Antielmitici**							
P02C	**Antinematodi**							
P02CA	**Derivati benzimidazolici**							
P02CA01	MEBENDAZOLO	CPR , SOSP OS	A		RR			
P02CA03	ALBENDAZOLO	CPR	A		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
P02DA01	NICLOSAMIDE	CPR	A		RR			
P03	**Ectoparassitici, compresi antiscabbia e repellenti**							
P03A	**Ecoparassiticidi compresi gli antiscabbia**							
P03AA	**Prodotti conteneti zolfo**							
P03AA	ZOLFO PRECIPITATO/POTASSIO CARBONATO	UNG.	C		SOP			
P03AC	**Piretrine, inclusi i composti sintetici**							
P03AC04	PERMETRINA	CREMA	C		RR			
P03AC54	PERMETRINA, ASSOCIAZIONI	TOPIC.	C		RR			
R	**SISTEMA RESPIRATORIO**							
R01	**Preparati rinologici**							
R01A	**Decongestioannatied altre preparazioni nasali per uso topico**							
R01AA	**Simpaticomimetici non associati**							
R01AA08	NAFAZOLINA NITRATO	GTT	C		OTC			
R01AB	**Simpaticomimetici associazioni esclusi i corticosteroidi**							
R01AB05	EFEDRINA + NAFAZOLINA	SPRAY	C		SOP			
R01AD	**Corticosteroidi**							
R01AD05	BUDESONIDE	SPRAY	C		RR			
R01AD09	MOMETASONE FUROATO	SPRAY	C		RR			
R01AX	**Altre preparazioni rinologiche**							
R01AX06	MUPIROCINA CALCICA	UNG.	C		RR			
R01AX10	BENZALCONIO CLORURO/ACIDO TANNICO	UNG.	C		SOP			
R02	**Preparati per il cavo faringeo**							
R02A	**Preparati per il cavo faringeo**							
R02AA	**Antisettici**							
R02AA15	IODOPOVIDONE	COLL	C		OTC			
R03	**Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie**							
R03A	**Adrenergici per areosol**							
R03AC	**Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici**							
R03AC02	SALBUTAMOLO	INAL	A		RR			
R03AC12	SALMETEROLO	INAL	A		RR			
R03AC13	FORMOTEROLO FUMARATO	AER	A		RR			
R03AC18	INDACATEROL	CPS	A		RR			
R03AC19	OLODATEROL	POLV.PER INAL	A		RR			
R03AK	**Adrenergici in associazione con corticosteroidi o altri farmaci escluso anticolinergici**							
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO	SOL x INAL	A		RR			
R03AK07	FORMOTEROLO E BUDESONIDE	SOL x INAL	A		RR			
R03AK08	FORMOTEROLO E BECLOMETASONE	AER	A		RR			
R03AK08	FORMOTEROLO E BECLOMETASONE	INAL	A		RR			
R03AK08	BECLOMETASONE DIPROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO	SOL x INAL	A		RR			
R03AK10	VILANTEROL E FLUTICASONE FUROATO	POLV.PER INAL	A		RR			
R03AK11	FORMOTEROLO E FLUTICASONE	INAL	A					
R03AL	**Adrenergici in associazione con anticolinergici**							
R03AL02	SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO	AER	A		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
R03AL02	SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO	FLC X NEBUL.	A		RR			
R03AL03	UMECLIDINIO BROMURO/VILANTEROLO TRIFENATATO	INAL	A		RR		PT	
R03AL04	INDACATEROLO E GLICOPIRRONIO BROMURO	POLV.PER INAL	A				PT	
R03AL05	BROMURO DI ACLIDINIO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO	INAL	A		RRL		PT	
R03AL06	TIOTROPIO/OLODATEROLO	INAL	A		RRL		PT	
R03B	**Altri farmaci per le sinndromi ostruttive delle vie respiratorie areosol**							
R03BA	**Glicocorticoidi**							
R03BA01	BECLOMETASONE	INAL	A		RR			
R03BA02	BUDESONIDE	INAL	A		RR			
R03BA03	FLUNISOLIDE	INAL	A		RR			
R03BA05	FLUTICASONE	INAL	A		RR			
R03BB	**Anticolinergici**							
R03BB01	IPRATROPIO BROMURO	INAL	A		RR			
R03BB02	OXITROPIO BROMURO	INAL	A		RR			
R03BB04	TIOTROPIO BROMURO	INAL	A		RR			
R03BB05	ACLIDINIO BROMURO	POLV.PER INAL	A		RR			
R03BB06	GLICOPIRRONIO BROMURO	INAL	A		RR			
R03BB07	UMECLIDINIO BROMURO	CPR	A		RR			
R03C	**Adrenergici per uso sistemico**							
R03CC	**Adrenergici selettivi dei recettori beta2-adrenergici**							
R03CC02	SALBUTAMOLO	EV,IM,SCIR	C		OSP			
R03D	**Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico**							
R03DA	**Derivati xantinici**							
R03DA04	TEOFILLINA	CPS/CPR	A		RR			
R03DA05	AMINOFILLINA	EV	C		RR			
R03DC	**Antagonisti dei recettori leucotrienici**							
R03DC03	MONTELUKAST SODICO	CPR/ TAV, POLV.	A	82	RR			
R03DX	**Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico**							
R03DX05	OMALIZUMAB	SC	A		RRL	PHT	PT	
R03DX07	ROFLUMILAST	CPR	A		RRL	PHT	PT	
R03DX09	MEPOLIZUMAB	INIETT	A		RRL	PHT	PT	
R05	**Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento**							
R05C	**Espettoranti, escluse le associazioni con sedativi della tosse**							
R05CB	**Mucolitici**							
R05CB01	ACETILCISTEINA	IM,INAL,CPR	C		RR			
R05CB02	BROMEXINA	CPR, SCIR.	C		RR			
R05CB03	CARBOCISTEINA	BSUST.	C		RR			
