



**FEDERFARMA TORINO**

**ASSOCIAZIONE TITOLARI DI FARMACIA  
DELLA CITTA' METROPOLITANA DI TORINO**

fondata nel 1946



Prot. n. 25/90/64/2018/AC

TORINO, 23 Marzo 2018

## OGGETTO: PRESCRIZIONI LIMITATIVE

A seguito di alcune richieste pervenute, la scrivente ritiene utile richiamare nuovamente l'attenzione delle farmacie e delle software house sulla questione relativa alla **possibilità – o meno – per il Medico di Medicina Generale (MMG) di prescrivere in regime SSN i medicinali assoggettati a ricetta limitativa ripetibile o non ripetibile (RRL/RNRL)**, vale a dire quelli vendibili al pubblico su **prescrizione dei centri ospedalieri o degli specialisti** indicati nel rispettivo decreto di autorizzazione all'immissione in commercio (ex art.93 d.lgs 219/2006 e s.m.i.).

Come già osservato in più occasioni, la risposta non è univoca, ma dipende anche dai contenuti dei provvedimenti attraverso i quali i medicinali in questione sono stati classificati o riclassificati in classe A e/o inclusi nel PHT e dalle direttive impartite dall'Assessorato regionale alla Sanità: Assessorato che, giova ricordarlo, ha tra l'altro precisato che **la ricetta dematerializzata è stata validata nei contenuti ed è quindi spedibile dalla farmacia nei termini temporali di legge**, ma non ne ha ancora esteso l'utilizzo al sistema della Distribuzione per Conto (DPC) né – nonostante i numerosi solleciti della scrivente – è intervenuto a rendere più agevole la gestione delle prescrizioni limitative.

Ciò premesso, in termini generali ed in estrema sintesi si può affermare che il Medico di Medicina Generale **PUO' procedere alla redazione della ricetta SSN se il medicinale con ricetta limitativa è assoggettato - ai fini della prescrivibilità in regime di SSN - anche a "diagnosi e Piano Terapeutico"**, naturalmente previa acquisizione del Piano Terapeutico stesso da parte del MMG: si ribadisce, al riguardo, che in tali casi comunque **in farmacia perverrà esclusivamente la ricetta SSN (rossa o dematerializzata)**.

Diversamente, e quindi **qualora non sia previsto alcun Piano Terapeutico, il medicinale con ricetta limitativa potrà essere prescritto soltanto dal centro ospedaliero e/o dagli specialisti** specificatamente indicati nel rispettivo decreto di registrazione: **in tali casi, il MMG NON PUO' procedere alla redazione della ricetta rossa**, né il sistema dovrebbe accettare sue prescrizioni in dematerializzata.

Sulla base di tali principi, si fornisce di seguito un'elencazione indicativa dei medicinali in questione (in ordine alfabetico di principio attivo, in *corsivo grassetto* quelli distribuiti in **convenzionata**, in carattere *corsivo semplice* quelli distribuiti in modalità *DPC*), suddivisi in base alla prescrivibilità o meno da parte del MMG alla data del 6 marzo 2018, giorno di estrazione dalla Banca dati Federfarma, le cui indicazioni sono costantemente aggiornate in diretto e reciproco contatto con il Settore Farmaceutico regionale:

### **Elenco indicativo medicinali RRL/RNRL prescrivibili dal medico di medicina generale in regime di SSN**, in quanto è **previsto il PIANO TERAPEUTICO**

(in *corsivo grassetto* quelli distribuiti in **convenzionata** – in *corsivo semplice* quelli in *DPC*)

- ***Accudinio/Formoterolo (BRIMICA GENUAIR, DUAKLIR GENUAIR)***
- *alogliptin (VIPIDIA), alogliptin/metformina (VIPDOMET) alogliptin/pioglitazone (INCRESYNC)*
- *apixaban (ELIQUIS)*
- *apremilast (OTEZLA)*
- *atomexatina (STRATTERA)*

segue

**Elenco indicativo medicinali RRL/RNRL prescrivibili dal medico di medicina generale in regime di SSN, in quanto è previsto il PIANO TERAPEUTICO**

(in corsivo grassetto quelli distribuiti in convenzionata – in corsivo semplice quelli in DPC)

