



## ATTO DIRIGENZIALE

La presente determinazione, ai sensi del comma 3 art. 20 del DPGR n. 443/2015 e smi, è pubblicata dalla data odierna per dieci giorni lavorativi consecutivi nell'albo telematico regionale delle determinazioni dirigenziali

BARI, 05/02/2019

Il Responsabile

Vincenzo Guarracino

N. 00010 del 05/02/2019  
del Registro delle Determinazioni

Codifica adempimenti L.R. 15/08 (trasparenza)	
Struttura	<input type="checkbox"/> Servizio Sist. Inf. <input checked="" type="checkbox"/> Servizio Pol. Farm. <input type="checkbox"/> Staff. Sezione
Tipo materia	<input type="checkbox"/> PO FESR 2014-2020 <input type="checkbox"/> FSC 2007/2013 <input checked="" type="checkbox"/> Farmaceutica <input type="checkbox"/> Sistemi Informativi <input type="checkbox"/> Acquisti <input type="checkbox"/> Altro: _____
Privacy	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Pubblicazione integrale	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Adempimenti d.lgs. 33/2013 e smi	<input type="checkbox"/> SI, art. _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO

Codice CIFRA: 081/DIR/2019/ 00010

**OGGETTO:** Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale (versione 10.0). Integrazione D.D. 151/2017 , D.D. 230/2017 , D.D.307/2017 ,D.D 415/2017, D.D.484/2017, D.D 53/2018, D.D 155/2018, D.D. 173/2018 e D.D. n.297 del 25/11/2018

Il giorno 05/02/2019 in Bari, nella sede della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche

**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'altro, 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.



A fronte delle valutazioni espresse dalla CTRF nelle varie sedute, le cui risultanze sono verbalizzate agli atti del Servizio, con Determinazioni Dirigenziali n. 151/2017, n.237/2017, n.307/2017, n. 415/2017, n. 484/2017, n.53/2018, n.155/2018, n. 173/2018 e n. 297/2018 sono state approvate rispettivamente le versioni 1.0, 2.0, 3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0, 8.0 e 9.0 del Prontuario Terapeutico Regionale, apportando allo stesso una serie di modifiche/integrazioni/inclusioni/esclusioni.

Preso atto delle valutazioni espresse dalla CTRF nel corso della seduta del 13/12/2018 con riferimento alle varie tipologie di farmaci, le cui risultanze sono verbalizzate agli atti del Servizio, si ritiene opportuno procedere all'approvazione della versione 10.0 del PTR e relativi allegati ( Allegato "A" e Allegato "B") quale parti integranti e sostanziale del presente schema di provvedimento, in sostituzione della precedente versioni 9.0 del PTR.

#### **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. di **prendere atto** dei lavori della Commissione Tecnica Regionale Farmaci ex DGR n. 984/2016, relative alla seduta del 13/12/2018, le cui risultanze sono agli atti del Servizio Politiche del farmaco;
2. di **approvare** la versione 10.0 del PTR e relativi allegati ( Allegato "A" e allegato "B" ) quali parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento , in sostituzione della precedente versione 9.0 del PTR;
3. di **dare atto** che il suddetto PTR è suscettibile di ulteriori modifiche ed integrazioni, sulla base dei prossimi lavori della CTRF;
4. 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-



scientifiche dell'AIFA, abbia stabilito il requisito della innovatività terapeutica, possono essere erogati nell'ambito del SSR, nelle more dell'aggiornamento del PTR;

5. 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;
6. 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. 4 pagine, oltre un allegato "A" di 69 pagine, un allegato "B" di 02 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)

Il/la sottoscritto/a attesta che il presente procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto delle norme vigenti e che il presente schema di determinazione è conforme alle risultanze istruttorie.

Il/la sottoscritto/a attesta che il presente documento è stato sottoposto a verifica per la tutela dei dati personali secondo la normativa vigente.

Il Responsabile A.P. (dott. Pietro Leoci)

Il Dirigente del Servizio Politiche del Farmaco (dott. Paolo Stella)

Regione Puglia

Il presente atto originale, composto da n° 04 pagine comprese gli allegati, è depositato presso la Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche in via Gentile, 52 a Bari

Bari, 15/02/2019

Il Responsabile



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 10.0



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>A</b>	<b>APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO</b>							
<b>A01</b>	<b>Stomatologici</b>							
<b>A01A</b>	<b>Stomatologici</b>							
<b>A01AB</b>	<b>Antiinfettivi e antisettici per il trattamento orale locale</b>							
A01AB03	CLOREXIDINA	COLLUT	C		OTC			Da utilizzare solo in Rianimazione ed Ematologia
A01AB09	MICONAZOLO	GEL ORALE	C		SOP			
<b>A01AD</b>	<b>Altre sostanze per il trattamento orale locale</b>							
A01AD02	BENZIDAMINA	COLLUT	C		OTC			Da utilizzare solo in oncologia pediatrica
A01AD11	FLURBIPROFENE	COLLUT	C		OTC			
<b>A02</b>	<b>Disturbi correlati alla secrezione acida</b>							
<b>A02A</b>	<b>Antiacidi</b>							
<b>A02AD</b>	<b>Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio</b>							
A02AD01	ASSOCIAZIONI SALINE COMUNI	CPR,SOSP	C		OTC			
A02AD02	MAGALDRATO	CPR , SOSP	A		RR			
A02AH	ANTIACIDI ASSOCIATI A SODIO BICARBONATO	PAST	C		OTC			
<b>A02B</b>	<b>Farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo</b>							
<b>A02BA</b>	<b>Antagonisti dei recettori H2</b>							
A02BA02	RANITIDINA	EV	A	48	RR			
A02BA02	RANITIDINA	CPR , SCIR ,EV	A	48	RR			
A02BA03	FAMOTIDINA	CPR	A	48	RR			
A02BA04	NIZATIDINA	CPS	A		Cannabis			
<b>A02BB</b>	<b>Prostaglandine</b>							
A02BB01	MISOPROSTOLO	CPR	A	1	RNR			
<b>A02BC</b>	<b>Inibitori della pompa acida</b>							
A02BC01	OMEPRAZOLO	CPS	A	1,48	RR			
A02BC01	OMEPRAZOLO	EV	H	1,48	OSP			La forma ev. e' utilizzabile quando non e' possibile avvelersi della 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 avvalersi della 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
<b>A02BX</b>	<b>Altri farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A02BX02	SUCRALFATO	CPR , BUST	A		RR			
A02BX13	ACIDO ALGINICO	SOSP OS	A		RR			Solo in pazienti pediatrici
<b>A03</b>	<b>Disturbi funzionali gastrointestinali</b>							
<b>A03A</b>	<b>Disturbi funzionali gastrointestinali</b>							
<b>A03AA</b>	<b>Anticolinergici sintetici, esteri con gruppi aminici terziari</b>							
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			
<b>A03AD</b>	<b>Papaverina e derivati</b>							
A03AD01	PAPAVERINA	EV	C		RR			
<b>A03AX</b>	<b>Altri farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali</b>							
A03AX12	FLOROGLUCINOLO	EV,IM	A		RR			
A03AX13	SILICONI	CPR , GTT.	C		SOP			
<b>A03B</b>	<b>Belladonna e derivati non associati</b>							
<b>A03BA</b>	<b>Alcaloidi della belladonna amine terziarie</b>							
A03BA01	ATROPINA	EV,IM,SC	A		RRL			
A03BA01	ATROPINA SOLFATO SENZA SODIO METABISOLFITO	FL	A		RRL			
<b>A03BB</b>	<b>Alcaloidi della belladonna, semisintetici, composti amminici quaternari</b>							
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			
<b>A03C</b>	<b>Antispastici in associazione con psicolettici</b>							
<b>A03CA</b>	<b>Anticolonergici sintetici in associazione con psicolettici</b>							
A03CA34	BROMAZEPAM/PROPANTELINA BROMURO	CPR	C		RR			
<b>A03F</b>	<b>Procinetici</b>							
<b>A03FA</b>	<b>Procinetici</b>							
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			
<b>A04</b>	<b>Antiemetici e antinausea</b>							
<b>A04A</b>	<b>Antiemetici e antinausea</b>							
<b>A04AA</b>	<b>Antagonisti della serotonina (5HT3)</b>							
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			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

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			
<b>A04AD</b>	<b>Altri antiemetici</b>							
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
<b>A05</b>	<b>Terapia biliare ed epatica</b>							
<b>A05A</b>	<b>Terapia biliare</b>							
<b>A05AA</b>	<b>Preparati a base di acidi biliari</b>							
A05AA02	ACIDO URSODESOSSICOLICO	CPR, CPS, SCIR	A	2	RR			
A05AA04	ACIDO OBETICOLICO	CPR	H	RRL			PT	
<b>A05B</b>	<b>Terapia epatica, lipotropi</b>							
<b>A05BA</b>	<b>Terapia epatica</b>							
A05BA	ARGININA CLORIDRATO	FL EV	C		RR			
<b>A06</b>	<b>Lassativi</b>							
<b>A06A</b>	<b>Lassativi</b>							
<b>A06AA</b>	<b>Emollienti</b>							
A06AA01	PARAFFINA LIQUIDA	EMUSIONE OS	C		SOP			
<b>A06AB</b>	<b>Lassativi di contatto</b>							
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			
<b>A06AD</b>	<b>Lassativi ad azione osmotica</b>							
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			
<b>A06AG</b>	<b>Clismi</b>							
A06AG10	DOCUSATO SODICO +SORBITOLO	SOL RETT.	C		OTC			
A06AG01	SODIO FOSFATO	SOL. RETT.	C		OSP			
A06AG04	GLICEROLO	CLISMA	C		OTC			
<b>A06AH</b>	<b>Antagonisti dei recettori periferici degli oppioidi</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A06AH01	METILNALTREXONE BROMURO	SC	A	90	RR			
A06AH03	NALXOGEL	CPR	A	90	RR			
A06AH03	NALOXEGOL	CPR	A					
<b>A06AX</b>	<b>Altri lassativi</b>							
A06AX01	GLICEROLO	SUPP.	C		OTC			
<b>A07</b>	<b>Antidiarroici, antiinfiammatori e antinfettivi intestinali</b>							
<b>A07A</b>	<b>Antidiarroici, antiinfiammatori e antinfettivi intestinali</b>							
<b>A07AA</b>	<b>Antibiotici</b>							
A07AA02	NISTATINA	SOSP OS	A		RR			
A07AA06	PAROMOMICINA	CPS	A		RR			
A07AA11	RIFAXIMINA	SOSP OS, CPR	A		RR			
A07AA11	RIFAXIMINA	CPR	A		RRL	PHT		Prescrizione medica specialistica. Da utilizzare solo ed esclusivamente per l'indicazione terapeutica "riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni. Nel principale studio registrativo, il 91% dei pazienti ha assunto in concomitanza lattuloso. Si devono tenere in considerazione le Linee-guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici."
A07AA12	FIDAXOMICINA	CPR	H		OSP			
<b>A07B</b>	<b>Adsorbenti intestinali</b>							
<b>A07BA</b>	<b>Preparati a base di carbone</b>							
A07BA51	CARBONE MEDICINALE, ASSOCIAZIONI	CPR	C		OTC			Antidoto
<b>A07D</b>	<b>Antipropulsivi</b>							
<b>A07DA</b>	<b>Antipropulsivi</b>							
A07DA03	LOPERAMIDE	CPS, CPR	C		RR			
<b>A07E</b>	<b>Antiinfiammatori intestinali</b>							
<b>A07EA</b>	<b>Corticosteroidi ad azione locale</b>							
A07EA02	IDROCORTISONE	SOL. RETT.	A		RR			
A07EA06	BUDESONIDE	CPS	A		RR			
A07EA07	BECLOMETASONE	SOL. RETT.	A		RR			
<b>A07EB</b>	<b>Sostanze antiallergiche esclusi i corticosteroidi</b>							
A07EB01	ACIDO CROMOGLICICO SALE DISODICO	CPS	C		RR			
<b>A07EC</b>	<b>Acido aminosalicilico ed analoghi</b>							
A07EC01	SULFASALAZINA	CPR	A		RR			
A07EC02	MESALAZINA	CPR, GLISMI, SUPP	A		RR			
<b>A07F</b>	<b>Microorganismi antidiarroici</b>							
<b>A07FA</b>	<b>Microorganismi antidiarroici</b>							
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
<b>A07X</b>	<b>Altri antidiarroici</b>							
<b>A07XA</b>	<b>Altri antidiarroici</b>							
A07XA04	RACECADOTRIL	CPS, BUST	C		RR			
<b>A08</b>	<b>Anti obesità, esclusi i prodotti dietetici</b>							
<b>A08A</b>	<b>Faramci contro l'obesità esclusi i prodotti dietetici</b>							
<b>A08AB</b>	<b>Faramci contro l'obesità esclusi ad azione periferica</b>							





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A08AB01	ORLISTAT	CPS	C		RR			
<b>A09</b>	<b>Digestivi, inclusi gli enzimi</b>							
<b>A09A</b>	<b>Digestivi, inclusi gli enzimi</b>							
<b>A09AA</b>	<b>Preparati a base di enzimi</b>							
A09AA02	POLIENZIMI (LIPASI, PROTEASI, ECC.)	CPS 10.000 U.I.	A		RR			
A09AA02	POLIENZIMI (LIPASI, PROTEASI, ECC.)	POLV 5.000 U.I.	C		RR			
<b>A10</b>	<b>Diabete</b>							
<b>A10A</b>	<b>Insuline e analoghi</b>							
<b>A10AB</b>	<b>Insuline e analoghi per iniezione, ad azione rapida</b>							
A10AB01	INSULINA (UMANA)	EV,IM,SC	A		RR			
A10AB04	INSULINA LISPRO	SC. EV	A		RR			privilegiare utilizzo faramco equivalente
A10AB05	INSULINA ASPART AD AZIONE RAPIDA	SC	A		RR			
A10AB06	INSULINA GLULISINA	SC	A		RR			
<b>A10AC</b>	<b>Insuline e analoghi per iniezione, ad azione intermedia</b>							
A10AC01	INSULINA (UMANA)	SC	A		RR			
<b>A10AD</b>	<b>Insuline ed analoghi per iniezione ad azione intermedia o lunga e ad azione rapida in associazione</b>							
A10AD01	INSULINA (UMANA)	SC	A		RR			
A10AD04	INSULINA LISPRO	SC	A		RR			
A10AD05	INSULINA ASPART	SC	A		RR			
<b>A10AE</b>	<b>Insuline ed analoghi per iniezione ad azione lenta</b>							
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	
A10AE54	INSULINA GLARGINE LIXENATIDE	SC (penna preriempita)	A		RRL	PHT	PT AIFA	A carico SSN solo per pazienti inadeguatamente controllati dalla precedente linea di terapia con insulina basale ed altri ipoglicemizzanti orali, non è riconosciuta rimborsabilità per pazienti naive al trattamento.
A10AE56	INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE	SC (penna preriempita)	A		RRL	PHT	PT AIFA	
<b>A10B</b>	<b>Ippoglicemizzanti escluse le insuline</b>							
<b>A10BA</b>	<b>Biguanidi</b>							
A10BA02	METFORMINA	CPR	A		RR			
<b>A10BB</b>	<b>Sulfoniluree</b>							
A10BB01	GLIBENCLAMIDE	CPR	A		RR			
A10BB07	GLIPIZIDE	CPR	A		RR			
A10BB09	GLICLAZIDE	CPR	A		RR			
A10BB12	GLIMEPIRIDE	CPR	A		RR			
<b>A10BD</b>	<b>Associazione di antidiabetici orali</b>							
A10BD02	METFORMINA E GLIBENCLAMIDE	CPR	A		RR			
A10BD05	METFORMINA E PIOGLITAZONE	CPR	A		RR	PHT		





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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	
<b>A10BF</b>	<b>Inibitori dell'alfa-glucosidasi</b>							
A10BF01	ACARBOSIO	CPR	A		RR			
<b>A10BG</b>	<b>Tiazolidinedioni</b>							
A10BG03	PIOGLITAZONE	CPR	A		RR	PHT		
<b>A10BH</b>	<b>Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)</b>							
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	
<b>A10BJ</b>	<b>Analoghi dei recettori GLP-1</b>							
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	
<b>A10BK</b>	<b>Inibitori del cotrasportatore SGLT-2</b>							
A10BK01	DAPAGLIFOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BK02	CANAGLIFLOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
A10BK03	EMPAGLIFLOZIN	CPR	A		RRL	PHT	PT AIFA	
<b>A10BX</b>	<b>Altri ipoglicemizzanti</b>							
A10BX02	REPAGLINIDE	CPR	A		RR			
<b>A11</b>	<b>Vitamine</b>							
<b>A11B</b>	<b>Polivitaminici non associati</b>							
A11BA	Polivitaminici non associati							