R05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	FL X INAL.	C		SOP			
R05CB13	DORNASE ALFA (DESOSIRIBONUCLEASI)	INAL	A		RNRL	PHT		
R05D	**Sedativi della tosse, escluse le associazioni con espettoranti**							
R05DA	**Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati**							
R05DA09	DESTROMETORFANO	CPR,GTT,SCIR CPS	C		SOP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
R05DB27	LEVODROPROPIZINA	GTT,SCIR,	A	31	RR			
R06	**Antiasmatici per uso sistemico**							
R06A	**Antistaminici per uso sistemico**							
R06AB	**Alchilamine sostituite**							
R06AB04	CLORFENIRAMINA	INIETT, CPR	C		RR			
R06AD	**Derivati fenotiazinici**							
R06AD02	PROMETAZINA	INIETT/CPR	A	89	RNR/RR			
R06AE	**Derivati piperazinici**							
R06AE06	OXATOMIDE	CTT,CPR	A	89	RNR/RR			
R06AE07	CETIRIZINA	CPR,GTT	A	89	RR			
R06AX	**Altri antistaminici per uso sistemico**							
R06AX02	CIPROEPTADINA	CPR,SCIR	C		RR			
R06AX13	LORATADINA	CPR,SCIR	A	89	RR			
R06AX17	KETOTIFENE FUMARATO ACIDO	CPR	A	89	RR			
R06AX27	DESLORATADINA	CPR	A	89	RR			
R06AX28	RUPATADINA FUMARATO	CPR	A	89	RR			
R06AX29	BILASTINA	CPR	C		RR			
R07	**Altri preparati per il sistema respiratorio**							
R07A	**Altri preparati per il sistema respiratorio**							
R07AA	**Surfattanti polmonari**							
R07AA02	FOSFOLIPIDI NATURALI	ENDOTRAC	H		OSP			
R07AX	**Altri preparati per il sistema respiratorio**							
R07AX01	OSSIDO NITRICO	GAS	C		OSP			
R07AX02	IVACAFTOR	CPR	A		RRL	PHT		
R07AX30	LUMACAFTOR/IVACAFTOR	CPR	A		RRL	PHT		
S	**ORGANI DI SENSO**							
S01	**Oftalmologici**							
S01A	**Antinfettivi**							
S01AA	**Antibiotici**							
S01AA11	GENTAMICINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01AA23	NETILMICINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01AA27	CEFUROXIMA	INIETT	C		RR			Antibiotico iniettabile in camere anteriore per la prevenzione dell'endoftalmite dopo intervento della cataratta, raccomandato dalle linee guida europee(Ercs) e Italiane (Soi)
S01AA30	CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/TETRACICLINA CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01AA30	TETRACICLINA/SULFAMETILTIAZOLO	UNG.OFT.	C		RR			
S01AD	**Antivirali**							
S01AD03	ACICLOVIR	UNG. OFT	A		RR			
S01AE	**Fluorochinoloni**							
S01AE01	OFLOXACINA	COLL	C		RR			Le strutture sanitarie non possono disporre di più di due p.a. in base alla flora batterica locale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
S01AE02	NORFLOXACINA	COLL	C		RR			Le strutture sanitarie non possono disporre di più di due p.a. in base alla flora batterica locale
S01AE03	CIPROFLOXACINA	COLL	C		RR			Le strutture sanitarie non possono disporre di più di due p.a. in base alla flora batterica locale
S01AE05	LEVOFLOXACINA	COLL	C		RR			Le strutture sanitarie non possono disporre di più di due p.a. in base alla flora batterica locale
S01AX	**Altri antinfettivi**							
S01AX18	IODOPOVIDONE	COLL.	C		RNR			
S01B	**Antinfiammatori**							
S01BA	**Corticosteroidi non associati**							
S01BA01	DESAMETASONE	COLL	C		RR			
S01BA	**Corticosteroidi non associati - I faramci a somministazione intrav. presentano diverse indicazioni in RCP non interscambiabili tra loro**							
S01BA01	DESAMETASONE	IMPIANTO INTRAV.	H		OSP			Infiammazione segmento posteriore del'occhio da uveite non infettiva **:Terapia di primo livello -**Tiancinolone acetonide (un solo trattamento da nonutilizzare in situazioni cliniche per le quali esisto altri principi attivi con indicazione specifica in RCP).**Terapia di secondo livello - Desametasone** (in caso di mancato miglioramento o peggioramento dopo Triamcinolone).Edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica di branca (BRVO) o ad occlusione retinica centrale (CRVO) : **Trapila 1^ livello** -Desametasone Compromissione visiva associata a DME non responder ad altri trattamenti in pseudoafachico:**Terapia 1^ livello -**Desametasone. **Terapia 2^livello -** Fluocinolone acetonide (secondo il giufizio del clinico in pz che non abbiano manifestato risposta iniziale a precedente somministrazione di Desametasone).
S01BA05	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	INIETT. INTRAV.	H		OSP			Malattie oculari infiammatorie che non rispondono agli steroidi per uso locale. **Terapia 1^ livello -** Triamcinolone acetonide (da non utilizzare in situazioni cliniche per le quali esistono altri principi attivi con indicazione specifica in RCP)