- *canagliflozin* (INVOKANA), *canagliflozin/metformina* (VOKANAMET)
- *cinacalcet* (MIMPARA)
- *clozapina* (LEPONEX, generici/equivalenti) – è necessaria **l'attestazione in ricetta della conta leucocitaria** (per es. tramite la locuzione “*Conta leucocitaria compatibile con la norma*” o similari)
- *corifollitropina alfa* (ELONVA) - **Nota 74**
- *dabigatran etexilato mesilato* (PRADAXA 60 cps nei dosaggi da 110 mg e 150 mg)
- *dapagliflozin* (FORXIGA), *dapagliflozin/metformina* (XIGDUO)
- *darbepoetina alfa* (ARANESP)
- *denosumab* (PROLIA) - **Nota 79**
- *denosumab* (XGEVA)
- *donepezil* (ARICEPT, DESTEZIL, LIZIDRA, MEMAC, YASNAL, YASNORO, generici/equivalenti) - **Nota 85**
- *dronedarone* (MULTAQ)
- *dulaglutide* (TRULICITY)
- *edoxaban* (LIXIANA)
- *empagliflozin* (JARDIANCE)
- *empagliflozin/metformina* (SYNJARDY)
- *epoetina alfa, beta, teta, zeta* (BINOCRIT, EPREX, NEORECORMON, EPORATIO, RETACRIT)
- *eslicarbazepina* (ZEBINIX)
- *exenatide* (BYDUREON, BYETTA)
- *everolimus* (VOTUBIA)
- *filgrastim* (ACCOFIL, GRANULOKINE, NIVESTIM, TEVAGRASTIM, ZARZIO)
- *follitropina alfa* (BEMFOLA, GONAL F, OVALEAP), *follitropina/lutropina* (PERGOVERIS), *follitropina beta* (PUREGON) - **Nota 74**
- *galantamina* (GALNORA, REMINYL, generici/equivalenti) - **Nota 85**
- *imiquimod* (ALDARA, IMUNOCARE)
- ***indacaterolo maleato/glicopirronio bromuro* (ULTIBRO BREEZHALER, XOTERNA BREEZHALER)**
- *insulina degludec* (TRESIBA)
- *insulina degludec/liraglutide* (XULTOPHY)
- *interferone alfa* (ROFERON A, PEGINTRON)
- *lenograstim* (GRANOCYTE, MYELOSTIM)
- *linagliptin* (TRAJENTA)
- *lipegfilgrastim* (LONQUEX)
- *liraglutide* (VICTOZA)
- *lixisenatide* (LYXUMIA)
- *lutropina alfa* (LUVERIS) - **Nota 74**
- *memantina* (EBIXA, EZEMANTIS generici/equivalenti) - **Nota 85**
- *mepolizumab* (NUCALA)
- *metformina/linagliptin* (JENTADUETO)
- *metossipolietilenglicole-epoetina beta* (MIRCERA)

segue

**Elenco indicativo medicinali RRL/RNRL prescrivibili dal medico di medicina generale in regime di SSN, in quanto è previsto il PIANO TERAPEUTICO**

(in corsivo grassetto quelli distribuiti in convenzionata – in corsivo semplice quelli in DPC)

- **midazolam (BUCCOLAM) - Nota 93**
- *modafinil (PROVIGIL)*
- *omalizumab (XOLAIR)*
- *ossidrossido sucoferrico (VELPHORO)*
- *pegfilgrastim (NEULASTA)*
- *pentamidina (PENTACARINAT)*
- *propranololo cloridrato (HEMANGIOL)*
- *rivaroxaban (XARELTO 28 cpr 20 mg e 42 cpr 15 mg)*
- *rivastigmina (EXELON, NIMVASTID, PROMETAX, generici/equivalenti) - Nota 85*
- *roflumilast (DAXAS)*
- *sacubitril/valsartan (ENTRESTO)*
- *saxagliptin (ONGLYZA), saxagliptin/ metformina (KOMBOGLYZE)*
- *sitagliptin (JANUVIA, TESAVEL, XELEVIA, EFFICIB, JANUMET, VELMETIA)*
- *tacrolimus (PROTOPIC)*
- *tadalafil (TADALAFIL ACCORD 20 mg 12 cpr) - Nota 75*
- *testosterone (TOSTREX) - Nota 36*
- **testosterone enantato (TESTO ENANT) - Nota 36**
- *testosterone propionato (TESTOVIS) - Nota 36*
- *testosterone undecanoato (ANDRIOL) - Nota 36*
- **tiotropio/olodaterolo (SPIOLTO RESPIMAT)**
- *ulipristal (ESMYA) - Nota 51*
- **umeclidinio bromuro/vilanterolo (ANORO, LAVENTAIR)**
- *vildagliptin (GALVUS), vildagliptin/metformina (EUCREAS).*

Si ribadisce nuovamente che per i medicinali sopra elencati, in farmacia perverrà esclusivamente la ricetta del medico redatta su ricetta rossa SSN (per tutti i medicinali in DPC) e/o dematerializzata.