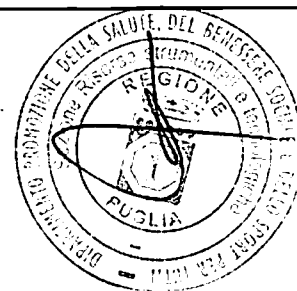
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
A11BA	POLIVITAMINICI, NON ASSOCIATI	EV	C		OSP			
A11BA	POLIVITAMINICI, NON ASSOCIATI	GTT	C		OTC			
<b>A11C</b>	<b>Vitamine A e D, comprese le loro associazioni</b>							
<b>A11CC</b>	<b>Vitamina D ed analoghi</b>							
A11CC04	CALCITRIOLO	CPS	A		RR			
A11CC04	CALCITRIOLO	IV	H		OSP			
A11CC05	COLECALCIFEROLO	FL	A		RR			
A11CC06	CALCIFEDIOLO	GTT	A		RR			
<b>A11D</b>	<b>Vitamina B1, sola o in associazione con vitamina B6 e vitamina B12</b>							
<b>A11DA</b>	<b>Vitamina B1 no associata</b>							
A11DA01	TIAMINA (VITAMINA B1)	IM,CPR	C		RR/SOP			
<b>A11DB</b>	<b>Vitamina B1 in associazione con vitamina B6 e/o vitamina B12</b>							
A11DB	TIAMINA+PIRIDOSSINA+CIANOCOBALAMINA	IM,	C		RR			
<b>A11G</b>	<b>Acido ascorbico (VIT. C) comprese le associazioni</b>							
<b>A11GA</b>	<b>Acido ascorbico (Vit.C) non associato</b>							
A11GA01	ACIDO ASCORBICO (VIT. C)	EV,IM	C		RR			
<b>A11H</b>	<b>Altri preparati di vitamine non associate</b>							
<b>A11HA</b>	<b>Altri preparati di vitamine non associate</b>							
A11HA02	PIRIDOSSINA (VITAMINA B6)	CPR	C		SOP			
A11HA03	TOCOFEROLO (VITAMINA E)	CPR CPS	C		SOP			
A11HA30	DEXPANTENOLO	FL	C		RR			
<b>A11J</b>	<b>Altri preparati vitaminici, associazioni</b>							
<b>A11JA</b>	<b>Associazioni di vitamine</b>							
A11JA	CIANOCOBALAMINA/ACIDO FOLICO/NICOTINAMIDE/ACIDO ASCORBICO	FL IM EV	C		RR			
<b>A11JB</b>	<b>Vitamine associate a Sali minerali</b>							
A11JB	SODIO CITRATO,POSTASSIO CITRATO,COMPLESSO VITAMINICO	IM	C		RR			
<b>A12</b>	<b>Integratori alimentari</b>							
<b>A12A</b>	<b>Calcio</b>							
<b>A12AA</b>	<b>Calcio</b>							
A12AA03	CALCIO GLUCONATO	EV	C		OSP/RR			
A12AA04	CALCIO CARBONATO	CPR	A		RR			
A12BA01	POTASSIO CLORURO	CPR	A		RR			
<b>A16</b>	<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>							
<b>A16A</b>	<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>							
<b>A16AA</b>	<b>Aminoacidi e derivati</b>							
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		
<b>A16AB</b>	<b>Enzimi</b>							
A16AB02	IMUGLUCERASI	EV	H		RR			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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 Mucopolisaccaridosi I (MPS-1, deficit di alfa -L iduronidasi)
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			
A16AB14BAA Complementare	SEBELIPASI ALFA	EV	H		OSP			Registro AIFA web based. Lipasi acida Lisosomiale (LAL)-Malattia rara-. Indicazione terapeutica a carico SSN come da scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento (scheda di eleggibilità)
<b>A16AX</b>	<b>Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo</b>							
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		
A16AX08	TEDUGLUTIDE	SC (Siringa Preimpita)	H		RRL			
A16AX09	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	LIQUIDO OS	A		RNRL	PHT		Farmaco orfano
A16AX10	ELIGLUSTAT	CPS	A		RRL	PHT		Malattia di Gaucher (malattia rara)
A16AX14	MIGALASTAT CLORIDRATO	CPS	A		RRL	PHT		



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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>B</b>	<b>SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI</b>							
<b>B01</b>	<b>Antitrombotici</b>							
<b>B01A</b>	<b>Antitrombotici</b>							
<b>B01AA</b>	<b>Antagonisti della Vitamina K</b>							
B01AA03	WARFARIN	CPR	A		RR			
B01AA07	ACENOCUMAROLO	CPR	A		RR			
<b>B01AB</b>	<b>Eparinici</b>							
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	SOL. INIET - SOL. INITT (per sir.prer.)	A		RR	PHT		A parità di composizione qualitativa e quantitativa, valutato il rapporto costo/efficacia favorevole privilegiare l'uso de farmaco Biosimilare o Biologico originatore al costo di terapia più basso.
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		
<b>B01AC</b>	<b>Antiaggreganti piatrinici, esclusa l'eparina</b>							
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 arteriosa polmonare idiopatica o 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			



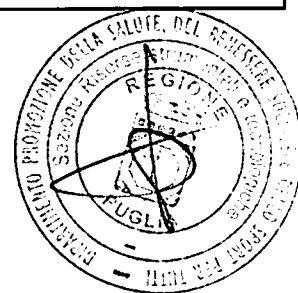
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B01AC21	TREPROSTINIL	FL	H		RRL			
B01AC22	PRASUGREL	CPR	A		RR	PHT	PT	
B01AC24	TICAGRELOR	CPR	A		RR	PHT	PT	
B01AC25	CANGELOR TERTASODIO	EV	H		OSP			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
B01AC27	SELEXIPAG	CPR	A		RRL	PHT	PT	
B01AC30	CLOPIDOGREL IDRO	CPR	A		RR	PHT		
<b>B01AD</b>	<b>Enzimi</b>							
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
<b>B01AE</b>	<b>Inibitori diretti della trombina</b>							
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
<b>B01AF</b>	<b>Inibitori diretti del fattore Xa</b>							
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
<b>B01AX</b>	<b>Altri antitrombotici</b>							
B01AX01	DEFIBROTIDE	EV,IM	C		OSP			
B01AX05	FONDAPARINUX	SC	A		RR	PHT		
<b>B02</b>	<b>Antiemorragici</b>							
<b>B02A</b>	<b>Antifibrinolitici</b>							
<b>B02AA</b>	<b>Aminoacidi</b>							
B02AA02	ACIDO TRANEXAMICO	EV,IM,CPS , CPR	A		RR			
<b>B02AB</b>	<b>Inibitori delle proteasi</b>							
B02AB	GABESATO MESILATO	FL	H		OSP			



# PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

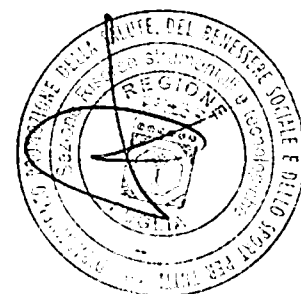
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B02AB02	ALFA1 ANTITRIPSINA	EV	H					Anti trombina III umana. Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo, limitando l'utilizzo dei farmaci ricombinti laddove ritenuto opportuno dal clinico per i pazienti naive.
<b>B02B</b>	<b>Vitamina K e altri emostatici</b>							
<b>B02BA</b>	<b>Vitamina K</b>							
B02BA01	FITOMENADIONE	SOL OS , Iniett	A		RR			
<b>B02BB</b>	<b>Fibrinogeno</b>							
B02BB01	FIBRINOGENO UMANO LIOFILIZZATO	FL	C		RR			
<b>B02BC</b>	<b>Emostatici locali</b>							
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
<b>B02BD</b>	<b>Fattori della coagulazione del sangue</b>							
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.)
B02BD01	FATTORE II FATTORE VII FATTORE IX FATTORE X DELLA COAGULAZIONE PROTEINA C PROTEINA S	INIETT INF	H		OSP			





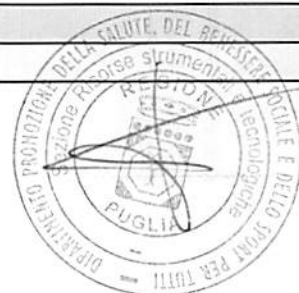
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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	
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 10.0

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 acquisiti 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/SIRINGA PRE RIEMPITA	H		RNRL			
B02BD11	CATRIDEACOG(FATTOREXIII DI COAGULAZIONE+RICOMBINANTE)	EV	H		OSP			
B02BD14	SUSOCTOCOG ALFA	EV	H		OSP			FattoreVIII antiemofilico con delezione del dominio B e sequenza porcina.
<b>B02BX</b>	<b>Altri emostatici per uso sistemico</b>							
B02BX04	ROMIPLOSTIM	SC	H		RR			Registro web based Aifa
B02BX05	ELTROMBOPAG	CPR	H		RR			
B02BX06	EMICIZUMAB	SC	A		RRL	PHT		Registro web based Aifa
<b>B03</b>	<b>Antianemici</b>							
<b>B03A</b>	<b>Preparati a base di ferro</b>							
<b>B03AA</b>	<b>Ferro bivalente, preparati orali</b>							
B03AA01	FERROSO GLICINA SOLFATO	CPS GASTRORES	A		RR			
B03AA07	FERROSO SOLFATO	CPR	A		RR			
<b>B03AB</b>	<b>Ferro trivalente, preparati orali</b>							
B03AB	FERRO TRIVALENTE, PREPARATI ORALI	GTT. SCIR	A		RR			
B03AB	FERRO TRIVALENTE, PREPARATI ORALI	FIALE	H		RR			
<b>B03AC</b>	<b>Ferro, preparati parenterali</b>							
B03AC	CARBOSSIMALTOSIOFERRICO	EV.	H		OSP			
B03AC	FERRISACCARATO	EV	C		OSP			Acquisto "ad personam" per singoli e specifici casi in cui necessita il Ferrisaccarato (vedi indicazioni RCP)
<b>B03B</b>	<b>Vitamina B12 ed acido folico</b>							
<b>B03BA</b>	<b>Vitamina B12 (Cianocobalamina e analoghi)</b>							
B03BA01	CIANOCOBALAMINA	IM,GTT	A		RR			
B03BA03	IDROXOCOBALAMINA	EV,IM	A		RR			
<b>B03BB</b>	<b>Acido folico e derivati</b>							
B03BB01	ACIDO FOLICO	IM,CPR,CPS	A		RR			
<b>B03X</b>	<b>Altri preparati antianemici</b>							
<b>B03XA</b>	<b>Altri preparati antianemici</b>							



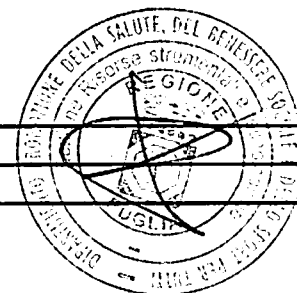
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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	EPOETINA TETA	INIETT, EV, SC	A		RNRL	PHT	PT	
B03XA01	EPOETINA ZETA	Sol. iniett. In siringa preriempita	A		RNRL	PHT	PT AIFA	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	SIR., EV, SC	A		RNRL	PHT	PT	Comunicato EMEA Gennaio 2008: epoetine e rischio di progressione della crescita tumorale e di eventi tromboembolici nei pazienti 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	
<b>B05</b>	<b>Sucedanei del sangue e soluzioni perfusionali</b>							
<b>B05A</b>	<b>Sangue e prodotti correlati</b>							
<b>B05AA</b>	<b>Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche</b>							
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, O.
B05AA05	DESTRANO	EV	C		OSP			
B05AA06	DERIVATI DELLA GELATINA	EV	H		OSP			
B05AA07	IDROSSIETIL-AMIDO	EV	C		OSP			
<b>B05B</b>	<b>Soluzioni endovenosa</b>							
<b>B05BA</b>	<b>Soluzioni nutrizionali parenterali</b>							
B05BA01	AMINOACIDI	EV	C		OSP			
B05BA02	EMULSIONI DI GRASSI	EV	A		RR			
B05BA03	CARBOIDRATI	EV	A		RR			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B05BA03	GLUCOSIO in Acqua	SACCHE	C		RR			
B05BA10	ASSOCIAZIONI	EV	C		RNRL			
B05BA10	GLUCOSIO (DESTROSIO) MONOIDRATO	FL	C		RR			
<b>B05BB</b>	<b>Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico</b>							
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			
<b>B05BC</b>	<b>Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica</b>							
B05BC	GLICEROLO 10% CON SODIO CLORURO 0,9%	FC	C		RR			
B05BC01	MANNITOLO	EV	C		RR			
<b>B05C</b>	<b>Soluzioni per irrigazione</b>							
<b>B05CB</b>	<b>Soluzioni saline</b>							
B05CB01	SODIO CLORURO	EV	C		OSP			
B05CB01	SODIO CLORURO	FLC	C		OSP			
<b>B05CX</b>	<b>Altre soluzioni per irrigazione</b>							
B05CX	GLICINA/MANNITOLO/SORBITOLO	SACCHE	C		OSP			
B05CX10	ASSOCIAZIONI	SACCHE	C		OSP			
<b>B05D</b>	<b>Soluzioni per dialisi peritoneale</b>							
<b>B05DA</b>	<b>Soluzioni isotoniche</b>							
B05DA	SOLUZIONE PER DIALISI PERITONEALE (ICODESTRINA/SODIO CLORURO/SODIO LATTATO/ CALCIO CLORURO/MAGNESIO CLORURO)	SACCHE	C		OSP			
<b>B05DB</b>	<b>Soluzioni ipertoniche</b>							
B05DB	SOLUZIONE PER DIALISI PERITONEALE	SACCHE	C		OSP			
<b>B05X</b>	<b>Soluzioni endovena additive</b>							
<b>B05XA</b>	<b>Soluzioni elettrolitiche</b>							
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 a 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			
<b>B05XB</b>	<b>Aminoacidi</b>							
B05XB02	ALANIL GLUTAMMINA	FL IV	C		OSP			



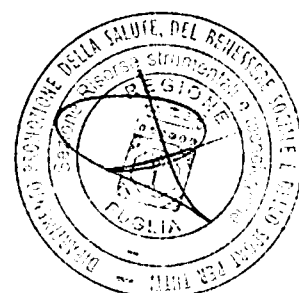
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
B05XC	RETINOLO PALMITATO/ERGOCALCIFEROLO/TOCOFEROLO ALFA/FITOMENADIONE	INF.	H		OSP			Concentrato per emulsioni per adulti e bambini come da scheda tecnica
<b>B05Z</b>	<b>Emodialitici ed emofiltrati</b>							
<b>B05ZB</b>	<b>Emofiltrati</b>							
B05ZB	SOLUZIONE PER EMOFILTRAZIONE	FLC	C		OSP			
<b>B06</b>	<b>Agenti ematologici</b>							
<b>B06A</b>	<b>Altri agenti ematologici</b>							
<b>B06AA</b>	<b>Enzimi</b>							
B06AA	PROMELASI	CPR	C		RR			
B06AA03	JALURONIDASI	FL	NC					Fiale 300 UI
<b>B06AB</b>	<b>Altri preparati ematologici</b>							
B06AB01	EMINA	FL EV	H		OSP			
<b>B06AC</b>	<b>Faramci usati nell'angioedema ereditario</b>							
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 ereditario (HAE) secondario a deficienza dell'inibitore dellesterasi C1
<b>C</b>	<b>SISTEMA CARDIOVASCOLARE</b>							
<b>C01</b>	<b>Terapia Cardiaca</b>							
<b>C01A</b>	<b>Glicosidi cardiaci</b>							
<b>C01AA</b>	<b>Glicosidi digidali</b>							
C01AA05	DIGOSSINA	IM,CPR , CPS, SCIR.	A		RR			
C01AA08	METILDIGOSSINA	CPR	A		RR			
<b>C01B</b>	<b>Antiarritmici, classe I e III</b>							
<b>C01BB</b>	<b>Antiarritmici classe IA</b>							
C01BB02	MEXILETINA	CPS	A		RR			
<b>C01BC</b>	<b>Antiarritmici classe IC</b>							
C01BC03	PROPAFENONE	EV,CPR, CPS	A		RR			
C01BC04	FLECAINIDE	CPR, CPS	A		RR			
C01BC04	FLECAINIDE	EV	H		OSP			
<b>C01BD</b>	<b>Antiarritmici classe III</b>							
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



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

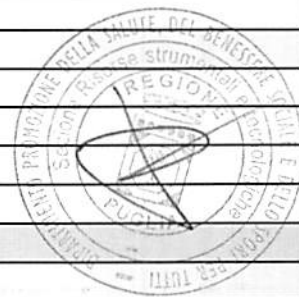
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C01BD07	DRONEDARONE	CPR	A		RRL	PHT	PT	Pazienti adulti clinicamente stabili con anamnesi di fibrillazione atriale permanente o fibrillazione atriale non permanente ma in corso per prevenire una recidiva di fibrillazione atriale o per diminuire la frequenza ventricolare
<b>C01C</b>	<b>Stimolanti cardiaci, esclusi i glicosidi cardiaci</b>							
<b>C01CA</b>	<b>Adrenergici e dopaminergici</b>							
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 richiede 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			
<b>C01CE</b>	<b>Inibitori della fosfodiesterasi</b>							
C01CE03	ENOXIMONE	EV	H		OSP			
<b>C01CX</b>	<b>Altri stimolanti cardiaci</b>							
C01CX08	LEVOSIMENDAN	EV	C		OSP			
<b>C01D</b>	<b>Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache</b>							
<b>C01DA</b>	<b>Nitrati organici</b>							
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			
<b>C01E</b>	<b>Altri preparati cardiaci</b>							
<b>C01EA</b>	<b>Prostaglandine</b>							