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
S01BA15	FLUOCINOLONE ACETONIDE	IMPIANTO INTRAV.	H		OSP		PT	Compromissione visiva associata a DME non responder ad altri trattamenti in pseudoafachico: Terapia 2^livello - Fluocinolone acetonide (secondo il giufizio del clinico in pz che non abbiano manifestato risposta iniziale a precedente somministrazione di Desametasone).
S01BC	**Antinfiammatori non steroidei**							
S01BC01	INDOMETACINA	COLL	C		RR			
S01BC03	DICLOFENAC SODICO	COLL	C		RR			
S01BC10	NEPAFENAC	COLL	H		RR			
S01BC11	BROMFENAC	COLL	C		RR			
S01C	**Antinfiammatori ed antinfettivi in associazione**							
S01CA	**Corticosteroidi ed antinfettivi in associazione**							
S01CA01	DESAMETASONE FOSFATO DISODICO/NETILMICINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01CA05	BETAMETASONE/CLORAMFENICOLO	COLL	C		RR			
S01CB04	BETAMETASONE/NAFAZOLINA/TETRACICLINA	COLL	C		RR			
S01E	**Preparati antiglaucoma e miotici**							
S01EB	**Parasimpaticomimetici**							
S01EB01	PILOCARPINA CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01EB09	ACETILCOLINA CLORURO	FL + SOLV	C		OSP			
S01EC	**Inibitori dell'anidrasi carbonica**							
S01EC01	ACETAZOLAMIDE	CPR	A		RR			
S01EC03	DORZOLAMIDE CLORIDRATO	OFT FL	A		RR			
S01ED	**Sostanze betabloccanti**							
S01ED01	TIMOLOLO MALEATO	COLL	A		RR			
S01ED05	CARTEOLOLO CLORIDRATO	COLL	A		RR			
S01EE	**Analoghi delle prostaglandine**							
S01EE01	LATANOPROST	COLL	A		RR			
S01EX	**Altri preparati antiglaucoma**							
S01EX02	DAPIPRAZOLO CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01F	**Midriatici e cicloplegici**							
S01FA	**Anticolinergici**							
S01FA01	ATROPINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01FA04	CICLOPENTOLATO CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01FA05	OMATROPINA BROMIDRATO	COLL	C		RR			
S01FA06	TROPICAMIDE	COLL	C		RR			
S01FA56	TROPICAMIDE/FENILEFRIA/LIDOCAINA	SOL. INIETT.	C		USPL			Uso Intracamerale
S01FB	**Simopaticomimetici esclusi i preparati antiglaucoma**							
S01FB03	IBOPAMINA	COLL	C		RR			
S01H	**Anestetici locali**							
S01HA	**Anestetici locali**							
S01HA02	OXIBUPROCAINA CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01HA07	LIDOCAINA CLORIDRATO	COLL	C		USPL			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
S01L	Sostanze per le affezioni vascolari oculari							
S01LA	Sostanze antineovascolarizzanti							
S01LA01	VERTEPORFINA	INF. EV	H		OSP			
S01LA03	PEGAPTANIB	INTRAV.	H		RR			
S01LA04	RANIBIZUMAB	INTRAV	H		OSP			
S01LA05	AFLIBERCEPT	INTRAV	H		OSP			
S01X	Altri oftalmologici							
S01XA	Altri oftalmologici							
S01XA08	ACETILCISTEINA	COLL	C		SOP			
S01XA14	EPARINA	COLL	C		RR			