**Elenco indicativo medicinali RRL/RNRL che possono essere prescritti soltanto da parte di centri ospedalieri o specialisti rispettivamente indicati**

**NO PRESCRIZIONE MMG**

(in corsivo grassetto quelli distribuiti in convenzionata – in corsivo semplice quelli in DPC)

- **Atropina solfato (ATROPINA SOLFATO)** - specialisti in anestesia, rianimazione, cardiologia, medicina interna, odontoiatria e medici odontoiatri
- *deferiprone (FERRIPROX 50 cpr 1000 mg)* - centri ospedalieri o di specialisti (ematologo);
- **diazossido (PROGLICEM)** - centri ospedalieri o medici specialisti
- **diclofenac sodico (SOLARAZE) - Nota 95** - centri ospedalieri o di specialisti (dermatologo)
- *etelcalcetide (PARSABIV)* - centri ospedalieri o di specialisti (nefrologo) – centri dialisi
- **felbamato (TALOXIA)** - centri specialistici (pediatrici, neurologici, neuropsichiatrici) e centri ospedalieri
- **imiquimod (ZYCLARA) - Nota 95** - centri ospedalieri o di specialisti (dermatologo)
- **ingenolo mebutato (PICATO) - Nota 95** - centri ospedalieri o di specialisti (dermatologo)
- *isavuconazolo (CRESEMBA 14 cps 100 mg)* - centri ospedalieri o di specialisti (infettivologo, ematologo)

segue

**Elenco indicativo medicinali RRL/RNRL che possono essere prescritti soltanto da parte di centri ospedalieri o specialisti rispettivamente indicati**

**NO PRESCRIZIONE MMG**

- *ketoconazolo* (KETOCONAZOLE HRA) - centri ospedalieri o di specialisti (internista, endocrinologo)
- *metirapone* (CORMETO) - centri ospedalieri o di specialisti (internista, endocrinologo)
- *micofenolato mofetile* (MYFENAX, MICOFENOLATO M ACCORD/Sandoz ) - centri ospedalieri o di specialisti (internista, pediatra, immunologo, ematologo, nefrologo)
- *pegvisomant* (SOMAVERT) - prescrizione specialistica (endocrinologo)
- *rifaximina* (TIXTELLER) - centri ospedalieri o di specialisti (internista, infettivologo, gastroenterologo)
- *riluzolo* (TEGLUTIK sosp 300 ml 5 mg/ml) - centri ospedalieri o di specialisti (internista, neurologo)
- ***rufinamide*** (INOVELON) - centri ospedalieri o di specialisti
- *sodio fenilbutirrato* (PHEBURANE) - centri ospedalieri o di specialisti (internista, pediatra, neurologo)
- ***sodio polistirensolfonato*** (KAYEXALATE) - centri ospedalieri o di specialisti (medicina interna, nefrologia, cardiologia)
- *tadalafil* (ADCIRCA, TALMANCO, TADALAFIL SANDOZ) - centri ospedalieri o di specialisti (cardiologo, pneumologo, dermatologo, reumatologo)
- *tegafur/gimeracil/oteracil* (TEYSUNO) - prescrizione specialistica (oncologo, internista)
- ***tetrabenazina*** (XENAZINA) - centri ospedalieri o di specialisti (neurologo, neuropsichiatra, psichiatra, geriatra).