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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
<b>C01EB</b>	<b>Altri preparati cardiaci</b>							
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			
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 neonati 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			
<b>C02</b>	<b>Antipertensivi</b>							
<b>C02A</b>	<b>Sostanze antiadrenergici ad azione centrale</b>							
<b>C02AB</b>	<b>Metildopa</b>							
C02AB01	METILDOPA (LEVOGIRA)	CPR	A		RR			
<b>C02AC</b>	<b>Agonisti dei recettori dell'imidazolina</b>							
C02AC01	CLONIDINA	EV,IM	H		OSP			
C02AC01	CLONIDINA	CPR, TRANSD	A		RR			
C02CA04	DOXAZOSIN	CPR	A		RR			
C02CA06	URAPIDIL	EV	H		OSP			
<b>C02D</b>	<b>Sostanze ad azione sulla muscolatura liscia arteriolare</b>							
<b>C02DC</b>	<b>Derivati pirimidinici</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
C02DC01	MINOXIDIL	CPR	C		OSP			
<b>C02DD</b>	<b>Derivati nitroferriicianurici</b>							
C02DD01	NITROPRUSSIDO	EV	C		OSP			
<b>C02K</b>	<b>Altri antipertensivi</b>							
<b>C02KX</b>	<b>Antipertensivi per l'ipertensione arteriosa polmonare</b>							
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
C02KX04	MACITENTAN	CPR	A		RRL	PHT		Trattamento a lungo termine ipertensione arteriosa polmonare, pazienti in classe funzionale who II e III
C02KX05	RIOCIGUAT	CPR	A		RRL	PHT		
<b>C03</b>	<b>Diuretici</b>							
<b>C03A</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica minore, tiazidi</b>							
<b>C03AA</b>	<b>Tiazidi non associate</b>							
C03AA03	IDROCLOROTIAZIDE	CPR	A		RR			
<b>C03B</b>	<b>Diuretici ad azione minore, escluse le tiazidi</b>							
<b>C03BA</b>	<b>Sulfonamidi, non associate</b>							
C03BA04	CLORTALIDONE	CPR	A		RR			
<b>C03C</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica maggiore</b>							
<b>C03CA</b>	<b>Sulfonamidi, non associate</b>							
C03CA01	FUROSEMIDE	INIET, CPR	A		RR			
C03CA01	FUROSEMIDE	SOL INIETT	H		OSP			
<b>C03CC</b>	<b>Derivati dell'acido arilossiacetico</b>							
C03CC01	ACIDO ETACRINICO	EV,CPR	C		RR			Acquisito "ad personam"
<b>C03D</b>	<b>Farmaci risparmiatori di potassio</b>							
<b>C03DA</b>	<b>Antagonisti dell'aldosterone</b>							
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			
<b>C03E</b>	<b>Diuretici e farmaci risparmiatori di potassio in associazione</b>							
<b>C03EA</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio</b>							
C03EA01	IDROCLOROTIAZIDE E FARMACI RISPARMIATORI DI POTASSIO	CPR, CPS	A		RR			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>C03EB</b>	<b>Diuretici ad azione diuretica maggiore e farmaci risparmiatori di potassio</b>							
C03EB01	FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE	CPS	A		RR			
<b>C03X</b>	<b>Altri diuretici</b>							
<b>C03XA</b>	<b>Antagonisti della vasopressina</b>							
C03XA01	TOLVAPTAN	CPR	H		RNRL			
C03XA01	TOLVAPTAN	CPR	A		RNRL	PHT		Insufficienza renale associata al rene policistico autosomico dominante - Registro Aifa
<b>C04</b>	<b>Vasodilatatori periferici</b>							
<b>C04A</b>	<b>Vasodilatatori periferici</b>							
<b>C04AD</b>	<b>Derivati purinici</b>							
C04AD03	PENTOXIFILLINA	EV	C		RR			In casi particolari di ischemia critica degli arti inferiori, del distretto oculare e auricolare
<b>C05</b>	<b>Vasoprotettori</b>							
<b>C05A</b>	<b>Sostanze per il trattamento di emorroidi e ragadi anali per uso topico</b>							
<b>C05AA</b>	<b>Corticosteroidi</b>							
C05AA01	IDROCORTISONE/BENZOCAINA/EPARINA SODICA	CR RETT	C		SOP			
C05AA10	FLUCINOLONE ACETONIDE	TOPIC.	C		OTC			
C05BA01	EPARINOIDI ORGANICI	TOPIC.	C		SOP			
C05BB02	POLIDOCANOLO	EV	C		RR			
C05CA03	DIOSMINA/ESPERIDINA	CPR RIV	C		OSP			
<b>C07</b>	<b>Betabloccanti</b>							
<b>C07A</b>	<b>Betabloccanti</b>							
<b>C07AA</b>	<b>Betabloccanti non selettivi</b>							
C07AA05	PROPRANOLOLO	CPR,CPS	A		RR			
C07AA05	PROPRANOLOLO	SOL ORALE	A		RNRL	PHT	PT	
C07AA07	SOTALOLO	CPS	A		RR			
C07AA12	NADOLOLO	CPR	C		RR			
<b>C07AB</b>	<b>Bloccanti selettivi</b>							
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
<b>C07AG</b>	<b>Bloccantidei recettori alfa- e beta- adrenergici</b>							
C07AG02	CARVEDILOLO	CPR	A		RR			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>C08</b>	<b>Calcioantagonisti</b>							
<b>C08C</b>	<b>Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare</b>							
<b>C08CA</b>	<b>Derivati diidropiridinici</b>							
C08CA01	AMLODIPINA	CPR	A		RR			
C08CA02	FELODIPINA	CPR	A		RR			
C08CA05	NIFEDIPINA	CPR	A		RR			
C08CA06	NIMODIPINA	EV	H		OSP			
<b>C08D</b>	<b>Calcioantagonisti selettivi con effetto cardiaco diretto</b>							
<b>C08DA</b>	<b>Derivati fenilalchilaminici</b>							
C08DA01	VERAPAMIL	EV,CPR,CPR	A		RR			
C08DB01	DILTIAZEM	EV,CPR,CPS	A		RR			
<b>C09</b>	<b>Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina</b>							
<b>C09A</b>	<b>ACE- inibitori, non associati</b>							
<b>C09AA</b>	<b>ACE-inibitore , non associati</b>							
C09AA01	CAPTOPRIL	CPR	A		RR			
C09AA02	ENALAPRIL	CPR	A		RR			
C09AA04	PERINDOPRIL	CPR	A		RR			
C09AA05	RAMIPRIL	CPR	A		RR			
C09AA06	QUINAPRIL	CPR	A		RR			
<b>C09B</b>	<b>ACE-inibitore , associazioni</b>							
<b>C09BA</b>	<b>ACE-inibitori e diuretici</b>							
C09BA02	ELANAPRIL E DIURETICI	CPR	A		RR			
C09BA05	RAMIPRIL E DIURETICI	CPR	A		RR			
<b>C09BB</b>	<b>ACE- inibitori e calcioantagonisti</b>							
C09BB05	RAMIPRIL E FELODIPINA	CPR	A		RR			
<b>C09C</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II, non associati</b>							
<b>C09CA</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II, non associati</b>							
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			
<b>C09D</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II, associazioni</b>							
<b>C09DA</b>	<b>Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici</b>							
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			
<b>C09DX</b>	<b>Antagonisti dell'Angiotensina II, altre associazioni</b>							
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





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>C10</b>	<b>Sostanze modificatrici del lipidi</b>							
<b>C10A</b>	<b>Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate</b>							
<b>C10AA</b>	<b>Inibitori della HMG CoA reductasi</b>							
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 come da nota AIFA 13
<b>C10AB</b>	<b>Fibrati</b>							
C10AB05	FENOFIBRATO	CPR	A	13	RR			
<b>C10AC</b>	<b>Sequestranti degli acidi biliari</b>							
C10AC01	COLESTIRAMINA	BUSTINE	A	13	RR			
<b>C10AX</b>	<b>Altre sostanze modificatrici dei lipidi</b>							
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	SOL.INIETT	A		RRL	PHT		Registro web based
C10AX14	ALIROCUMAB	PENNE PRERIEMPIE	A		RNRL	PHT		Registro web based
<b>101B</b>	<b>Sostanza modificatrici dei lipidi, associazioni</b>							
<b>101BA</b>	<b>Inibitori dell'HMC CoA reductasi in associazione con altre sostanza modificatrici dei lipidi</b>							
C10BA02	SIMVASTATINA ED EZETIMIBE	CPR	A	13	RR			Di seconda scelta secondo la nota AIFA 13
<b>D</b>	<b>DERMATOLOGICI</b>							
<b>D01</b>	<b>Antimicotici per uso dermatologico</b>							
<b>D01A</b>	<b>Antibiotici per uso topico</b>							
<b>D01AC</b>	<b>Derivati imidazolici e triazolici</b>							
D01AC01	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		SOP			
D01AC02	MICONAZOLO NITRATO	CREMA	C		SOP			
D01AC03	ECONAZOLO NITRATO	CREMA	C		SOP			
<b>D01AE</b>	<b>Altri antimicotici per uso topico</b>							
D01AE20	ACIDO BORICO/FENOLO/FUCSINA/RESORCINA	SOL. 0,3% -	C		OTC			
<b>D02</b>	<b>Emollienti e protettivi</b>							
D02AB	ZINCO OSSIDO	UNG.	C		SOP			
<b>D03</b>	<b>Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni</b>							
<b>D03A</b>	<b>Cicatrizzanti</b>							
<b>D03AX</b>	<b>Altri cicatrizzanti</b>							
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			
<b>D03B</b>	<b>Enzimi</b>							
<b>D03BA</b>	<b>Enzimi proteolitici</b>							
D03BA	ENZIMI PROTEOLITICI ARRICCHITI CON BROMELINA	POLV. E GEL PER GEL - USO CUTANEO	H		OSP			Centro Ustioni



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
D03BA02	COLLAGENASI/ o Acido ialuronico sale sodico 0,2%+ collagenasi	UNG.	C		SOP			
D03BA52	COLLAGENASI, ASSOCIAZIONI	TOPIC.	C		RR			
<b>D04</b>	<b>Antipruriginosi, inclusi antistaminici,anestetici,ecc.</b>							
<b>D04A</b>	<b>Antipruriginosi inclusi antistaminici, anestetici, ecc..</b>							
<b>D04AB</b>	<b>Anestetici per uso topico</b>							
D04AB01	LIDOCAINA	TOPIC.	C		USPL			
<b>D05</b>	<b>Antipsoriasici</b>							
<b>D05A</b>	<b>Antipsoriasici per uso topico</b>							
<b>D05AX</b>	<b>Altri antipsoriasici per uso topico</b>							
D05AX02	CALCIPOTRIOLO	TOPIC.	A		RR			
<b>D05B</b>	<b>Antipsoriasici per uso sistemico</b>							
<b>D05BB</b>	<b>Retinoidi per il trattamento della psoriasi</b>							
D05BB02	ACITRETINA	CPS	A		RNR			
<b>D06</b>	<b>Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologici</b>							
<b>D06A</b>	<b>Antibiotici per uso topico</b>							
<b>D06AA</b>	<b>Tetraciline e derivati</b>							
D06AA02	CLORTETRACICLINA	TOPIC.	C		RR			
<b>D06AX</b>	<b>Altri antibiotici per uso topico</b>							
D06AX01	ACIDO FUSIDICO	TOPIC.	C		RR			
D06AX07	GENTAMICINA	TOPIC.	C		RR			
D06AX09	MUPIROCINA	TOPIC.	C		RR			
<b>D06B</b>	<b>Chemioterapici per uso topico</b>							
<b>D06BA</b>	<b>Sulfonamidi</b>							
D06BA01	SULFADIAZINA ARGENTICA	TOPIC.	C		SOP			
<b>D06BB</b>	<b>Antivirali</b>							
D06BB03	ACICLOVIR	CREMA	C		RR			
D06BB10	IMIQUIMOD	TOPIC.	A		RRL	PHT	PT	
D06BB12	ESTRATTO SECCO CAMELIA SINENSIS	UNGUENTO	A		RR/RRL	PHT	PT	Specialista Dermatologo
<b>D07</b>	<b>Corticosteroidi, preparati dermatologici</b>							
<b>D07A</b>	<b>Corticosteroidi non associati</b>							
<b>D07AA</b>	<b>Corticosteroidi deboli (gruppo I)</b>							
D07AA02	IDROCORTISONE	CREMA	C		RR			
<b>D07AB</b>	<b>Corticosteroidi moderatamente attivi (gruppo II)</b>							
D07AB02	IDROCORTISONE BUTIRRATO	CREMA	A		RR			
<b>D07AC</b>	<b>Corticosteroidi attivi (gruppo III)</b>							
D07AC01	BETAMETASONE DIPROPIONATO	CREMA	C		RR			
D07AC13	MOMETASONE FUROATO	CREMA	C		RR			
D07AC14	METILPREDNISOLONE ACEPONATO	CREMA	A	88	RR			
<b>D07AD</b>	<b>Corticosteroidi molto attivi (gruppo IV)</b>							
D07AD01	CLOBETASOLO PROPIONATO	CREMA	A		RR			
<b>D07B</b>	<b>Corticosteroidi, associazioni con antisettici</b>							
<b>D07BC</b>	<b>Corticosteroidi attivi , associazione con antisettici</b>							
D07BC04	DIFLUCORTOLONE VALERATO/CLORCHINALDOLO	CREMA	C		RR			
<b>D07C</b>	<b>Corticosteroidi, associazioni con antibiotici</b>							
<b>D07CB</b>	<b>Corticosteroidi moderatamente attivi, associazioni con antibiotici</b>							





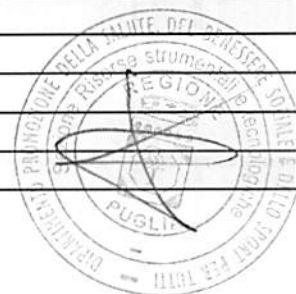
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
D07CB01	TRIAMCINOLONE + CLORTETRACICLINA	POMATA	C		RR			
D07CC01	ACIDO FUSIDICO/BETAMETASONE VALERATO	CREMA	C		RR			
<b>D07X</b>	<b>Corticosteroidi, altre associazioni</b>							
<b>D07XC</b>	<b>Corticosteroidi attivi, altre associazioni</b>							
D07XC01	BETAMETASONE/ACIDO SALICILICO	UNG.	C		RR			
<b>D08</b>	<b>Antisettici e disinfettanti</b>							
<b>D08A</b>	<b>Antisettici e disinfettanti</b>							
<b>D08AC</b>	<b>Biguanidi ed amidine</b>							
D08AC02	CLOREXIDINA	SOL. cutanea	C		OSP			
D08AC52	CLOREXIDINA GLUCONATO - 20 mg/ml e alcool isopropilico 0.70 ml/ml	SOL. cutanea con colorante	C		OTC			
D08AD	ACIDO BORICO	SOL.	C		SOP			
<b>D08AG</b>	<b>Derivati dello iodio</b>							
D08AG02	POVIDONE-IODIO	TOPIC.	C		OSP			
<b>D08AJ</b>	<b>Derivati ammoniacali quaternari</b>							
D08AJ01	BENZALCONIO CLORURO	SOL. cutanea	C		OSP			
<b>D08AK</b>	<b>Derivati del mercurio</b>							
D08AK04	MERBROMINA	SOL. cutanea	C		SOP			
<b>D08AX</b>	<b>Altri antisettici e disinfettanti</b>							
D08AX	METILTIONINIO SOL.	FL	C		OTC			
D08AX07	SODIO IPOCLORITO	SOL. cutanea	C		OTC			
<b>D11</b>	<b>Preparati dermatologici</b>							
<b>D11A</b>	<b>Altri preparati dermatologici</b>							
<b>D11AH</b>	<b>Preparati per dermatiti, escluso i corticosteroidi</b>							
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 riferimento 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
D11AH05	DUPILUMAB	SC	H		RNRL			Registro web based Aifa
D11AX	PIAS (ESTRATTO TOTALE DEGLI INSAPONIFICABILI DEGLI OLI DI AVOCADO E SOJA)	CPR	C		RNR			
<b>G</b>	<b>SISTEMA GENITO-URINARIO E ORMONI SESSUALI</b>							
<b>G01</b>	<b>Antinfettivi ed antisettici ginecologici</b>							
<b>G01A</b>	<b>Antinfettivi ed antisettici, escluse le associazioni con corticosteroidi</b>							
<b>G01AA</b>	<b>Antibiotici</b>							
G01AA	MECLOCICLINA SOLFOSALICILATO	OVULI	C		RR			
<b>G01AF</b>	<b>Derivati Imidazolici</b>							
G01AF01	METRONIDAZOLO	OVULI VAG	C		SOP			
G01AF02	CLOTRIMAZOLO	CREMA	C		OTC			