S01XA19	CELLULE STAMINALI AUTOLOGHE	COLTURE DA TRAPIANTARE	H		OSP			
S01XA20	CARBOMER	GEL	A	83	RR			
S01XA21	MERCAPTAMINA	COLL	H		OSP			
S01XA22	OCRIPLASMINA	INTRAV.	H		OSP			
S02	Otologici							
S02A	Antinfettivi							
S02AA	Antinfettivi							
S02AA	TOBRAMICINA	GOCCE AURICOLARI	C		RR			
S02AA30	POLIMIXINA B SOLFATO/NEOMICINA SOLFATO/LIDOCAINA C	GTT., IM, CPR	C		SOP			
S02C	Corticosteroidi ed antinfettivi in associazione							
S02CA	Corticosterioidi ed antinfettivi in associazione							
S02CA06	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	GOCCE AURICOLARI	C		RR			
V	VARI							
V01	Allergeni							
V01A	Allergeni							
VO1AA	Estratti allergenici							
V01AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	LIOF. CPR	A		RRL	PHT	PT	
V03	Altri prodotti terapeutici							
V03A	Altri prodotti terapeutici							
V03AB	Antidoti							
V03AB01	IPECACUANA	SCIR	C		RRL			
V03AB03	EDETATI	EV	C		OSP			
V03AB04	PRALIDOSSIMA	EV	A		RR			
V03AB06	TIOSOLFATO	EV	C		RR			
V03AB14	PROTAMINA	EV	A		RR			
V03AB15	NALOXONE	EV,IM	A		RR			
V03AB17	METILTIONINA CLORURO	EV,IM	C		RNRL/RR			
V03AB23	ACETILCISTEINA	EV	C		OSP			
V03AB25	FLUMAZENIL	EV	H		OSP			
V03AB32	GLUTATIONE	EV,IM	H		RR			Uso riservato all'Oncologia
V03AB33	IDROXOCOBALAMINA	FL IV	C		RR			
V03AB35	SUGAMMADEX	FL EV	H		OSP			
V03AB37	IDARUCIZUMAB	EV	H		OSP			antidoto per il solo dabigatran
V03AC	Sostanze chelanti del ferro							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
V03AC01	DEFEROXAMINA	EV,IM,SC	A		RR	PHT	PT	
V03AC02	DEFERIPRONE	CPR, SOL OS	A		RNRL	PHT		
V03AC03	DEFERASIROX	CPR	A		RNRL	PHT		
V03AE	**Faramci per il trattamento di iperkalemia ed iperfosfatemia**							
V03AE01	POLISTIREN SOLFONATO DI CALCIO	POLV OS/RETT	A		RR			
V03AE01	POLISTIREN SOLFONATO SODICO	POLV OS/RETT	A		RRL			Si demanda ai nefrologi l'inserimento del farmaco all'interno di percorsi diagnostici terapeutici in cui vengano valutati gli esiti clinici a fronte dei costi sostenuti
V03AE02	SEVELAMER	CPR	A		RR	PHT	PT	
V03AE03	LANTANIO CARBONATO	CPR, POLV OS	A		RR	PHT	PT	
V03AE04	CALCIO ACETATO E MAGNESIO CARBONATO	CPR	A		RR			Si demanda ai nefrologi l'inserimento del farmaco all'interno di percorsi diagnostici terapeutici in cui vengano valutati gli esiti clinici a fronte dei costi sostenuti
V03AE05	OSIDROSPHTDO SUCROFERRICO	CPR	A		RRL	PHT	PT	
V03AF	**Sostanze disintossicanti pre trattamenti antineoplastici**							
V03AF01	MESNA	EV	A		RR	PHT	PT	
V03AF02	DEXRAZOXANO	EV	H		OSP			
V03AF03	CALCIO FOLINATO	FL EV IM	A	11	RR	PHT		
V03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	IM, CPR, POLV	C		RR			
V03AF04	CALCIO LEVOFOLINATO	EV	H		OSP			
V03AF05	AMIFOSTINA	EV	H		OSP			