\*\*\*\*\*

La scrivente evidenzia inoltre che, a prescindere dalle modalità prescrittive:

- i medicinali a base di ***ormone somatotropo, fattori della coagulazione, metadone*** per le tossicodipendenze, ***buprenorfina/naloxone*** (Suboxone), ***boceprevir*** (Victrelis) ed ***ossigeno liquido*** sono **distribuiti direttamente dalle Aziende Sanitarie**;
- sono tuttora **distribuiti direttamente dalle Aziende Sanitarie** i medicinali ***ex OSP2***, nonché i medicinali Alirocumab (Praluent), ***daclatasvir dicloridrato*** (Daklinza), ***dasabuvir*** (Exviera), ***elbasvir/grazoprevir*** (Zepatier), ***eliglustat*** (Cerdelga), ***ingolimid*** (Gilenya), ***glecaprevir/pibrentasvir*** (Maviret), ***idebenone*** (Raxone), ***ivafactor*** (Kalydeco), ***lomitapide mesilato*** (Lojuxta), ***lumacaftor/vacaftor*** (Orkambi), ***macitentan*** (Opsumit), ***migalastat*** (Galafold), ***ombitasvir/paritaprevir/ritonavir*** (Viekirax), ***palivizumab*** (Synagis), ***pasireotide*** (Signifor), ***polline graminacee*** (Grazax, Oralair), ***posaconazolo*** (Noxafil), ***regorafenib*** (Stivarga), ***riociguat*** (Adempas), ***simeprevir*** (Olysio), ***selexipag*** (Upravi), ***sofosbuvir/velpatasvir*** (Epclusa), ***tolvaptan*** (Jinarc), ***trifluridina/tipiracil*** (Lonsurf);
- i medicinali con **nota 65** (***dimetilfumarato, glatiramer, interferone beta-1a, interferone beta-1b, peginterferone beta - 1a, teriflunomide***) continuano ad essere **in distribuzione diretta**, nonostante la recente modifica dei contenuti della nota e fino a nuova eventuale comunicazione;
- le farmacie **non possono spedire** i medicinali con **nota 92** (***benzatilpenicillina***) la cui prescrizione e **dispensazione** è riservata a Centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie;
- le farmacie **NON POSSONO spedire le prescrizioni di medicinali di esclusivo utilizzo ospedaliero**;

- per alcuni farmaci sono necessari **ulteriori specifici formalismi**: è il caso - oltre alla *clozapina* (cfr. supra) - dell'*alprostadil* (CAVERJECT), per il quale **il medico deve dichiarare sulla ricetta di aver fornito al paziente tutte le informazioni** su dosi, effetti collaterali, modalità tecniche necessarie per l'utilizzazione informata del prodotto;
- per i medicinali a base di **ISOTRETINOINA per uso sistemico**:
- la prima prescrizione è effettuata dallo **specialista dermatologo**, cui compete anche la redazione dell'**apposito modulo** AIFA sulla base del quale vengono redatte **le prescrizioni successive anche da parte del medico di medicina generale**. In ogni caso, **in farmacia perverrà la sola ricetta del medico di medicina generale** mentre l'eventuale modulo rimarrà agli atti del medico prescrittore;
  - deve essere indicata sulla ricetta la **data di certificazione di non gravidanza** (fatta eccezione ovviamente per i pazienti di sesso maschile): tale data di certificazione deve essere sempre apposta, anche se coincide con quella di prescrizione;
  - deve essere indicata sulla ricetta la **posologia giornaliera**, tale da non superare **i 30 giorni di terapia**;
  - la dispensazione deve essere fatta entro il limite massimo **di sette giorni dalla data di certificazione** (di prescrizione per pazienti di sesso maschile).

\*\*\*\*\*

E' bene ribadire che le indicazioni riportate e l'elencazione dei principi attivi e dei relativi medicinali afferenti alle varie tipologie prese in esame devono ritenersi indicative e non esaustive, oltre che suscettibili di variazioni ed integrazioni: si evidenzia altresì che in regime privato **le modalità prescrittive del medicinale sono esclusivamente quelle riportate nel rispettivo decreto di autorizzazione all'immissione in commercio**: in altri termini, **in regime privato il MMG non può in nessun caso prescrivere medicinali assoggettati a RRL/RNRL**.

Si precisa, inoltre, che dalla disamina effettuata sono stati ovviamente esclusi i medicinali stupefacenti, compresi quelli dell'allegato III bis prescritti per la terapia del dolore, soggetti a disciplina speciale.

Si rinnova, infine, l'invito **alle software house in indirizzo ed a Studiofarma ad evidenziare nei rispettivi gestionali e su WebDPC - sia in fase di erogazione del medicinale che di tariffazione della ricetta - l'eventuale previsione del Piano Terapeutico (che quindi consente al MMG di prescrivere il medicinale) e, soprattutto, a riportare apposito segnale di warning per i medicinali non prescrittibili in alcun modo dal medico di medicina generale**, di cui si fornisce in allegato un elenco più analitico, anch'esso aggiornato al 6 marzo u.s. (All.1 - In blu quelli distribuiti in convenzionata, in verde quelli in DPC), **raccomandando di curarne il continuo aggiornamento sulla base dei criteri indicati in apertura**.