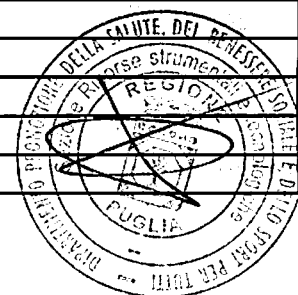
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
G01AF04	MICONAZOLO	LAVANDE	C		SOP			
G01AF05	ECONAZOLO NITRATO	OVULI	C		SOP			
G01AF20	CLOTRIMAZOLO/METRONIDAZOLO	CREMA	C		SOP			
<b>G01AX</b>	<b>Altri antiinfettivi ed antisettici</b>							
G01AX11	IODOPOVIDONE	LAVANDE VAGINALI	C		SOP			
<b>G02</b>	<b>Altri ginecologici</b>							
<b>G02A</b>	<b>Uterotonici</b>							
<b>G02AB</b>	<b>Alcaloidi della segale cornuta</b>							
G02AB01	METILERGOMETRINA	EV,IM,CPR	A		RR			
<b>G02AD</b>	<b>Prostaglandine</b>							
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			
<b>G02B</b>	<b>Contraccettivi per uso topico</b>							
<b>G02BA</b>	<b>Contraccettivi intrauterini</b>							
G02BA03	LEVONORGESTREL	SISTEMA A RILASCIO INTRAUTERINO	C		RNR			
<b>G02C</b>	<b>Altri preparati ginecologici</b>							
<b>G02CA</b>	<b>Simpaticomimetici, tocolitici</b>							
G02CA	ISOXSUPRINA CLORIDRATO	SOL. Inett.	C		RNR			
G02CA01	RITODRINA	F	A		RNR			
<b>G02CB</b>	<b>Inibitori della prolattina</b>							
G02CB01	BROMOCRIPTINA	CPR	A		RR			
G02CB03	CABERGOLINA	CPR	A		RNR			
<b>G02CX</b>	<b>Altri ginecologici</b>							
G02CX01	ATOSIBAN	SOL per Infusione ev.	H		OSP			
<b>G03</b>	<b>Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale</b>							
<b>G03A</b>	<b>Contraccettivi ormonali sistemici</b>							
<b>G03AA</b>	<b>Associazioni fisse estro-progestiniche</b>							
G03AA12	DROSPIRENONE ETINILESTRADIOLO/CLT.BET	CPR.RIV	C		RR			
G03AA13	ETINILESTRADIOLO/NORELGESTROMINA	CER	C		RR			
<b>G03B</b>	<b>Androgeni</b>							
<b>G03BA</b>	<b>Derivati del 3-Oxoandrostene (4)</b>							
G03BA03	TESTOSTERONE	GEL.	A	36	RNRL	PHT	PT	
G03BA03	TESTOSTERONE/PROP/UNDECAN/ENANT	IM,CPS	A	36	RNRL	PHT	PT	
<b>G03D</b>	<b>Progestinici</b>							
<b>G03DA</b>	<b>Derivati del pregnenone (4)</b>							
G03DA02	MEDROSSIPROGESTERONE	CPR	A		RNR			
G03DA03	IDROSSIPROGESTERONE	IM	A		RNR			
G03DA04	PROGESTERONE	IM	A		RNR			
<b>G03DB</b>	<b>Derivati del pregnadiene</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
G03DB04	NOMEGESTROLO ACETATO	CPR	A		RNR			
<b>G03DC</b>	<b>Derivati dell'estrene</b>							
G03DC02	NORETISTERONE	CPR	A		RNR			
<b>G03G</b>	<b>Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione</b>							
<b>G03GA</b>	<b>Gonadotropine</b>							
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	
G03GA10	FOLLITROPINA DELTA	SC	A	74	RRL	PHT	PT	
G03GA30	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	SC	A	74	RRL	PHT	PT	
<b>G03H</b>	<b>Antiandrogeni</b>							
<b>G03HA</b>	<b>Antiandrogeni non associati</b>							
G03HA01	CIPROTERONE ACETATO	IM, CPR	A		RNR			
<b>G03X</b>	<b>Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale</b>							
<b>G03XB</b>	<b>Modulatori dei recettori del progesterone</b>							
G03XB01	MIFEPRISTONE	CPR	H		OSP			
G03XB02	ULIPRISTAL ACETATO	CPR	A	51	RNRL	PHT	PT	
<b>G04</b>	<b>Urologici</b>							
<b>G04B</b>	<b>Urologici</b>							
<b>G04BC</b>	<b>Solventi dei calcoli urinari</b>							
G04BC	KALNACITRATO	GRANU PER OS	C		RR			
<b>G04BD</b>	<b>Farmaci per la frequenza urinaria e l'incontinenza</b>							
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			
<b>G04BE</b>	<b>Farmaci usati nella disfunzione dell'erezione</b>							
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	VARDEFIL	CPR	A	75	RR	PHT	PT	
G04BE10	AVANAFIL	CPR	A	75	RR	PHT	PT	
<b>G04C</b>	<b>Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna</b>							
<b>G04CA</b>	<b>Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici</b>							
G04CA01	ALFUZOSINA CLORIDRATO	CPR	A		RR			
G04CA02	TAMSULOSINA	CPS	A		RR			
<b>G04CB</b>	<b>Inibitori della testosterone-5-alfa reduttasi</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
G04CB01	FINASTERIDE	CPR	A		RR			
G04CB02	DUTASTERIDE	CPS	A		RR			
<b>G04CX</b>	<b>Altri farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna</b>							
G04CX03	MEPARTRICINA	CPR	C		RR			
<b>H</b>	<b>PREPARATI ORMONALI SISTEMICI</b>							
<b>H01</b>	<b>Ormoni ipofisari ed ipotalamicied analoghi</b>							
<b>H01A</b>	<b>Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi ed analoghi</b>							
<b>H01AA</b>	<b>ACTH</b>							
H01AA02	TETRACOSACTIDE	EV,IM	C					
<b>H01AC</b>	<b>Somatropina ed agonisti della somatropina</b>							
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)
<b>H01AX</b>	<b>Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi</b>							
H01AX01	PEGVISOMANT	SC	A		RNRL	PHT		
<b>H01B</b>	<b>Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi</b>							
<b>H01BA</b>	<b>Vasopressina ed analoghi</b>							
H01BA02	DESMOPRESSITNA	ENDONAS, EV, IM, OS, SC	A		RR	PHT	PT	
H01BA04	TERLIPRESSINA	EV	H		OSP			
<b>H01BB</b>	<b>Oxitocina e analoghi</b>							
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)
<b>H01C</b>	<b>Ormoni ipotalamici</b>							
<b>H01CA</b>	<b>Ormoni liberatori delle gonadotropine</b>							
H01CA01	GONADORELINA	ENDONAS	A		RR	PHT	PT	
<b>H01CB</b>	<b>Ormoni anticrescita</b>							
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	PT	Trattamento pazienti adulti con acromegalia
H01CB05	PASIREOTIDE	SC	A		RNRL	PHT	PT	Registro Web based Aifa - Malattia di Cushing
<b>H02</b>	<b>Corticosterodi sistemici</b>							
<b>H02A</b>	<b>Corticosteroidi sistemici non associati</b>							
<b>H02AA</b>	<b>Mineralcorticoidi</b>							
H02AA02	FLUDROCORTISONE ACETATO	CPR EFF	A		RR			
<b>H02AB</b>	<b>Glicocorticoidi</b>							



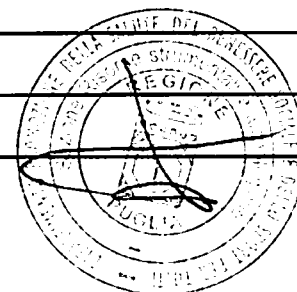
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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			
<b>H02BX</b>	<b>Corticosteroidi sistemici associati</b>							
H02BX01	METILPREDNISOLONE, ASSOCIAZIONI	INIETT.	C		RR			
<b>H03</b>	<b>Terapia tiroidea</b>							
<b>H03A</b>	<b>Preparati tiroidei</b>							
<b>H03AA</b>	<b>Ormoni tiroidei</b>							
H03AA01	LEVOTIROXINA SODICA	CPR , GTT.	A		RR			
<b>H03B</b>	<b>Preparati antitiroidei</b>							
<b>H03BB</b>	<b>Derivati imidazolici contenenti zolfo</b>							
H03BA02	PROPILTIOURACILE	CPR	A		NC			
H03BB02	TIAMAZOLO	CPR	A		RR			
<b>H04</b>	<b>Ormoni pancreatici</b>							
<b>H04A</b>	<b>Ormoni glicogenolitici</b>							
<b>H04AA</b>	<b>Ormoni glicogenolitici</b>							
H04AA01	GLUCAGONE	FALE	H		OSP			
<b>H05</b>	<b>Calcio - omeostatici</b>							
<b>H05A</b>	<b>Ormoni paratiroidei e analoghi</b>							
<b>H05AA</b>	<b>Ormoni paratiroidei e analoghi</b>							
H05AA02	TERIPARATIDE	SC	A	79	RR		PT	
H05BX01	CINACALCET	CPR	A		RRL	PHT	PT	
H05BX02	PARACALCITOLE	EV,INIET,CPS	A		RR	PHT	PT	Iperparatiroidismo secondario ad insufficienza renale cronica
H05BX04	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	EV	A		RRL	PHT		Monitoraggio addizionale.Iperparatiroidismo secondario ad insufficienza renale cronica,da iniettare ev immediatamente dopo la fine della dialisi.
<b>J</b>	<b></b>							
<b>J01</b>	<b>Antibatterici per uso sistemico</b>							
<b>J01A</b>	<b>Tetracicline</b>							
<b>J01AA</b>	<b>Tetracicline</b>							
J01AA02	DOXICICLINA	CPR	A		RR			Doxiciclina e Minociclina sono sostanzialmente equivalenti
J01AA08	MINOCICLINA	CPS	A		RR			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

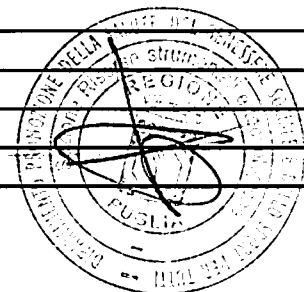
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01AA12	TIGECICLINA	EV	H		OSP			Approvato per utilizzo in infezioni di cute e tessuti molli, infezioni intraaddominali, polmoniti comunitarie (preferibilmente come parte di un regime di associazione) causate da MRSA, Acinetobacter spp [Mandell, Surg Inf Soc 2016, Sanford Guide ABX tx 2017]
<b>J01B</b>	<b>Amfenicoli</b>							
<b>J01BA</b>	<b>Amfenicoli</b>							
J01BA01	CLORAMFENICOLO	IM	H		OSP			
J01BA02	TIAMFENICOLO GLICINATO ACETILCISTEINATO	FL	C		RR			
<b>J01C</b>	<b>Antibatterici beta-lattamici, penicilline</b>							
<b>J01CA</b>	<b>Penicilline ad ampio spettro</b>							
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			
J01DC01	CEFOXITINA SODICA	EV	H		OSP			
<b>J01CE</b>	<b>Penicilline sensibili alle beta - lattamasi</b>							
J01CE01	BENZILPENICILLINA	EV,IM	C		RR			
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINA	IM	A	92	RR	PHT		
<b>J01CF</b>	<b>Penicilline resistenti alle beta - lattamasi</b>							
J01CF04	OXACILLINA	IM	A		RR			
<b>J01CR</b>	<b>Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta - lattamasi</b>							
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			





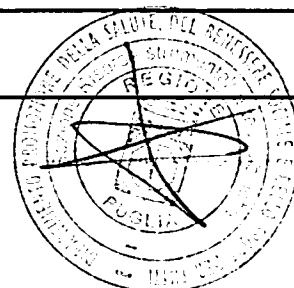
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01CR05	PIPERACILLINA SODICA TAZOBACTAMSODICO	EV	H		OSP			
J01CR02	AMOXICILLINA SODICA POTASSIO CLAVULONICO	EV	H		RNRL			
<b>J01D</b>	<b>Altri antibatterici beta - lattamasi</b>							
<b>J01DB</b>	<b>Cefalosporine di prima generazione</b>							
J01DB01	CEFALEXINA	CPR, SOSP.	A		RR			
J01DB03	CEFALOTINA	EV,IM	A		RR			
J01DB04	CEFAZOLINA	EV,IM	A		RR			
<b>J01DC</b>	<b>Cefalosporine di seconda generazione</b>							
J01DC01	CEFOXITINA SODICA	EV	H		OSP			
J01DC02	CEFUROXIMA	EV,IM	A		RR			
J01DC04	CEFACLORO	CPR, CPS, SOSP.	A		RR			
<b>J01DD</b>	<b>Cefalosporine di terza generazione</b>							
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			
J01DD52	CEFTAZIDINA/AVIBACTAM	EV	H		OSP			Prescrizione riservata allo specialista infettivologo per forme multiresistenti. Scheda di prescrizione cartacea
<b>J01DE</b>	<b>Cefalosporine di quarta generazione</b>							
J01DE01	CEFEPIME	EV,IM	A	55	RR			
<b>J01DF</b>	<b>Monobattami</b>							
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]
<b>J01DH</b>	<b>Carbapenemi</b>							
J01DH02	MEROPENEM	EV	H		OSP			
J01DH03	ERTAPENEM	EV	H		OSP			
J01DH51	IMIPENEM CILASTINA SODICA	EV,IM	H		OSP			
<b>J01DI</b>	<b>Altre cefalosporine e penemi</b>							
J01DI01	CEFTOBIPROLO MEDOCARIL	INF	H		OSP			
J01DI02	CEFTAROLINA FOSAMIL	INF	H		OSP			
J01DI54	CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM	EV	H		OSP			



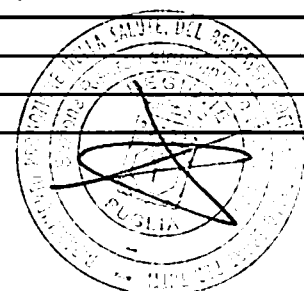
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>J01E</b>	<b>Sulfanamidi e trimetoprin</b>							
<b>J01EC</b>	<b>Sulfamidici ad azione diretta</b>							
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]
<b>J01EE</b>	<b>Associazioni di sulfonamidi con trimetoprim, inclusi i derivati</b>							
J01EE01	SULFAMETOXAZOLO E TRIMETOPRIM	EV,CPR , SOSP OS	A		RR			
<b>J01F</b>	<b>Macrolidi, lincosamidi e streptogramine</b>							
<b>J01FA</b>	<b>Macrolidi</b>							
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			
<b>J01FF</b>	<b>Lincosamidi</b>							
J01FF01	CLINDAMICINA	IM , EV	A		RR			
J01FF01	CLINDAMICINA	EV	H		OSP			
J01FF02	LINCOMICINA CLORIDRATO	CPR, EV,IM	A		RR			
<b>J01G</b>	<b>Antibatterici aminoglicosidici</b>							
<b>J01GB</b>	<b>Altri aminoglicosidici</b>							
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 gentamicina e tobramicina [Merck Manuals; Sanford Guide abx 2017; Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 8]
J01GB01	TOBRAMICINA	SOL. per nebulizzazione	A		RNRL	PHT		



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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			
<b>J01M</b>	<b>Antibatterici chinolonici e chinossaline</b>							
<b>J01MA</b>	<b>Fluorochinoloni</b>							
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			
<b>J01X</b>	<b>Altri antibatterici</b>							
<b>J01XA</b>	<b>Antibatterici glicopeptidici</b>							
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
<b>J01XB</b>	<b>Polimixine</b>							
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]
<b>J01XD</b>	<b>Derivati imidazolici</b>							
J01XD01	METRONIDAZOLO	EV	H		OSP			
<b>J01XE</b>	<b>Derivati nitrofuranci</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J01XE01	NITROFURANTOINA MACROCRISTALLI	CPS	C		RR			
J01XX	<b>Altri antibatterici</b>							
J01XX01	FOSFOMICINA DISODICA	EV	H		OSP			Da utilizzare quando l'uso degli antibatterici comunemente raccomandati 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		
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'interno 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	<b>Antimicotici per uso sistemico</b>							
J02A	<b>Antimicotici per uso sistemico</b>							
J02AA	<b>Antibiotici</b>							
J02AA01	AMFOTERICINA B	INFUSIONE	C		OSP			



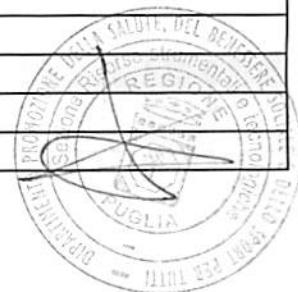
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J02AA01	AMFOTERICINA B	EV	H		OSP			Le formulazioni lipidiche ed in formulazioni liposomiali trovano indicazione nelle micosi sistemiche gravi in cui il rischio di tossicità (in particolare nefrotossicità) preclude l'impiego di amfotericina convenzionale VECCHIO CODICE A07AA07
<b>J02AB</b>	<b>Derivati imidazolici</b>							
J02AB02	KETOCONAZOLE	CPR	A		RNRL	PHT		
<b>J02AC</b>	<b>Derivati triazolici</b>							
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
J02AC05	ISAVUCONAZOLO (sotto forma di isavuconazonio solfato)	CPS	A		RNRL	PHT		
J02AC05	ISAVUCONAZOLO (sotto forma di isavuconazonio solfato)	EV	H		OSP			
<b>J02AX</b>	<b>Altri antimicotici per uso sistemico</b>							
J02AX01	FLUCITOSINA	EV	H		OSP			
J02AX04	CASPOFUNGIN	EV	H		OSP			
J02AX05	MICAFUNGIN	EV	H		OSP			
J02AX06	ANIDULAFUNGINA	EV	H		OSP			
<b>J04</b>	<b>Antimicobatterici</b>							
<b>J04A</b>	<b>Farmaci per il trattamento della tubercolosi</b>							
J04AA01	ACIDO PARA AMINOSALICILICO	GRANULATO	C		OSP			Acquisto personalizzato per pazienti affetti da Tubercolosi multifarmaco resistente. Utilizzabile solo da parte di specifici Centri Ospedalieri individuati dalle Direzioni
<b>J04AB</b>	<b>Antibiotici</b>							
J04AB02	RIFAMPICINA	EV,IM,CPR , CPS, SCIR	A		RR			
J04AB03	RIFAMPICINA	EV,IM	C		RR			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