V03AF07	RASBURICASE	EV	C		RR			
V03AF10	SODIO LEVOFOLINATO	FL	H		OSP			
V03AF10	DISODIO LEVOFOLINATO	FL	H		OSP			
V03AH	**Faamaci per il trattamento dell'ipoglicemia**							
V03AH01	DIAZOSSIDO	CPS	A		RRL			
V04	**Diagnostici**							
V04CA02	GLUCOSIO	SCIR	C		RR			
V04CD01	METIRAPONE	CPS	A		RNRL	PHT		
V04CD04	CORTICOLIBERINA	DIAGNOSTICO	NC					
V04CD05	SOMATORELINA	EV	H		OSP			
V04CF01	TUBERCOLINA	INTRADERMICO	NC					
V04CH02	INDIGO CARMINE	FL	C		OSP			
V04CJ01	TIROTROPINA	FL, IM	H		RNRL			
V04CJ02	PROTIRELINA	DIAGNOSTICI	NC					
V04CX	C-13 UREA	FIALA	H		RNR			
V04CX	C-13 UREA	FIALA OS	H		RR			
V04CX	SODIO BIC.AC.CITRICO AN/METACOLINA CLOR.	GRANULATO EFF.	C		OSP			
V04CX	FLUORESCEINA SOD/ESAM.LEV. VERDE INDOCIAN.	FIALA EV	C		USPL			
V04CX	MANNITOLO	POLVERE	C		RR			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
V06	**Agenti nutrizionali**							
V06DD	AMINOACIDI, COMPRESE LE ASSOCIAZIONI CON POLIPEPTIDI	CPR	H		RR			
V07	**Prodotti non terapeutici**							
V07AB	SOLVENTI E DILUENTI, COMPRESE LE SOLUZIONI DETERGENTI	EV	A		SOP			
V07AB	SOLVENTI E DILUENTI, COMPRESE LE SOLUZIONI DETERGENTI	SOL. CONS.ORGANI	C		OSP/SOP			
V07AC	PRODOTTI AUSILIARI PER LA TRASFUSIONE DEL SANGUE	EV	C		OSP			
V07AY	PARAFFINA LIQUIDA	FL	C		SOP			
V08	**Mezzi di contrasto**							
V08AA01	AMIDOTRIZOATO SODICO, MEGLUMINA	SOL GASTROENTERICA OS/ RETT	H		OSP			
V08AB02	IOEXOLO	FL 100ML	H		OSP			
V08AB04	IOPAMIDOLO	FL 100ML	H		OSP			
V08AB05	IOPROMIDE	FL	H		OSP			
V08AB07	IOVERSOLO	FLC EV 100ML	H		OSP			
V08AB09	IODIXANOLO	IM SC	H		OSP			
V08AB10	IOMEPROLO	FL	H		OSP			
V08AB11	IOBITRIDOLO	FL 100ML	C		OSP			
V08AD01	OLIO ELIODATO	INIETT	NC					
V08BA01	BARIO SOLFATO CON SOSTANZE SOSPENDENTI	POLV SOL RETT	C		OSP			
V08BA01	BARIO SOLFATO CON SOSTANZE SOSPENDENTI	SOL OS	H		OSP			Tac Esofago, Stomaco e Duodeno
V08CA01	ACIDO GADOPENTETICO SALE DIMEGLUMINICO	FL EV 20ML	H		OSP			
V08CA02	ACIDO GADOTERICO/GADOLINIO OSSIDO	FL	C		OSP			
V08CA03	GADODIAMIDE	FL EV 10 ML	H		OSP			
V08CA04	GADOTERIDOLO	FL EV 50 ML	H		OSP			
V08CA08	ACIDO GADOBENICO SALE DIMEGLUMINICO	FL EV	C		OSP			
V08CA09	GADOBUTROLO	FL	H		OSP			
V08CA10	ACIDO GADOXETICO DISODIO	SIR	C		OSP			
V08DA01	PERFLUTRENO	IM SC	H		OSP			
V08DA05	ZOLFO ESAFLUORURO	EV	H		OSP			
V09	**Radiofarmaceutici diagnostici**							
V09AA01	TECNEZIO-99MTC-ESAMETAZIMA	INIETT	H		OSP			
V09AA02	TECNEZIO-99MTC-BICISATO	INIETT	C		OSP			
V09AB03	IODIO IOFLUPANO-123I	INIETT	C		OSP			
V09BA01	TECNEZIO 99m Tc OXIDRONATO HDP	FL	NC					
V09CA02	TECNEZIO 99m Tc SUCCINICO	SOL. Inett.	H		OSP			
V09CA03	TECNEZIO 99m Tc TIATIDE	SOL. Inett.	C		OSP			
V09DA0	TECNEZIO 99m Tc MEBROFENINA	FL	NC					
V09EA02	TECNEZIO 99m Tc TECHNEGAS	POLV.PER INAL	C		OSP			