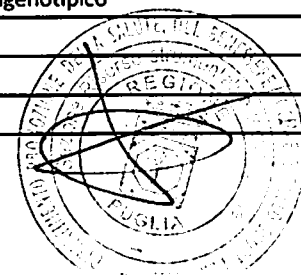
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J04AB04	RIFABUTINA	CPS	A	56	RR			Indicazione principale: terapia delle infezioni da M. avium, ma anche in sostituzione di rifampicina per infezione da MTB in presenza di interazioni farmacologiche. Lo spettro di azione copre, oltre a MTB e M. avium, anche bovis, kansasii, marinum, ulcerans. [Sanford Guide abx tp 2017]
<b>J04AC</b>	<b>Idrazidi</b>							
J04AC01	ISONIAZIDE	EV,IM,CPR	A		RR			
<b>J04AK</b>	<b>Altri farmaci per il trattamento della tubercolosi</b>							
J04AK01	PIRAZINAMIDE	CPR	A		RR			
J04AK02	ETAMBUTOLO	CPR	A		RR			
J04AK05	BEDAQUILINA	CPR	H		RNRL			
J04AK06	DELAMANID	CPR	H		RNRL			
<b>J04AM</b>	<b>Associazioni di farmaci per il trattamento della tubercolosi</b>							
J04AM02	RIFAMPICINA E ISONIAZIDE	CPR	A		RR			
J04AM05	RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDE E ISONIAZIDE	CPR	A		RR			
J04AM06	RIFAMPICINA/ISONIAZIDE/PIRAZINAMIDE/ETAMBUTOLO CLORIDRATO	CPR	A		RR			
<b>J05</b>	<b>Antivirali per uso sistemico</b>							
<b>J05A</b>	<b>Antivirali ad azione diretta</b>							
<b>J05AB</b>	<b>Nucleosidi e nucleotidi, esclusi gli inibitori della trascrittasi inversa</b>							
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	
<b>J05AD</b>	<b>Derivati dell'acido fosfonico</b>							
J05AD01	FOSCARNET	EV	H		OSP			
<b>J05AE</b>	<b>Inibitori delle proteasi</b>							
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		
<b>J05AF</b>	<b>Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa</b>							
J05AF01	ZIDOVUDINA	SCIR, EV, CPS	H		RRL			
J05AF02	DIDANOSINA	CPS, POLV.	H		RRL			





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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		
<b>J05AG</b>	<b>Non-nucleosidi inibitori della trascrittasi inversa</b>							
J05AG01	NEVIRAPINA	CPR , SOSP OS	H		RNRL			
J05AG03	EFAVIRENZ	CPR , CPR	H		RNRL			
J05AG04	ETRAVIRINA	CPR	H		RNRL			
J05AG05	RILPIVIRINA CLORIDRATO	CPR	H		RNRL			
<b>J05AH</b>	<b>Inibitori della neuraminidasi</b>							
J05AH02	OSELTAMIVIR FOSFATO	CPS	C		RR			
<b>J05AP</b>	<b>Antivirali per il trattamento dell'infezione da HCV</b>							
J05AP56	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
<b>J05AR</b>	<b>Antivirali per il trattamento dell'infezione da HIV associazioni</b>							
J05AR01	ZIDOVDINA E LAMIVUDINA	CPR	H		RNRL			
J05AR02	LAMIVUDINA E ABACAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AR03	TENOFOVIR DISOPROXIL E EMTRICITABINA	CPR	H		RNRL			
J05AR04	ZIDOVDINA, 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			
J05AR18	ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA/TE NOFOVIR ALAFENAMIDE	CPR	H		RNRL			
J05AR19	EMTRICITABINA/RILPIVIRINA/TENOFOVIR/ALAF ENAMIDE	CPR	H		RNRL			
J05AR22	DARUNAVIR ETANOLO COBICISTAT EMTRICIBAINA TENOFOVIR ALFAENAMIDE FUMARATO	CPR	H		RNRL			
<b>J05AX</b>	<b>Altri antivirali</b>							
J05AX	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	CPR	A		RNRL	PHT		pangenotipico
J05AX	GLECAPEVIR/PRIPENRAS	CPR	A		RNRL	PHT		pangenotipico
J05AX07	ENFUVRTIDE	SC	H		RNRL			
J05AX08	RALTEGRAVIR	CPR,POLV.	H		RNRL			
J05AX09	MARAVIROC	CPS.	H		RNRL			



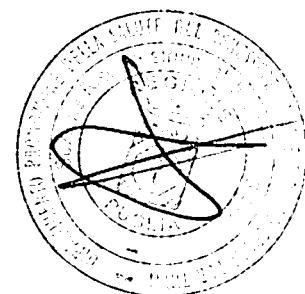
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
J05AX12	DOLUTEGRAVIR	CPR	H		RNRL			
J05AX14	DACLATASVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX15	SOFOSBUVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX16	DASABUVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX18	LETERMOVIR	CPR	A		RR	PHT		Registro web based Aifa
J05AX65	SOFOSBUVIR + LEDIPASVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX67	OMBITASVIR, PARITAPREVIR E RITONAVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
J05AX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	CPR	A		RNRL	PHT		
<b>J06</b>	<b>Sieri immuni ed immunoglobuline</b>							
<b>J06B</b>	<b>Immunoglobuline</b>							
<b>J06BA</b>	<b>Immunoglobuline umane normali</b>							
J06BA	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	SC	H		RNRL			
J06BA01	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	EV	H		RNRL			
J06BA02	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	EV	H		OSP			si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco da autoproduzione in quanto rappresenta la scelta terapeutica a minor costo. Registro web based Nuova Indicazione terapeutica CIDP ( Comunicato AIFA 18AO1187 G.U.n43/2018)
J06BA02	IMMUNOGLOBULINA AD ALTO TITOLO DI IgM	EV	C		OSP			Acquisto "ad personam" in aggiunta a terapia antibiotica con particolare utilizzo in ematologia
<b>J06BB</b>	<b>Immunoglobuline specifiche</b>							
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	
J06BB16	PALIVIZUMAB	INIETT	H		OSP			
J06BB21	BEZLOTOXUMAB	EV	H		OSP			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
<b>L</b>	<b>Farmaci Antineoplastici e Immunomodulatori</b>							
<b>L01</b>	<b>Antineoplastici</b>							
L01	LINFOCITI T ALLOGENICI GENETICAMENTE MODIFICATI CON VETTORE RETROVIRALE	EV	H		OSP			Registro web based Aifa Indicazione terapeutica Determina AIFA n.139/2018
<b>L01A</b>	<b>Sostanze alchilanti</b>							
<b>L01AA</b>	<b>Ciclofosfamide</b>							
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	CPR	A		RNR			
L01AA01	CICLOFOSFAMIDE	INIETT	H		OSP			
L01AA02	CLORAMBUCIL	CPR	A		RNR			
L01AA03	MELFALAN	EV	H		RNR			



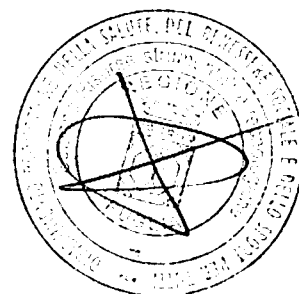
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01AA03	MELFALAN	CPR	A		RNR			
L01AA06	IFOSFAMIDE	EV	H		OSP			
L01AA09	BENDAMUSTINA	EV	H		OSP			
<b>L01AB</b>	<b>Alchilsulfonati</b>							
L01AB01	BUSULFANO	INF	H		OSP			
<b>L01AC</b>	<b>Ellenimine</b>							
L01AC01	TIOTEPA	EV	H		OSP			
<b>L01AD</b>	<b>Nitrosouree</b>							
L01AD01	CARMUSTINA	EV,IMPIANTO	H		OSP			
L01AD05	FOTEMUSTINA	EV	H		OSP			
<b>L01AX</b>	<b>Altre sostanze alchilanti</b>							
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	CPS	A		RNRL	PHT		
L01AX04	DACARBAZINA	EV	C		OSP			
<b>L01B</b>	<b>Antimetaboliti</b>							
<b>L01BA</b>	<b>Analoghi dell'acido folico</b>							
L01BA01	METOTREXATO	EV,IM	A		RNR			
L01BA01	METOTREXATO	EV	H		OSP			
L01BA03	RALTITREXED	EV	H		OSP			
L01BA04	PEMETREXED	EV	H		OSP			
<b>L01BB</b>	<b>Analoghi della purina</b>							
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			
<b>L01BC</b>	<b>Analoghi della pirimidina</b>							
L01BC01	CITARABINA	EV	H		OSP			
L01BC02	FLUOROURACILE	EV, TOP	H		OSP			
L01BC05	GEMCITABINA	EV	H		OSP			
L01BC05	GEMCITABINA CLORIDRATO	SOL.PRONTA	H		OSP			
L01BC06	CAPECITABINA	CPR	A		RNRL	PHT		In alternativa al 5-FU quando non sia possibile la somministrazione e.v.



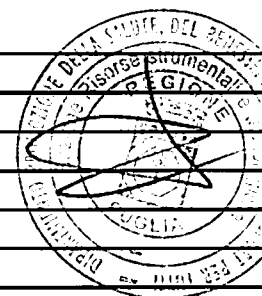
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01BC07	AZACITIDINA	SC	H		OSP			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. Registro web based Nuova indicazione ( Determina AIFA n.195/2018)
L01BC08	DECITABINA	EV	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01BC53	TEGAFUR, GIMERACIL, OTERACIL	CPS	A		RNRL	PHT		
L01BC59	TRIFLURIDINA+TIPIRACIL	CPR	A		RNRL	PHT		
<b>L01C</b>	<b>Alcaloidi derivati da piante ed altri prodotti naturali</b>							
<b>L01CA</b>	<b>Alcaloidi della vinca ed analoghi</b>							
L01CA01	VINBLASTINA	EV	H		OSP			
L01CA02	VINCRISTINA	EV	H		OSP			
L01CA03	VINDESINA	EV	H		OSP			
L01CA04	VINORELBINA	EV	H		OSP			
L01CA05	VINFLUNINA	EV	H		OSP			
<b>L01CB</b>	<b>Derivati della podofillotossina</b>							
L01CB01	ETOPOSIDE	EV	H		OSP			
<b>L01CD</b>	<b>Taxani</b>							
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			
<b>L01CX</b>	<b>Altri alcaloidi semplici e prodotti naturali</b>							
L01CX01	TRABECTEDINA	EV	H		OSP			
<b>L01D</b>	<b>Antibiotici citotossici e sostanza correlata</b>							
<b>L01DA</b>	<b>Actinomicine</b>							
L01DA01	DACTINOMICINA	FL	H		OSP			
<b>L01DB</b>	<b>Antracicline e sostanza correlate</b>							



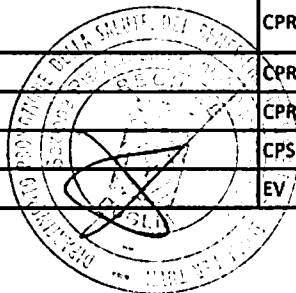
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01DB01	DOXORUBICINA	EV	H		OSP			In associazione al Bortezomid nel mieloma multiplo. Myocet, in associazione con la ciclofosfamida e' indicato per il trattamento di prima linea del cancro metastatizzato della mammella nelle donne. Nei linfomi non Hodgkin 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			
L01DB11	PIXANTRONE DIMALEATO	EV	H		OSP			
<b>L01DC</b>	<b>Altri antibiotici citotossici</b>							
L01DC01	BLEOMICINA	EV,IM	H		OSP			
L01DC03	MITOMICINA	EV- Sol. Endovesicale	H		OSP			
<b>L01X</b>	<b>Altri antineoplastici</b>							
<b>L01XA</b>	<b>Composti del platino</b>							
L01XA01	CISPLATINO	EV	H		OSP			
L01XA02	CARBOPLATINO	EV	H		OSP			
L01XA03	OXALIPLATINO	EV	H		OSP			
<b>L01XB</b>	<b>Metilidrazine</b>							
L01XB01	PROCARBAZINA	CPS	A		RNR	PHT		
<b>L01XC</b>	<b>Anticorpi monoclonali</b>							
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	EV, SC	H		RNRL			Registro web based AIFA. Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero della specialità medicinale a minor costo riveniente da procedura di gara.
L01XC06	CETUXIMAB	EV	H		OSP			Registro web based AIFA. 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			Registro web based Aifa
L01XC08	PANITUMUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC09	CATUMAXOMAB	INF,INTRAPERIT	H		OSP			
L01XC10	OFATUMUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC11	IPILIMUMAB	INF	H		OSP			Registro web based Aifa



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

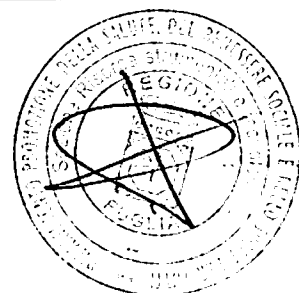
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01XC12	BRENTUXIMAB VEDOTIN	EV, INF	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC13	PERTUZUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC14	TRASTUZUMAB EMTANSINE	INF	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC15	OBINUTUZUMAB	INF	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC16	DINUTUXIMAB BETA	SOL INFUSIONE	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC17	NIVOLUMAB	SOL INFUSIONE	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC18	PEMBROLIZUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC19	BLINATUMOMAB	SOL INFUSIONE	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC21	RAMUCIRUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC23	ELOTUZUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC24	DARATUMUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC26	INOTUZUMAB OZOGAMICIN	INF. EV.	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC27	OLARATUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC31	AVELUMAB	EV	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XC32	ATEZOLIZUMAB	SOL INFUSIONE	H		OSP			Registro web based Aifa
L01XE36	ALECTINIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE39	MIDOSTAURIN	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
<b>L01XD</b>	<b>Sensibilizzatori usati nella terapia fotodinamica/radiante</b>							
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
<b>L01XE</b>	<b>Inibitori della protein chinasi</b>							
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.
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			Registro web based Aifa
L01XE05	SORAFENIB	CPR	H		RNRL			sottoposto a monitoraggio AIFA
L01XE06	DASATINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE07	LAPATINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE08	NILOTINIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE09	TEMSIROLIMUS	EV	H		OSP			





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01XE10	EVEROLIMUS	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE10	EVEROLIMUS	CPR	A		RNRL	PHT	PT AIFA	
L01XE11	PAZOPANIB	CPR	H		RNRL			
L01XE12	VANDETANIB	CPR	H		RNRL			
L01XE13	AFATINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE14	BOSUTINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE15	VEMURAFENIB	CPR	H		RNRL			
L01XE16	CRIZOTINIB	CPS	H		RNRL			Nuova Indicazione terapeutica Determina AIFA n. 751/2018
L01XE17	AXITINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE18	RUXOLITINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE21	REGORAFENIB	CPR	A		RNRL	PHT		Registro web based Aifa.
L01XE23	DABRAFENIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE24	PONATINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE25	TRAMETINIB	CPR	H		RNRL			
L01XE26	CABOZANTINIB	CPS	H		RNRL			trattamento II linea RCC - Registro web based Aifa
L01XE27	IBRUTINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa.
L01XE28	CERITINIB	CPS	H		RNRL			
L01XE29	LENVATINIB	CPS	H		RNRL			
L01XE31	NINTEDANIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE33	PALBOCICLIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE35	OSIMERTINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE36	ALECTINIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE38	COBIMETINIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE39	MIDOSTAURIN	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XE42	RIBOCICLIB SUCCINATO	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
<b>L01XX</b>	<b>Altri antineoplastici</b>							
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		
L01XX24	PEGASPARGASI	EV/IM	H		OSP			
L01XX25	BEXAROTENE	CPS	A		RNRL	PHT		
L01XX27	ARSENICO TRIOSSIDO	EV	C		OSP			
L01XX32	BORTEZOMIB	EV	H		OSP			
L01XX35	ANAGRELIDE	CPS	A		RNRL	PHT		



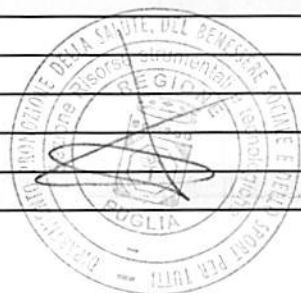
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L01XX41	ERIBULINA	EV	H		OSP	PT		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 Piano Terapeutico è previsto solo per il trattamento di pazienti adulti con Liposarcoma avanzato o metastatico (D.AIFA n.1606/2017)
L01XX42	PANOBINOSTAT	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XX43	VISMODEGIB	CPS	H		RNRL			
L01XX44	AFLIBERCEPT	INF	H		OSP			
L01XX45	CARFILZOMIB	EV	H		OSP			Registro Web based AIFA per indicazione terapeutica Determina AIFA 2003/2017
L01XX46	OLAPARIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XX47	IDELALISIB	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XX52	VENETOCLAX	CPR	H		RNRL			Registro web based Aifa
L01XX54	NIRAPARIB	CPS	H		RNRL			Registro web based Aifa
<b>L02</b>	<b>Terapia endocrina</b>							
<b>L02A</b>	<b>Ormoni e sostanze correlate</b>							
<b>L02AB</b>	<b>Progestinici</b>							
L02AB01	MEGESTROL	CPR	A	28	RNR			
L02AB02	MEDROSSIPROGESTERONE	IM,CPR	A	28	RNR			
<b>L02AE</b>	<b>Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine</b>							
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	
<b>L02B</b>	<b>Antagonisti ormonali e sostanze correlate</b>							
<b>L02BA</b>	<b>Antiestrogeni</b>							
L02BA01	TAMOXIFENE	CPR	A		RR			
L02BA03	FULVESTRANT	EV	H		RNRL			
<b>L02BB</b>	<b>Antiandrogeni</b>							
L02BB01	FLUTAMIDE	CPR	A		RR	PHT		
L02BB03	BICALUTAMIDE	CPR	A		RR	PHT		
L02BB04	ENZALUTAMIDE	CPS	H		RNRL			
<b>L02BG</b>	<b>Inibitore dell'aromatasi</b>							



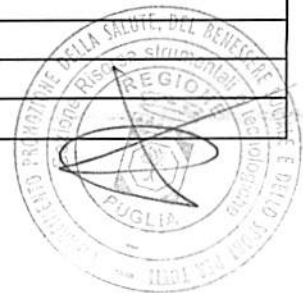
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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
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
<b>L02BX</b>	<b>Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate</b>							
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			
<b>L03</b>	<b>Immunostimolanti</b>							
<b>L03A</b>	<b>Immunostimolanti</b>							
<b>L03AA</b>	<b>Fattori di stimolazione delle colonie</b>							
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	
<b>L03AB</b>	<b>Interferoni</b>							



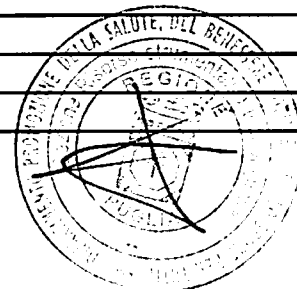
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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	*Penna preriempita - Siringa preriempita
L03AB07	INTERFERONE BETA-1A	SC	A	65	RR	PHT		Penna preriempita -Siringa preriempita
L03AB08	INTERFERONE BETA-1B	SC	A	65	RR	PHT		
L03AB10	PEGINTERFERONE ALFA-2B	SC	A		RR	PHT	PT	
L03AB11	PEGINTERFERONE ALFA-2A	INIETT	A		RR	PHT	PT	
L03AB13	PEGINTERFERONE BETA 1A	SC	A	65	RR	PHT	PT	
<b>L03AC</b>	<b>Interleuchine</b>							
L03AC01	ALDESLEUCHINA	EV	H		OSP			
<b>L03AX</b>	<b>Altri immunostimolanti</b>							
L03AX03	VACCINO BCG	POLVERE E SOLVENTE PER SOPSENSIONE ENDOVESCICALE	H		OSP			
L03AX13	GLATIRAMER ACETATO	SC	A	65	RR	PHT		
L03AX15	MIFAMURTIDE	EV	H		OSP			
L03AX16	PLERIXAFOR	SC	H		OSP			
<b>L04</b>	<b>Immunosoppressivi</b>							
<b>L04A</b>	<b>Immunosoppressivi</b>							
<b>L04AA</b>	<b>Immunosoppressivi ad azione selettiva</b>							
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	EV	H		OSP			Registro web based AIFA
L04AA26	BELIMUMAB	SC (penna preriempita)	H		RRL			Registro web based AIFA
L04AA27	FINGOLIMOD	CPS	A	65	RRL	PHT		
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	CPR	A	65	RR	PHT		
L04AA29	TOFACITINIB CITRATO	CPR	H		RNRL			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
L04AA32	APREMIILAST	CPR	A		RRL	PHT	PT	
L04AA33	VEDOLIZUMAB	EV	H		RRL			
L04AA34	ALEMTUZUMAB	INF	H		OSP			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L04AA36	OCRELIZUMAB	EV	H		OSP			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
L04AA37	BARICTINIB	CPR	H		RNRL			Trattamento da parte di medici esperti nella diagnosi e nel trattamento dell'artrite reumatoide
<b>L04AB</b>	<b>Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa ( TNF-alfa)</b>							
L04AB01	ETANERCEPT	SC	H		RRL		PT AIFA	Scheda prescrizione cartacea AIFA per Psoriasi e Spondilite assiale non Radiografica.Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero della specialità medicinale a minor costo riveniente da procedure di gara
L04AB01	ETANERCEPT	Sol.iniett. In siringa preriempita	H		RRL			Scheda prescrizione cartacea AIFA per Psoriasi e Spondilite assiale non Radiografica.
L04AB02	INFLIXIMAB	INF	H		RRL		PT AIFA	Scheda prescrizione cartacea AIFA per Psoriasi e Colite ulcerosa. 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	Scheda prescrizione cartacea AIFA per Psoriasi,Colite ulcerosa e Spondilite assiale non Radiografica. Nuova Indicazione terapeutica Uveite non infettiva ... Determina AIFA n.701/2018 . Si raccomanda l'utilizzo in prima istanza del farmaco biosimilare ovvero del specialità medicinale a minor costo riveniente da procedure di gara.
L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL	SC	H		RRL			
L04AB06	GOLIMUMAB	SC	H		RRL			Solo su prescrizione delle specialista per l'artrite reumatoide in associazione con metotrexato, per l'artrite psoriasica singolarmente o in associazione e per la spondilite anchilosante
<b>L04AC</b>	<b>Inibitori dell'interleuchine</b>							
L04AC01	DACLIZUMAB	SC	A		RRL	PHT		
L04AC02	BASILIXIMAB	INIETT	H		OSP			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
L04AC03	ANAKINRA	SC	H		RRL			
L04AC05	USTEKINUMAB	INIETT	H		RRL		PT AIFA	Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
L04AC07	TOCILIZUMAB	SC	H		RRL			
L04AC08	CANAKINUMAB	SC	H		RRL			Registro web based Aifa
L04AC10	SECUKINUMAB	SC	H		RRL		PT AIFA	Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
L04AC13	IXEKIZUMAB	SC siringa/penna preriempita	H		RRL			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
L04AC14	SARILUMAB	SC	H		RRL			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
L04AC16	GUSELKUMAB	SC	H		RRL			Scheda Prescrizione Cartacea AIFA
<b>L04AD</b>	<b>Inibitori della calcineurina</b>							
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.
<b>L04AX</b>	<b>Altri immunosoppressivi</b>							
L04AX01	AZATIOPRINA	CPR	A		RNR			
L04AX02	TALIDOMIDE	CPS	H		RNRL			In associazione a Melfalan e Predmisione e' indicato per il trattamento di prima linea di pazienti con mieloma multiplo non trattato, 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			Nuova Indicazione terapeutica Determina AIFA n.752,753 e n. 754/2018
L04AX05	PIRFENIDONE	CPS/CPR	H		RNRL			
L04AX06	POMALIDOMIDE	CPR	H		RNRL			
L04AX06	POMALIDOMIDE	CPS	H		OSP			Registro web based Indicazione terapeutica ( Determina AIFA n.196/2018
<b>M</b>	<b>SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO</b>							
<b>M01</b>	<b>Antiinfiammatori ed antireumatici</b>							
<b>M01A</b>	<b>Farmaci antiinfiammatori/antireumatici, non steroidei</b>							
<b>M01AB</b>	<b>Indometacina</b>							
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			





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>M01AC</b>	<b>Oxicam-derivati</b>							
M01AC01	PIROXICAM	IM	A		RR			
M01AC01	PIROXICAM	CPR , CPS	A	66	RR			
M01AC06	MELOXICAM	IM	A	66				
M01AC06	MELOXICAM	CPR	A	66	RR			
<b>M01AE</b>	<b>Derviti dell'acido propionico</b>							
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			
<b>M01AH</b>	<b>Coxib</b>							
M01AH01	CELECOXIB	CPS	A	66	RR			
M01AH04	PARECOXIB	EV,IM	C		RR			
M01AX17	NIMESULIDE	CPR	A	66	RR			
<b>M01C</b>	<b>Sostanza antireumatiche specifiche</b>							
<b>M01CB</b>	<b>Preparati a base di oro</b>							
M01CB03	AURANOFIN	CPR	A		RR			
<b>M01CC</b>	<b>Sostanza antireumatiche specifiche</b>							
M01CC01	PENICILLAMINA	CPS	H		OSP			
<b>M02</b>	<b>Farmaci per uso topico per dolori articoalri e muscolari</b>							
<b>M02A</b>	<b>Faramci per uso topico per dolori articolari e muscolari</b>							
<b>M02AA</b>	<b>Antiinfiammatori non steroidei per uso topico</b>							
M02AA10	KETOPROFENE	GEL	C		RR			
M02AX03	DIMETILSULFOSSIDO	SOL. intravescicale	H		OSP			
<b>M03</b>	<b>Miorilasanti ad azione centrale</b>							
<b>M03A</b>	<b>Miorilassanti ad azione periferica</b>							
<b>M03AB</b>	<b>Derivati della colina</b>							
M03AB01	SUXAMETONIO	EV	H		OSP			
<b>M03AC</b>	<b>Altri componenti ammonici quaternari</b>							
M03AC04	ATRACURIO	EV	H		OSP			
M03AC09	ROCURONIO BROMURO	EV	H		OSP			
M03AC10	MIVACURIO CLORURO	EV	H		OSP			
M03AC11	CISATRACURIO	EV	C		OSP			
<b>M03AX</b>	<b>Altri miorilassanti ad azione periferica</b>							
M03AX01	TOSSINA BOTULINICA	INIETT,SC	H		USPL			Trattamento della spasticità focale della caviglia
<b>M03B</b>	<b>Miorilassanti ad azione periferica</b>							
<b>M03BX</b>	<b>Altri miorilassanti ad azione centrale</b>							
M03BX01	BACLOFENE	CPR	A		RR			
M03BX01	BACLOFENE	INTRATEC	H		OSP			
M03BX02	TIZANIDINA CLORIDRATO	CPR	C		RR			



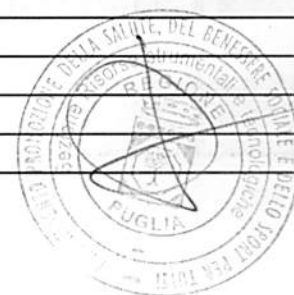
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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		RR			Usò limitato come per il pridinolo
<b>M03C</b>	<b>Miorilassanti ad azione diretta</b>							
<b>M03CA</b>	<b>Dantrolene e derivati</b>							
M03CA01	DANTROLENE	EV	C		OSP			
<b>M04</b>	<b>Antigottosi</b>							
<b>M04A</b>	<b>Antigottosi</b>							
<b>M04AA</b>	<b>Preparati inibenti la formazione di acido urico</b>							
M04AA01	ALLOPURINOLO	CPR	A		RR			
M04AA03	FEBUXOSTAT	CPR	A	91	RR			
<b>M04AB</b>	<b>Preparazioni che aumentano l'escrezione di acido urico</b>							
M04AB05	LESIRUNAD	CPR	A		RR			In associazione qualora il paziente non risponda alla terapia con un inibitore della xantina ossidasi
<b>M04AC</b>	<b>Preparati senza effetto sul metabolismo dell'acido urico</b>							
M04AC01	COLCHICINA	CPR	A		RR			
<b>M05</b>	<b>Faramci per il trattamento delle malattie delle ossa</b>							
<b>M05B</b>	<b>Faramci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee</b>							
<b>M05BA</b>	<b>Bifosfonati</b>							
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		OSP			Le forme endovenose di acido pamidronico, acido zoledronico e acido ibandronico sono sostanzialmente sovrapponibili per le indicazioni 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 indicazioni ministeriali comuni autorizzate in scheda tecnica



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

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.
M05BA06	ACIDO IBANDRONICO	CPR	A		RNRL	PHT		
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 indicazioni ministeriali comuni autorizzate in scheda tecnica
<b>M05BX</b>	<b>Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee</b>							
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
<b>M09</b>	<b>Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico</b>							
<b>M09A</b>	<b>Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico</b>							
<b>M09AB</b>	<b>Enzimi</b>							
M09AB02	COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM	INIETT	H		OSP			
<b>M09AX</b>	<b>Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico</b>							
M09AX03	ATALUREN	.GRAN SOSP OS	H		RNRL			
M09AX07	NURSINERSEN	INTRATECALE	h		OSP			Registro Aifa
<b>N</b>	<b>SISTEMA NERVOSO</b>							
<b>N01</b>	<b>Anestetici</b>							
<b>N01A</b>	<b>Anestetici generali</b>							
<b>N01AB</b>	<b>Idrocarburi alogenati</b>							
N01AB06	ISOFLURANO	INAL	H		OSP			
N01AB07	DESFLURANO	INAL	H		OSP			Da non utilizzare solo nell'induzione dei pazienti pediatrici
N01AB08	SEVOFLURANO	INAL	H		OSP			
<b>N01AF</b>	<b>Anestetici generali</b>							
N01AF03	TIOPENTAL	EV	H		OSP			
<b>N01AH</b>	<b>Anestetici oppioidi</b>							
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			



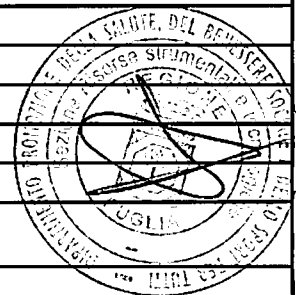
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N01AH06	REMIFENTANIL	EV	C		OSP			
<b>N01AX</b>	<b>Altri anestetici generali</b>							
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
<b>N01B</b>	<b>Anestetici locali</b>							
<b>N01BB</b>	<b>Amidi</b>							
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, INTRATE CALE	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			
<b>N01BX</b>	<b>Altri anestetici locali</b>							
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 il trattamento del dolore.
<b>N02</b>	<b>Analgesici</b>							
<b>N02A</b>	<b>Opioidi</b>							
<b>N02AA</b>	<b>Alcaloidi naturali dell'oppio</b>							
N02AA01	MORFINA	CPS, CPR, SCIR	A		RNR			
N02AA03	IDROMORFONE	CPR	A		RNR			
N02AA05	OXICODONE	CPR, FL.	A		RNR RMR			



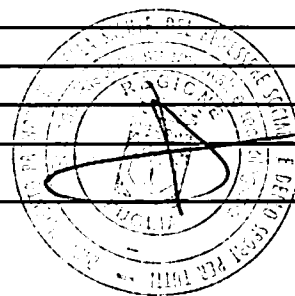
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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.
<b>N02AB</b>	<b>Derivati della fenilpiperidina</b>							
N02AB02	PETIDINA CLORIDRATO	IM SC	C		RMR			
N02AB03	FENTANIL	CER	A		RNR			
N02AB03	FENTANIL CITRATO	CPR (ORO/SUB, ORO-SUB), PAST, INAL	A		RNR			
<b>N02AD</b>	<b>Derivati del benzomorano</b>							
N02AD01	PENTAZOCINA	IM,IV	A		RNR			
<b>N02AE</b>	<b>Derivati dell'oripavina</b>							
N02AE01	BUPRENORFINA	IM, EV, CPR	A		MMR			
N02AE01	BUPRENORFINA	TRANS.	A		RNR			
<b>N02AJ</b>	<b>Derivati oppioidi</b>							
N02AJ06	PARACETAMOLO/CODEINA FOSFATO	CPR EFF	A		RR			
N02AJ08	IBUPROFENE -CODEINA	CPR	A	66	RNR			
N02AJ13	PARACETAMOLO/TRAMADOLO	CPR	C		RNRL			
<b>N02AX</b>	<b>Altri oppioidi</b>							
N02AX02	TRAMADOLO	EV, IM, CPR, CPS, GTT	A		RNR			Si ammette l'utilizzo solo dopo adeguata valutazione del dolore attraverso l'uso della VAS (Visual Analogic Scale)
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO	CPR RP	A		RNR			
<b>N02B</b>	<b>Altri analgesici ed antipiretici</b>							
<b>N02BA</b>	<b>Acido salicilico e derivati</b>							
N02BA01	ACIDO ACETILSALICILICO	EV, IM, CPR	C		RR			
<b>N02BB</b>	<b>Pirazoloni</b>							
N02BB02	METAMIZOLO SODICO	IM, GTT, SUPP	C		RR			
<b>N02BE</b>	<b>Anilidi</b>							
N02BE01	PARACETAMOLO	CPR, SUPP.	C		RR			
N02BE51	PARACETAMOLO, ASSOCIAZIONI ESCLUSI GLI PSICOLETICI	SCIR. SUPP, CPR.	C		RR			
<b>N02BG</b>	<b>Altri antagonisti ed antipiretici</b>							
N02BG08	ZICONOTIDE	INTRATECALE	H		OSP			
N02BG	CANNABIS	OS, INAL.	NC					Preparazioni Magistrale
N02BG10	CANNABINOIDI	SPRAY	H		RNRL		PT	
<b>N02C</b>	<b>Antiemcranici</b>							
<b>N02CC</b>	<b>Agonisti selettivi dei recettori-5HT1 della serotonina</b>							
N02CC01	SUMATRIPTAN	SC, CPR	A		RR			Limitatamente ai Centri per le Cefalee ed ai PS
<b>N03</b>	<b>Antiepilettici</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

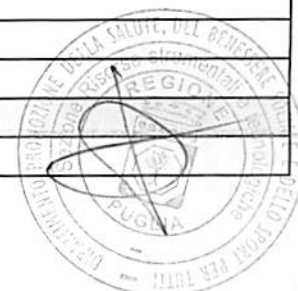
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>N03A</b>	<b>Antiepilettici</b>							
<b>N03AA</b>	<b>Barbiturici e derivati</b>							
N03AA02	FENOBARBITAL	EV,IM,CPR	A		RNR			
N03AA04	BARBEXACLONE	C&R	MC		RNR			
<b>N03AB</b>	<b>Derivati dell'idantoina</b>							
N03AB02	FENITOINA	IM,EV	H		OSP			
N03AB02	FENITOINA	CPR	A		RR			
N03AB52	FENITOINA/METILFENOBARBITAL	CPR	C		RR			
<b>N03AD</b>	<b>Derivati della succinimide</b>							
N03AD01	ETOSUCCIMIDE	SCIR.	A		RR			
<b>N03AE</b>	<b>Derivati benzodiazepinici</b>							
N03AE01	CLONAZEPAM	CPR ,GTT.	A		RR			
<b>N03AF</b>	<b>Derivati della carbossilasi</b>							
N03AF01	CARBAMAZEPINA	CPR	A		RR			
N03AF02	OXCARBAZEPINA	CPR	A		RR			
N03AF03	RUFINAMIDE	CPR RIV	A		RRL			
N03AF04	ESLICARBAZEPINA	CPR	A		RRL	PHT	PT	
<b>N03AG</b>	<b>Derivati degli acidi grassi</b>							
N03AG01	ACIDO VALPROICO	CPR . SOLOS	A		RR			
N03AG01	ACIDO VALPROICO	EV	H		OSP			
N03AG04	VIGABATRIN	CPR	A		RR			
<b>N03AX</b>	<b>Altri antiepilettici</b>							
N03AX09	LAMOTRIGINA	CPR	A		RR			
N03AX10	FELBAMATO	CPR , SOLOS	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 originator
N03AX14	LEVETIRACETAM	CPR	A		RR			
N03AX15	ZONISAMIDE	CPS	A		RR			
N03AX16	PREGABALIN	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.
N03AX17	STIRIPENTOLO	SOSP.	C		RR			
N03AX18	LACOSAMIDE	CPR	A		RR			
N03AX21	RETIGABINA	CPR	A		RR	PHT	PT	
N03AX22	PERAMPANEL	CPR	A		RR	PHT	PT	
N03AX23	BRIVARACETAM	SOL.INIETT/INFUSIONE	C		OSP			