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 4.0								
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
V09EB01	tecnezio (99mTc) albumina umana	Liofilizzato per somministrazione endovenosa	CN		OSP			
V09FX01	TECNEZIO 99M TC PERTECNETATO	SOL. Inett.	C		OSP			
V09FX01	Tecnezio-99mTc-pertecnetato	Generatore di radionuclidi	C		OSP			
V09FX02	SODIO IODURO 123I	SOL. Inett. O orale	CN		OSP			
V09FX03	SODIO IODURO 131I	CPS	CN		OSP			
V09GA01	TECNEZIO-99MTC-SESTAMIBI	EV	H		OSP			
V09GA02	TECNEZIO-99MTC-TETROFOSMINA	INIETT	H		OSP			
V09GA04	TECNEZIO 99m Tc/ALBUMINA UMANA PARTICELLE NANOCOLLOIDALI	SOL. Inett.	H		OSP			
V09GA06	STAGNO PIROFOSFATO/TECNEZIO 99Mtc	SOL. Inett.	H		OSP			
V09GX01	TALLIO CLORURO-201TL	SOL. Inett.	H		OSP			
V09HA03	BESILESOMAB	KIT 2FLC+2FLC	H		OSP			
V09HA04	SULESOMAB	FL	H		OSP			
V09HX01	GALLIO 67 GA CITRATO	SOL. Inett.	H		OSP			
V09IB01	INDIO-111IN-PENTETREOTIDE	EV	H		OSP			
V09IX01	123I-IOBENGUANO	INIETT	C		OSP			Solo per uso diagnostico
V09IX04	FLUORO-18F-DESOSSIGLUCOSIO	INIETT	H		OSP			
V09XA01	IODIO-131I-NORCOLESTEROLO	SOL. Inett.	H		OSP			
V10	**Radiofarmaceutici terapeutici**							
V10B	**Palliatividel dolore (agenti osteofili)**							
V10BX	**Radiofarmaci palliativi del dolore**							
V10BX01	STRONZIO-89SR-CLORURO	INIETT	H		OSP			
V10BX02	SAMARIO-153SM-LEXIDRONAM	EV	H		OSP			
V10XA01	SODIO IODURO 131I	CPS	CN		OSP			
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO (90Y)	KIT PER RADIOMARCARE	H		OSP			
V10XX03	RADIO (223RA) DICLORURO	INIETT	H		OSP			