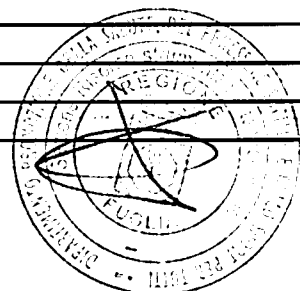
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N03AX23	BRIVARACETAM	CPR - SOL.OS	A		RR	PHT	PT	Solo per 1° ciclo di terapia alle dimissioni .Regolamento 17/2017
<b>N04</b>	<b>Antiparkinsoniani</b>							
<b>N04A</b>	<b>Sostanza anticolinergiche</b>							
<b>N04AA</b>	<b>Amine terziarie</b>							
N04AA02	BIPERIDENE	EV,IM,CPR	A		RR			
<b>N04AB</b>	<b>Sostanze dopaminergiche</b>							
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			
N04BA03	LEVODOPA CARBIDOPA LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	CPR	A		RR	PHT	PT	
<b>N04BB</b>	<b>Derivati delladamantano</b>							
N04BB01	AMANTADINA CLORIDRATO	CPR	C		RR			
<b>N04BC</b>	<b>Agonisti della dopamina</b>							
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			
<b>N04BD</b>	<b>Inibitori della monoaminoossidasi B</b>							
N04BD01	SELEGILINA	CPR	A		RR			
<b>N04BX</b>	<b>Altre sostanze dopaminergiche</b>							
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		
<b>N05</b>	<b>Psicolettici</b>							
<b>N05A</b>	<b>Antipsicotici</b>							
<b>N05AA</b>	<b>Fenotiazine con catena laterale alifatica</b>							
N05AA01	CLORPROMAZINA	GTT, IM, CPR	A		RR/RNR			
N05AA02	LEVOMEPROMAZINA	CPR	A		RR			
N05AA03	PROMAZINA	IM,IV,GTT	C		RR/RNR			
<b>N05AB</b>	<b>Fenotiazine con struttura piperazinica</b>							
N05AB02	FLUFENAZINA	IM	A		RNR			
N05AB03	PERFENAZINA	CPR	C		RR			
<b>N05AD</b>	<b>Derivati del butirrofenone</b>							
N05AD01	ALOPERIDOLO	IM,CPR,GTT	A		RR/RNR			
N05AD06	BROMPERIDOLO	CPR, GTT	A		RR			
N05AD08	DROPERIDOLO	EV	C		OSP			
<b>N05AE</b>	<b>Derivati dell'indolo</b>							
N05AE04	ZIPRASIDONE	CPS	A		RR	PHT		



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
N05AE05	LURASIDONE	CPR	A		RR	PHT		
<b>N05AF</b>	<b>Derivati del tioxantene</b>							
N05AF05	ZUCLOPENTIXOLO	IM,	A		RNR			
<b>N05AH</b>	<b>Diazepine,ossazepine,tiazepine e oxepine</b>							
N05AH01	LOXAPINA	INAL.	H		OSP		PT	utilizzo limitato al controllo rapido dello stato di agitazione di grado da lieve a moderato in pazienti adulti affetti da schizofrenia o disturbo bipolare, in trattamento abituale.
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			
<b>N05AL</b>	<b>Benzamidi</b>							
N05AL03	TIAPRIDE	EV,IM	A		RR			
N05AL05	AMISULPRIDE	CPR	A		RR			
N05AL07	LEVOSULPIRIDE	EV,IM	A		RR			
<b>N05AX</b>	<b>Altri antipsicotici</b>							
N05AX08	RISPERIDONE	CPR, GTT.	A		RR	PHT		
N05AX08	RISPERIDONE	IM	H		RNRL			
N05AX08	RISPERIDONE	IM	H		RNRL			
N05AX12	ARIPIRAZOLO	CPR, SOLOS	A		RR	PHT		
N05AX12	ARIPIRAZOLO	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		
N05AX15	CARIPRAZINA CLORIDRATO	CPS	A		RR	PHT		
<b>N05B</b>	<b>Ansiolitici</b>							
<b>N05BA</b>	<b>Derivati benzodiazepinici</b>							
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			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>N05BB</b>	<b>Derivati del difenilmetano</b>							
N05BB01	IDROXIZINA	CPR ,SCIR.	C		RR			
<b>N05C</b>	<b>Ipnotici e sedativi</b>							
<b>N05CD</b>	<b>Derivati benzodiazepinici</b>							
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			
<b>N05CF</b>	<b>Bezodiazepinici analoghi</b>							
N05CF01	ZOPICLONE	CPR	C		RR			
N05CF02	ZOLPIDEM	CPR	C		RR			
<b>N05CM</b>	<b>Altri ipnotici e sedativi</b>							
N05CM16	NIAPRAZINA	SOL. mucosa orale	H		OSP			
N05CM18	DEXMEDETOMIDINA CLORIDRATO	FL	C		OSP			
<b>N06</b>	<b>Psicoanalettici</b>							
<b>N06A</b>	<b>Antidepressivi</b>							
<b>N06AA</b>	<b>Inibitori non selettivi della monoamino-ricaptazione</b>							
N06AA04	CLOMIPRAMINA	EV,IM,CPR	A		RR			
N06AA09	AMITRIPTILINA	CPR,GTT	A		RR			
<b>N06AB</b>	<b>Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione</b>							
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			
<b>N06AX</b>	<b>Altri antidepressivi</b>							
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			



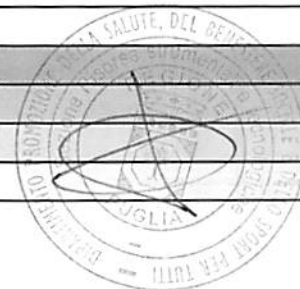
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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			
<b>N06B</b>	<b>Psicostimolanti, faramci per ADHD e nootropi</b>							
<b>N06BA</b>	<b>Simpaticomimetici ad azione centrale</b>							
N06BA04	METILFENIDATO	CPR, CPRS	A		MMR	PHT	PT	
N06BA07	MODAFINIL	CPR	A		RR	PHT	PT	
N06BA09	ATOMOXETINA	CPS	A		RNRL	PHT	PT	
<b>N06BC</b>	<b>Derivati xantini</b>							
N06BC01	CAFFEINA	EV, SOLOS	C		OSP			
<b>N06BX</b>	<b>Altri psicostimolanti e nootropi</b>							
N06BX03	PIRACETAM	EV	C		OSP			
N06BX06	CITICOLINA	FL IM IV	C		RR			
N06BX12	LEVOACETILCARNITINA	FL IM EV	C		RR			
N06BX13	IDEBENONE	CPR RIV	C		RR			Farmaco orfano per patologia Miocardiopatie nei pazienti affetti da atassia di Friedrich
N06BX13	IDEBENONE	CPR RIV.	A		RRL	PHT		Neuropatia ottica ereditaria di Leber- Registro AIFA
<b>N06D</b>	<b>Faramcvi anti - demenza</b>							
<b>N06DA</b>	<b>Anticolinesterasici</b>							
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	
<b>N06DX</b>	<b>Altri farmaci anti-demenza</b>							
N06DX01	MEMANTINA	CPR	A	85	RRL	PHT	PT	
<b>N07</b>	<b>Altri farmaci del sistema nervoso</b>							
<b>N07A</b>	<b>Parasimpaticomimetici</b>							
<b>N07AA</b>	<b>Anticolinoesterasici</b>							
N07AA	ESERINA SALICILATO	FL	C		RR			
N07AA01	NEOSTIGMINA	IM	A		RR			
N07AA02	PIRIDOSTIGMINA	CPR	A		RR			
<b>N07AX</b>	<b>Altri parasimpaticomimetici</b>							
N07AX01	PILOCARPINA	CPR	A		RNRL	PHT		
N07AX02	COLINA ALFOSCERATO	CPR	C		RR			
<b>N07B</b>	<b>Farmaci usati nei disturbi da disassuefazione</b>							
<b>N07BB</b>	<b>Farmaci usati nella dipendenza da alcool</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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		
<b>N07BC</b>	<b>Farmaci usati nella dipendenza da oppioidi</b>							
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	
<b>N07C</b>	<b>Preparati antivertigine</b>							
<b>N07CA</b>	<b>Preparati antivertigine</b>							
N07CA01	BETAISTINA DICLORIDRATO	CPR	C		RR			
N07CA03	FLUNARIZINA DICLORIDRATO	CPS/CPR	C		RR			
<b>N07X</b>	<b>Altri farmaci del sistema nrvoso</b>							
<b>N07XX</b>	<b>Altri farmaci del sistema nervoso</b>							
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 .
N07XX02	RILUZOLO	CPR , SOLO 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		
<b>P</b>	<b>FARMACI ANTIPARASSITARI, INSET. E IDROREP.</b>							
<b>P01</b>	<b>Antiprotozoari</b>							
<b>P01A</b>	<b>Sostanze cintro l'amebiasi ed altre affezioni protozoarie</b>							
<b>P01AB</b>	<b>Derivati nitroimidazolici</b>							





## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
P01AB01	METRONIDAZOLO	CPR, CPR	A		RR			
<b>P01AX</b>	<b>Altre sostanze contro l'amebiasi ed altre protozoarie</b>							
P01AX06	ATOVAQUONE	SOSP OS	H		OSP			
<b>P01B</b>	<b>Antimalarici</b>							
<b>P01BA</b>	<b>Aminoquinoline</b>							
P01BA01	CLOROCHINA	CPR	A		RR			
P01BA02	IDROXICLOROCHINA	CPR	A		RR			
<b>P01BB</b>	<b>Biguanidi</b>							
P01BB51	ATOVAQUONE/PROGUANILE CLORIDRATO	CPR	C		RR			
<b>P01BC</b>	<b>Metanolchinoline</b>							
P01BC01	CHININA	CPR	C		RR			
P01BC01	CHININA	INIETT	H		OSP			
P01BC02	MEFLOCHINA	CPR	A		RR			
<b>P01BF</b>	<b>Artemimolo e piperachina</b>							
P01BF05	PIPERACHINA TETRAFOSFATO + DIIDROARTEMISININA	CPR	C		RR			
<b>P01CX</b>	<b>Altre sostanze contro le leishmaniosi e la tripanosomiasi</b>							
P01CX01	PENTAMIDINA ISETIONATO	AER, EV, IM	A		RRL	PHT	PT	
<b>P02</b>	<b>Antielmici</b>							
<b>P02C</b>	<b>Antinematodi</b>							
<b>P02CA</b>	<b>Derivati benzimidazolici</b>							
P02CA01	MEBENDAZOLO	CPR, SOSP OS	A		RR			
P02CA03	ALBENDAZOLO	CPR	A		RR			
P02DA01	NICLOSAMIDE	CPR	A		RR			
<b>P03</b>	<b>Ectoparassitici, compresi antiscabbia e repellenti</b>							
<b>P03A</b>	<b>Ectoparassitici compresi gli antiscabbia</b>							
<b>P03AA</b>	<b>Prodotti contenenti zolfo</b>							
P03AA	ZOLFO PRECIPITATO/POTASSIO CARBONATO	UNG.	C		SOP			
<b>P03AC</b>	<b>Piretrine, inclusi i composti sintetici</b>							
P03AC04	PERMETRINA	CREMA	C		RR			
P03AC54	PERMETRINA, ASSOCIAZIONI	TOPIC.	C		RR			
<b>R</b>	<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>							
<b>R01</b>	<b>Preparati rinologici</b>							
<b>R01A</b>	<b>Decongestioannati ed altre preparazioni nasali per uso topico</b>							
<b>R01AA</b>	<b>Simpaticomimetici non associati</b>							
R01AA08	NAFAZOLINA NITRATO	GTT	C		OTC			
<b>R01AB</b>	<b>Simpaticomimetici associazioni esclusi i corticosteroidi</b>							
R01AB05	EFEDRINA + NAFAZOLINA	SPRAY	C		SOP			
<b>R01AD</b>	<b>Corticosteroidi</b>							
R01AD05	BUDESONIDE	SPRAY	C		RR			
R01AD09	MOMETASONE FUROATO	SPRAY	C		RR			
<b>R01AX</b>	<b>Altre preparazioni rinologiche</b>							
R01AX06	MUPIROCINA CALCICA	UNG.	C		RR			
R01AX10	BENZALCONIO CLORURO/ACIDO TANNICO	UNG.	C		SOP			
<b>R02</b>	<b>Preparati per il cavo faringeo</b>							
<b>R02A</b>	<b>Preparati per il cavo faringeo</b>							





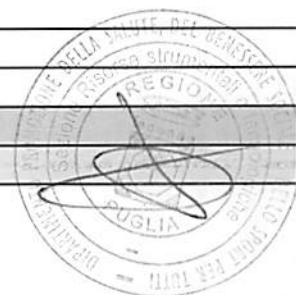
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>R02AA</b>	<b>Antisettici</b>							
R02AA15	IDOPOVIDONE	COLL	C		OTC			
<b>R03</b>	<b>Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie</b>							
<b>R03A</b>	<b>Adrenergici per aerosol</b>							
<b>R03AC</b>	<b>Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici</b>							
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			
<b>R03AK</b>	<b>Adrenergici in associazione con corticosteroidi o altri farmaci escluso anticolinergici</b>							
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO	SOL x INAL	A		RR			
R03AK07	FORMOTEROLO E BUDESONIDE	SOL x INAL - Sosp.pressurizzata per inalazione	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					
<b>R03AL</b>	<b>Adrenergici in associazione con anticolinergici</b>							
R03AL02	SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO	FLC X NEBUL.	A		RR			
R03AL03	UMECLIDINIO BROMURO/VILANTEROLO TRIFENATATO	POLV.PER INAL.	A		RR		PT	
R03AL04	INDACATEROLO E GLICOPIRRONIO BROMURO	POLV.PER INAL	A				PT	
R03AL05	BROMURO DI ACLIDINIO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO	POLV PER INAL.	A		RRL		PT	
R03AL06	TIOTROPIO/OLODATEROLO	SOL.. PER INAL.	A		RRL		PT	
<b>R03B</b>	<b>Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aerosol</b>							
<b>R03BA</b>	<b>Glicocorticoidi</b>							
R03BA01	BECLOMETASONE	INAL	A		RR			
R03BA02	BUDESONIDE	INAL	A		RR			
R03BA03	FLUNISOLIDE	INAL	A		RR			
R03BA05	FLUTICASONE	INAL	A		RR			
<b>R03BB</b>	<b>Anticolinergici</b>							
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			
<b>R03C</b>	<b>Adrenergici per uso sistemico</b>							
<b>R03CC</b>	<b>Adrenergici selettivi dei recettori beta2-adrenergici</b>							
R03CC02	SALBUTAMOLO	EV,IM,SCIR	C		OSP			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
<b>R03D</b>	<b>Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico</b>							
<b>R03DA</b>	<b>Derivati xantini</b>							
R03DA04	TEOFILLINA	CPS/CPR	A		RR			
R03DA05	AMINOFILLINA	EV	C		RR			
<b>R03DC</b>	<b>Antagonisti dei recettori leucotrienici</b>							
R03DC03	MONTELUKAST SODICO	CPR/ TAV, POLV.	A	82	RR			
<b>R03DX</b>	<b>Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per uso sistemico</b>							
R03DX05	OMALIZUMAB	SC	A		RRL	PHT	PT	
R03DX07	ROFLUMILAST	CPR	A		RRL	PHT	PT	
R03DX08	RESILIZUMAB	Soil. per infusione	H		OSP		PT	
R03DX09	MEPOLIZUMAB	INIETT	A		RRL	PHT	PT	
<b>R05</b>	<b>Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento</b>							
<b>R05C</b>	<b>Espettoranti, escluse le associazioni con sedativi della tosse</b>							
<b>R05CB</b>	<b>Mucolitici</b>							
R05CB01	ACETILCISTEINA	IM,INAL,CPR	C		RR			
R05CB02	BROMEXINA	CPR, SCIR,FL.	C		RR			
R05CB03	CARBOCISTEINA	BSUST.	C		RR			
R05CB06	AMBROXOLO CLORIDRATO	FL.PER INAL.	C		SOP			
R05CB13	DORNASE ALFA (DESOSIRIBONUCLEASI)	INAL	A		RNRL	PHT		
R05CB16	MANNITOL	POLV.PER INAL,CPS USO INALATORIO	C		RRL			Utilizzo limitato a specialisti che hanno in cura pazienti affetti da Fibrosi cistica
<b>R05D</b>	<b>Sedativi della tosse, escluse le associazioni con espettoranti</b>							
<b>R05DA</b>	<b>Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati</b>							
R05DA09	DESTROMETORFANO	CPR,GTT,SCIR CPS	C		SOP			
R05DB27	LEVODROPROPIZINA	GTT,SCIR,	A	31	RR			
<b>R06</b>	<b>Antiasmatici per uso sistemico</b>							
<b>R06A</b>	<b>Antistaminici per uso sistemico</b>							
<b>R06AB</b>	<b>Alchilamine sostituite</b>							
R06AB04	CLORFENIRAMINA	INIETT, CPR	C		RR			
<b>R06AD</b>	<b>Derivati fenotiazinici</b>							
R06AD02	PROMETAZINA	INIETT/CPR	A	89	RNR/RR			
<b>R06AE</b>	<b>Derivati piperazinic</b>							
R06AE06	OXATOMIDE	CTT,CPR	A	89	RNR/RR			
R06AE07	CETIRIZINA	CPR,GTT	A	89	RR			
<b>R06AX</b>	<b>Altri antistaminici per uso sistemico</b>							
R06AX02	CIPROEPTADINA	CPR,SCIR	C		RR			
R06AX13	LORATADINA	CPR,SCIR	A	89	RR			
R06AX17	KETOTIFENE FUMARATO ACIDO	CPR	A	89	RR			
R06AX27	DESLOMATADINA	CPR	A	89	RR			
R06AX28	RUPATADINA FUMARATO	CPR	A	89	RR			
R06AX29	BILASTINA	CPR	C		RR			
<b>R07</b>	<b>Altri preparati per il sistema respiratorio</b>							
<b>R07A</b>	<b>Altri preparati per il sistema respiratorio</b>							