REGIONE PUGLIA

ALLEGATO B

Raccomandazioni per il corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi nel "Trattamento dei pazienti affetti da Iperplasia Prostatica Benigna (IPB)" – Versione 2.0

- Con D.G.R. N. 700/2017 è stato adottato il documento scientifico elaborato dalla CTRF recante "*Raccomandazioni per il corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi nel trattamento dei pazienti affetti da Iperplasia Prostatica Benigna (IPB)*", finalizzato ad incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni relative a tali medicinali e di conseguenza a razionalizzare la spesa farmaceutica regionale.
- La CTRF, comunque, si è riservata di aggiornare le valutazioni di costo efficacia sui farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi laddove fossero sopravvenute successive variazioni in termini di economicità delle scelte terapeutiche derivanti dalla scadenza brevettuale di Dutasteride ovvero alla ridefinizione del costo di acquisto dello stesso in farmaceutica convenzionata.
- A far data dal 01/08/2017, l'AIFA ha inserito il principio attivo Dutasteride nella Lista di Trasparenza dei medicinali equivalenti, attribuendo allo stesso un prezzo di riferimento SSN per singola confezione pari ad euro 8,38, che equivale ad **euro 0,2793 per singola DDD** (Defined Daily Dose), risultando di fatto più vantaggioso nei confronti del principio attivo Finasteride il cui costo per singola DDD è pari ad **euro 0,5387** in virtù del prezzo di riferimento SSN per singola confezione stabilito dalla stessa Lista di Trasparenza AIFA, pari ad euro 8,08.
- Richiamate le evidenze scientifiche di cui alla precedente versione delle raccomandazioni per il corretto utilizzo dei farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi nel Trattamento dei pazienti affetti da Iperplasia Prostatica Benigna (IPB), parte integrante della D.G.R. 700/2017, risulta opportuno rettificare lo stesso come di seguito riportato:

Raccomandazioni della Commissione Regionale Farmaci (CTRF)

1. Nel trattamento dell'IPB, ove ritenuto necessario in base ad esigenze cliniche, avviare una terapia con farmaci inibitori della 5 alfa-reduttasi, si raccomanda di utilizzare come prima scelta il principio attivo a minor costo

REGIONE PUGLIA

ed a brevetto scaduto Dutasteride che, allo stato, a parità di efficacia e sicurezza clinica, rappresenta la scelta terapeutica con miglior rapporto costo/efficacia.

2. Dai dati rilevati sul consumo dei farmaci erogati nel canale della Farmaceutica convenzionata della Regione Puglia, riferiti all'anno 2016, la prescrizione medica risulta fortemente orientata verso le specialità medicinali con prezzo superiore al prezzo di riferimento stabilito dall'AIFA nella Lista di trasparenza. Tale comportamento induce di fatto gli assistiti a sostenere una spesa a proprio carico in virtù dell'obbligo di pagamento della quota di compartecipazione (riveniente differenza tra il prezzo del farmaco prescritto e il prezzo di riferimento SSN), che nel 2016, per la regione Puglia, ammonta complessivamente ad euro 81.885.312 e risulta tra le più alte a livello nazionale, come rilevato dai dati di Monitoraggio sulla spesa farmaceutica pubblicati dall'AIFA.

   Sulla base di quanto sopra, la CTRF ritiene opportuno raccomandare altresì ai Medici prescrittori di prediligere, nell'ambito di tale categoria ATC (G04AB), a parità di indicazione terapeutica autorizzata, il medicinale a minor costo per singola DDD e con prezzo allineato al prezzo di riferimento stabilito dalla Lista di Trasparenza AIFA.

La CTRF si riserva comunque di aggiornare le presenti valutazioni di costo efficacia sui farmaci **inibitori della 5 alfa-reduttasi** laddove sopravvengano ulteriori e successive variazioni in termini di economicità delle scelte terapeutiche (costo del farmaco per singola DDD) derivanti dalla ridefinizione dei prezzi di riferimento stabiliti dall'AIFA nei successivi aggiornamenti della Lista di Trasparenza .