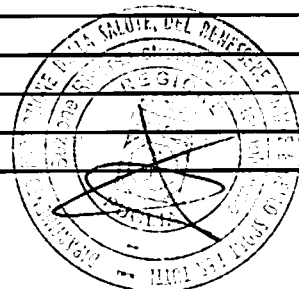
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
R07AA	<b>Surfattanti polmonari</b>							
R07AA02	FOSFOLIPIDI NATURALI	ENDOTRAC	H		OSP			
R07AX	<b>Altri preparati per il sistema respiratorio</b>							
R07AX01	OSSIDO NITRICO	GAS	C		OSP			
R07AX02	IVACAFTOR	CPR	A		RRL	PHT		
R07AX30	LUMACAFTOR/IVACAFTOR	CPR	A		RRL	PHT		
S	<b>ORGANI DI SENSO</b>							
S01	<b>Oftalmologici</b>							
S01A	<b>Antinfettivi</b>							
S01AA	<b>Antibiotici</b>							
S01AA11	GENTAMICINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01AA12	TOBRAMICINA	COLL	C		RR			
S01AA23	NETILMICINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01AA27	CEFUROXIMA	INIETT	C		RR			Antibiotico iniettabile in camere anteriore per la prevenzione dell'endofalmitide dopo intervento della cataratta, raccomandato dalle linee guida europee(Ercs) e Italiane (Soi)
S01AA30	CLORAMFENICOLO/COLISTIMETATO SODICO/TETRACICLINA CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01AA30	TETRACICLINA/SULFAMETILIAZOLO	UNG.OFT.	C		RR			
S01AD	<b>Antivirali</b>							
S01AD03	ACICLOVIR	UNG. OFT	A		RR			
S01AE	<b>Fluorochinoloni</b>							
S01AE01	OFLOXACINA	COLL	C		RR			Le strutture sanitarie non possono disporre di più di due p.a. in base alla flora batterica locale
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	<b>Altri antinfettivi</b>							
S01AX18	IODOPOVIDONE	COLL.	C		RNR			
S01B	<b>Antinfiammatori</b>							
S01BA	<b>Corticosteroidi non associati</b>							
S01BA01	DESAMETASONE	COLL	C		RR			
S01BA	<b>Corticosteroidi non associati - I farmaci a somministrazione intrav. presentano diverse indicazioni in RCP non intercambiabili tra loro</b>							



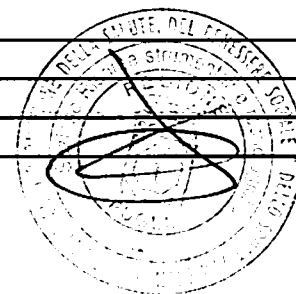
# PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
S01BA01	DESAMETASONE	IMPIANTO INTRAV.	H		OSP			<u>Raccomandazioni della CTRF</u> I Farmaci a somministrazione intravitreale per le differenti indicazioni riportate in scheda tecnica non sono intercambiabili fra loro. Resta ferma tuttavia la raccomandazione di utilizzare, laddove le indicazioni cliniche sono in linea con quanto previsto dalle schede tecniche dei farmaci, le specialità a minor impatto sulla spesa farmaceutica.
S01BA05	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	INIETT. INTRAV.	H		OSP			<u>Raccomandazioni della CTRF</u> . I Farmaci a somministrazione intravitreale per le differenti indicazioni riportate in scheda tecnica non sono intercambiabili fra loro. Resta ferma tuttavia la raccomandazione di utilizzare, laddove le indicazioni cliniche sono in linea con quanto previsto dalle schede tecniche dei farmaci, le specialità a minor impatto sulla spesa farmaceutica.
S01BA15	FLUCINOLONE ACETONIDE	IMPIANTO INTRAV.	H		OSP		PT	<u>Raccomandazioni della CTRF</u> I Farmaci a somministrazione intravitreale per le differenti indicazioni riportate in scheda tecnica non sono intercambiabili fra loro. Resta ferma tuttavia la raccomandazione di utilizzare, laddove le indicazioni cliniche sono in linea con quanto previsto dalle schede tecniche dei farmaci, le specialità a minor impatto sulla spesa farmaceutica.
<b>S01BC</b>	<b>Antinfiammatori non steroidei</b>							
S01BC01	INDOMETACINA	COLL	C		RR			
S01BC03	DICLOFENAC SODICO	COLL	C		RR			
S01BC10	NEPAFENAC	COLL	H		RR			
S01BC11	BROMFENAC	COLL	C		RR			
<b>S01C</b>	<b>Antinfiammatori ed antifettivi in associazione</b>							
<b>S01CA</b>	<b>Corticosteroidi ed antifettivi in associazione</b>							
S01CA01	DESAMETASONE FOSFATO DISODICO/NETILMICINA SOLFATO	COLL	C		RR			
S01CA01	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	COLL	C		RR			
S01CA05	BETAMETASONE/CLORAMFENICOLO	COLL	C		RR			
S01CB04	BETAMETASONE/NAFAZOLINA/TETRACICLINA	COLL	C		RR			
<b>S01E</b>	<b>Preparati antiglaucoma e miotici</b>							
<b>S01A</b>	<b>Simpaticomimetici per la terapia del glaucoma</b>							
SD1EA05	BRIMONIDINA TARTRATO	COLL	A		RR			
<b>S01EB</b>	<b>Parasimpaticomimetici</b>							



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
S01EB01	PILOCARPINA CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01EB09	ACETILCOLINA CLORURO	FL + SOLV	C		OSP			
<b>S01EC</b>	<b>Inibitori dell'anidasi carbonica</b>							
S01EC01	ACETAZOLAMIDE	CPR	A		RR			
S01EC03	DORZOLAMIDE CLORIDRATO	OFT FL	A		RR			
<b>S01ED</b>	<b>Sostanze betabloccanti</b>							
S01ED01	TIMOLOLO MALEATO	COLL	A		RR			
S01ED05	CARTEOLOLO CLORIDRATO	COLL	A		RR			
<b>S01EE</b>	<b>Analoghi delle prostaglandine</b>							
S01EE04	TRAVOPOST	COLL.	A		RR			
S01EE01	LATANOPROST	COLL	A		RR			
<b>S01EX</b>	<b>Altri preparati antiglaucoma</b>							
S01EX02	DAPIPRAZOLO CLORIDRATO	COLL	C		RR			
<b>S01F</b>	<b>Midriatici e cicloplegici</b>							
<b>S01FA</b>	<b>Anticolinergici</b>							
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/FENILEFRINA/LIDOCAINA	SOL. INIETT.	C		USPL			Uso Intracamerale
S01FA56	TROPICAMIDE/FENILEFRINA CLORIDRATO	INSERTO OFT.	C		RR			Valutare il rapporto costo/benefico in relazione all'utilizzo preoperatorio della specialità qualora si rendono necessarie più somministrazioni per ottenere la midriasi.
<b>S01FB</b>	<b>Simopaticomimetici esclusi i preparati antiglaucoma</b>							
S01FB03	IBOPAMINA	COLL	C		RR			
<b>S01H</b>	<b>Anestetici locali</b>							
<b>S01HA</b>	<b>Anestetici locali</b>							
S01HA02	OXIBUPROCAINA CLORIDRATO	COLL	C		RR			
S01HA07	LIDOCAINA CLORIDRATO	COLL	C		USPL			
<b>S01L</b>	<b>Sostanze per le affezioni vascolari oculari</b>							
<b>S01LA</b>	<b>Sostanze antineovascolarizzanti</b>							
S01LA01	VERTEPORFINA	INF. EV	H		OSP			
S01LA03	PEGAPTANIB	INTRAV.	H		RR			
S01LA04	RANIBIZUMAB	INTRAV	H		OSP			
S01LA05	AFLIBERCEPT	INTRAV	H		OSP			
<b>S01X</b>	<b>Altri oftalmologici</b>							
<b>S01XA</b>	<b>Altri oftalmologici</b>							
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			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

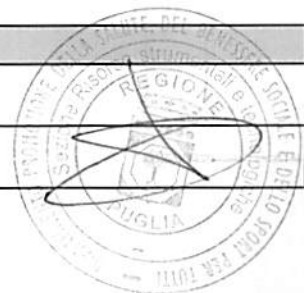
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
S01XA24	CENEGERMIN	COLL	H		RNRL			Registro web based Aifa farmaco stabile 12 ore una volta aperto.
<b>S02</b>	<b>Otologici</b>							
<b>S02A</b>	<b>Antinfettivi</b>							
<b>S02AA</b>	<b>Antinfettivi</b>							
S02AA	TOBRAMICINA	GOCCE AURICOLARI	C		RR			
S02AA30	POLIMIXINA B SOLFATO/NEOMICINA SOLFATO/LIDOCAINA C	GTT., IM, CPR	C		SOP			
<b>S02C</b>	<b>Corticosteroidi ed antinfettivi in associazione</b>							
<b>S02CA</b>	<b>Corticosteroidi ed antinfettivi in associazione</b>							
S02CA06	TOBRAMICINA/DESAMETASONE	GOCCE AURICOLARI	C		RR			
<b>V</b>	<b>VARI</b>							
<b>V01</b>	<b>Allergeni</b>							
<b>V01A</b>	<b>Allergeni</b>							
<b>VO1AA</b>	<b>Estratti allergenici</b>							
V01AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	LIOF. CPR	A		RR	PHT	PT	
<b>V03</b>	<b>Altri prodotti terapeutici</b>							
<b>V03A</b>	<b>Altri prodotti terapeutici</b>							
<b>V03AB</b>	<b>Antidoti</b>							
V03AB01	IPECACUANA	SCIR	C		RR			
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		OSP			
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
<b>V03AC</b>	<b>Sostanze chelanti del ferro</b>							
V03AC01	DEFEROXAMINA	EV,IM,SC	A		RR	PHT	PT	
V03AC02	DEFERIPRONE	CPR, SOL OS	A		RNRL	PHT		
V03AC03	DEFERASIROX	CPR	A		RNRL	PHT		
<b>V03AE</b>	<b>Farmaci per il trattamento di iperkalemia ed iperfosfatemia</b>							
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	





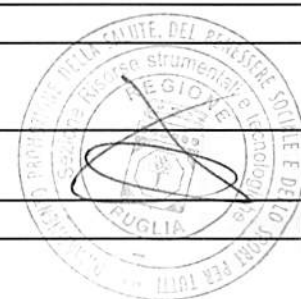
## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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	
<b>V03AF</b>	<b>Sostanze disintossicanti pre trattamenti antineoplastici</b>							
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			
<b>V03AH</b>	<b>Faamaci per il trattamento dell'ipoglicemia</b>							
V03AH01	DIAZOSSIDO	CPS	A		RRL			
<b>V04</b>	<b>Diagnostici</b>							
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	FLUORESCINA SOD/ESAM.LEV. VERDE INDOCIAN.	FIALA EV	C		USPL			
V04CX	MANNITOLO	POLVERE	C		RR			
V04CX	METACOLINA CLORURO	POLVERE e POLVERE per SOL. Da NEBULIZZARE	C		USPL			flaconcini da 1% e da 6%.
V04CX	ESAMINOLEVULINATO CLORIDRATO	POLVERE e SOLVENTE	H		OSP			
<b>V06</b>	<b>Agenti nutrizionali</b>							
V06DD	AMINOACIDI, COMPRESSE LE ASSOCIAZIONI CON POLIPEPTIDI	CPR	H		RR			
<b>V07</b>	<b>Prodotti non terapeutici</b>							
V07AB	SOLVENTI E DILUENTI, COMPRESSE LE SOLUZIONI DETERGENTI	EV	A		SOP			
V07AB	SOLVENTI E DILUENTI, COMPRESSE LE SOLUZIONI DETERGENTI	SOL. CONS.ORGANI	C		OSP/SOP			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

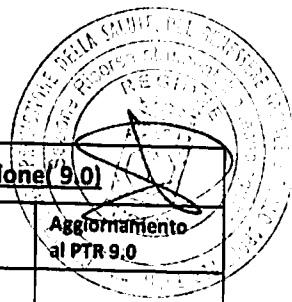
Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
V07AC	PRODOTTI AUSILIARI PER LA TRASFUSIONE DEL SANGUE	EV	C		OSP			
V07AY	PARAFFINA LIQUIDA	FL	C		SOP			
<b>V08</b>	<b>Mezzi di contrasto</b>							
V08AA01	AMIDOTRIZOATO SODICO, MEGLUMINA	SOL GASTROENTERIC A OS/ RETT	H		OSP			
V08AB02	IOEXOLO	FL 100ML	H		OSP			
V08AB04	IOPAMIDOLO	FL	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 .EV.SACC.	C		OSP			
V08AD01	OLIO ELIODATO	INIETT	NC					
V08BA01	BARIO SOLFATO CON SOSTANZE SOSPENDINGENTI	POLV SOL RETT	C		OSP			
V08BA01	BARIO SOLFATO CON SOSTANZE SOSPENDINGENTI	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	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			
<b>V09</b>	<b>Radiofarmaceutici diagnostici</b>							
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			
V09EB01	tecnezio (99mTc) albumina umana	Liofilizzato per somministrazione e 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			



## PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR) PUGLIA Versione 10.0

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note
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			
<b>V10</b>	<b>Radiofarmaceutici terapeutici</b>							
<b>V10B</b>	<b>Palliativi del dolore (agenti osteofili)</b>							
<b>V10BX</b>	<b>Radiofarmaci palliativi del dolore</b>							
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 RADIOMARCARRE	H		OSP			
V10XX03	RADIO (223RA) DICLORURO	INIETT	H		OSP			





**All. B Elenco Nuovi Inserimenti/Aggiornamenti/Eliminazioni nel PTR, rispetto alla precedente versione (9.0)**

Codice ATC	Descrizione	Forma Farmaceutica	Classe SSN	Nota AIFA	Ricetta	PHT	PT	Note	Aggiornamento al PTR 9.0
L01XC32	Atezolizumab	Sol. Infusione	H		OSP			Farmaco Innovativo Registro web based On line Det.AIFA n.1017/2018	Nuovo Inserimento
L01XC16	Dinutuximab Beta	Sol. Infusione	H		OSP			Farmaco Innovativo Registro web based On line Det.AIFA n.1117/2018	Nuovo Inserimento
L01XE36	Alectinib	CPS	H		RNRL			Farmaco Innovativo Registro web based On line Det. AIFA n.1124/2018	Nuovo Inserimento
L01XE39	Midostaurin	CPS	H		RNRL			Farmaco Innovativo Registro web based On line Det. AIFA n.1228/2018	Nuovo Inserimento
D11AH05	Dupilumab	SC	H		RNRL			Farmaco Innovativo Registro web based On line Det. AIFA n.1333/2018	Nuovo Inserimento
J05AX18	Letermovir	CPR	A		RR	PHT		Farmaco Innovativo Registro web based On line Det. AIFA n.1407/2018	Nuovo Inserimento
L01XC17	Nivolumab	Sol. Infusione	H		OSP			Farmaco Innovativo Registro AIFA cartaceo Det. AIFA n.1227/2018 Det. AIFA n.1405/2018	ATC già presente in PTR Nuova Indicazione
L01BC08	Decitabina	EV	H		RNRL			Registro AIFA cartaceo. Det. AIFA n.1308/2018	ATC già presente in PTR Nuova Indicazione
L01XE27	Ibrutinib	CPR	H		RNRL			Farmaco Innovativo Registro AIFA cartaceo Det. AIFA n.1324/2018	ATC già presente in PTR Nuova Indicazione
L01XE21	Regorafenib	CPR	A		RNRL	PHT		Farmaco Innovativo Registro AIFA cartaceo AIFA n. 1399/2018	ATC già presente in PTR. Nuova Indicazione
L04AC08	Canakinumab	SC	H		RRL			Farmaco Innovativo Registro AIFA cartaceo Det. AIFA n.1402/2018 Det. AIFA n.1400/2018	ATC già presente in PTR . Nuova Indicazione
L01XC11	Ipilimumab	Sol. Infusione	H		OSP			Registro web based On line AIFA Det. AIFA n.1597/2018	ATC già presente in PTR. Nuova Indicazione
L04AA26	Belimumab	SC	H		RRL			Determina AIFA n.1696/2018	ATC già presente in PTR Nuova Formulazione
N02AJ08	Ibuprofene-Codeina	CPR	A	Nota AIFA 66	RNR			Determina AIFA n.1312/2018	Nuovo Inserimento
S01EA05	Brimonidina tartrato	Coll.	A		RR			Comunicato AIFA G.U.n.28/2017	Nuovo Inserimento

S01EE04	Travopost	Coll.	A		RR		Comunicato AIFA G.U. n. 165/2017	Nuovo Inserimento
J01GB01	Tobramicina	Sol. nebulizzazione	A		RNRL	PHT	Dispensazione in forma Diretta	ATC già presente in PTR. Nuova Formulazione
B02BX06	Emicizumab	SC	A		RRL	PHT	Farmaco Innovativo Registro web based AIFA. Determina AIFA n.1846/2018	Nuovo Inserimento