Bibliografia

- Aggiornamento Lista di Trasparenza AIFA del 01/08/2017

Elenco Nuovi Inserimenti/Aggiornamenti/Eliminazioni nel PTR, rispetto alla precedente versione(3.0)
All. C

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe	Nota	Ricetta	PHT	PT	Note	Aggiornamnetio al PTR 3.0
N05AH01	Loxapina	Pol. Per Inal.	H		OSP		PT AIFA		Nuovo inserimento
G02AD06	Misoprostolo	Dispositivo Vaginale	H		OSP			Da utilizzare in ostetricia	Nuovo inserimento
L04AC01	Daclizumab	SC	A		RRL			Registro di monitoraggio AIFA	Nuovo inserimento
L01XC18	Pembrolizumab	EV	H		OSP			Registro di monitoraggio AIFA	ATC- Principio attivo già presente nel PTR 3.0. La CTRF ha preso atto della nuova Indicazione terapeutica :" •in monoterapia nel trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) nei pazienti adulti. • monoterapia nel trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con Tumour proportion score (TPS) ≥ 50% in assenza di tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK. • monoterapia nel trattamento del NSCLC localmente avanzato o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con TPS ≥ 1% e che hanno ricevuto almeno un precedente trattamento chemioterapico. I pazienti con tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK devono anche avere ricevuto una terapia mirata prima di ricevere Keytruda".
L01XC27	Olaratumab	EV	H		OSP				Nuovo inserimento
L01XE35	Osimertinib	CPR	H		RNRL			Registro di monitoraggio AIFA	ATC- Principio attivo già presente nel PTR 3.0. La CTRF ha preso atto della nuova riclassificazione da Cnn ad H
L01XX52	Venetoclax	CPR	H		RNRL			Registro di monitoraggio AIFA	Nuovo inserimento

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe	Nota	Ricetta	PHT	PT	Note	Aggiornamnetio al PTR 3.0
L01XC15	Obinutuzumab	EV	H		OSP			Registro di monitoraggio AIFA	ATC- Principio attivo già presente nel PTR 3.0. La CTRF ha preso atto della nuova Indicazione terapeutica:" in associazione a bendamustina, seguito da Gazyvaro in mantenimento, e' indicato nel trattamento di pazienti con linfoma follicolare (LF) che non rispondono o che hanno avuto progressione di malattia durante o fino a 6 mesi dopo il trattamento con rituximab o un regime contenente rituximab".
H05BX04	Etelcalcetide cloridrato	FL	A		RRL	PHT			Nuovo inserimento
A16AA05	Acido Carglumico	CPR	A		RNRL	PHT			Nuovo inserimento
N07XX	Edaravone	Infusione	NC				PT	Farmaco estero inserito elenco medicinali a carico SSN ai sensi L. 648/96per il trattamento della Sclerosi laterale amiotrofica Determia AIFA n. 1224 del 28.06,2017	
B02BD02	Lonoctocog	EV	A		RR	PHT	PT		Nuovo inserimento
J05AX	Glecapevir/Pibrentasvir	CPR	A		RNRL	PHT		Registro di monitoraggio AIFA	Nuovo inserimento
M09AX07	Nursinerse	Intratecale	H		OSP			Registro di monitoraggio AIFA	Nuovo inserimento
N06BX13	Idebenone	CPR	A		RRL	PHT			ATC- Principio attivo già presente nel PTR 3.0 con classe di rimborsabilità C e tipo di ricetta RR. La CTRF ha preso atto della ulteriore classe di rimborsabilità del tipo di ricetta e della nuova Indicazione terapeutica"neutropenia ottica ereditaria di leber"
N04BX04	Opicapone	CPR	A		RR				Nuovo inserimento
C02KX01	Bosentan	CPR	A		RRL	PHT			ATC- Principio attivo già presente nel PTR 3.0 La CTRF ha preso atto delle nuove formulazioni da 56 CPR / 125/62,5 MG.
A05AA04	Acido Obeticolico	CPR	H		RRL		PT		Nuovo inserimento
G04BE09	Verdanafil	CPR	A	75	RR	PHT	PT		Nuovo inserimento

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe	Nota	Ricetta	PHT	PT	Note	Aggiornamnetio al PTR 3.0
C03XA01	Tolvaptan	CPR	A		RNRL	PHT		Registro di monitoraggio AIFA	ATC- Principio attivo già presente nel PTR 3.0 (specialità Samsca) . La CTRF ha preso atto che con lo stesso ATC l'AIFA ha regolamentato la nuova specialità (Jinarc) con la seguente indicazione terapeutica: " sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associata al rene policistico autosomico dominante".
L01XX42	Panobinostat	CPS	H		RNRL			Registro di monitoraggio AIFA	Nuovo inserimento
B02BX04	Romiplostima	SC	H		RR			Registro di monitoraggio AIFA	Nuovo inserimento