**Medicinali assoggettati a ricetta limitativa. NON previsto PIANO TERAPEUTICO - NON prescrivibili dal MMG**

ATC	Principio Attivo	AIC	Farmaco	Ditta	Classe	Nota AIFA	Ricetta	Prescrivibilità'	PHT	PT	Modalità di distribuzione	VENDIBILITA'
A03BA01	ATROPINA SOLFATO	029829037	ATROPINA SOLFATO (GALENICA SENESE)*5 fiale 0,5 mg 1 ml	GALENICA SENESE Srl	A		RRL	PRES.SPEC.ANE RIA CARD INT ODO			CONVENZIONATA	
A03BA01	ATROPINA SOLFATO	030653012	ATROPINA SOLFATO (SALF)*5 fiale 0,5 mg 1 ml	SALF SpA	A		RRL	PRES.SPEC.ANE RIA CARD INT ODO			CONVENZIONATA	
A03BA01	ATROPINA SOLFATO	030783031	ATROPINA SOLFATO (MONICO)*5 fiale 0,5 mg 1 ml	MONICO SpA	A		RRL	PRES.SPEC.ANE RIA CARD INT ODO			CONVENZIONATA	
V03AC02	DEFERIPRONE	034525042	FERRIPROX*50 cpr riv 1.000 mg	CHIESI FARMACEUTICI SpA	A		RNRL	OSPED/SPEC: EMATOLOGO	X		DPC	
V03AH01	DIAZOSSIDO	023060027	PROGLICEM*100 cps 25 mg	MSD ITALIA Srl	A		RRL	SU INDICAZIONE OSPEDALIERA			CONVENZIONATA	
V03AH01	DIAZOSSIDO	023060039	PROGLICEM*100 cps 100 mg blister	MSD ITALIA Srl	A		RRL				CONVENZIONATA	
D11AX18	DICLOFENAC SODICO	034129039	SOLARAZE*gel derm 60 g 3%	ALMIRALL SpA	A	95	RRL	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO			CONVENZIONATA	
D11AX18	DICLOFENAC SODICO	034129041	SOLARAZE*gel derm 90 g 3%	ALMIRALL SpA	A	95	RRL	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO			CONVENZIONATA	
H05BX04	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	045182021	PARSABIV*6 flaconcini soluz iniett 2,5 mg 0,5 ml	AMGEN Srl	A		RRL	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFR DIAL	X		DPC	
H05BX04	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	045182060	PARSABIV*6 flaconcini soluz iniett 5 mg 1 ml	AMGEN Srl	A		RRL	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFR DIAL	X		DPC	
H05BX04	ETELCALCETIDE CLORIDRATO	045182108	PARSABIV*6 flaconcini soluz iniett 10 mg 2 ml	AMGEN Srl	A		RRL	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFR DIAL	X		DPC	
N03AX10	FELBAMATO	030822011	TALOXA*os sosp 230 ml 600 mg/5ml	MSD ITALIA Srl	A		RRL	PR.CENT.SPEC.PED NEU NEUPS/OSP			CONVENZIONATA	
N03AX10	FELBAMATO	030822035	TALOXA*40 cpr 600 mg	MSD ITALIA Srl	A		RRL	PR.CENT.SPEC.PED NEU NEUPS/OSP			CONVENZIONATA	
D06BB10	IMIQUIMOD	043585025	ZYLARA*crema derm 28 bust 250 mg 3,75%	MEDA PHARMA SpA	A	95	RRL	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO			CONVENZIONATA	
D06BX02	INGENOLO MEBUTATO	042513010	PICATO*gel derm 0,47 g 150 mcg/g 3 tubetti	LEO PHARMA SpA	A	95	RRL	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO			CONVENZIONATA	
D06BX02	INGENOLO MEBUTATO	042513022	PICATO*gel derm 0,47 g 500 mcg/g 2 tubetti	LEO PHARMA SpA	A	95	RRL	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO			CONVENZIONATA	
J02AC05	ISAVUCONAZOLO	044528026	CRESEMBA*14 cps 100 mg	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.OSP/SPEC: INFETT EMATOL	X		DPC	
J02AB02	KETOCONAZOLO	043781018	KETOCONAZOLE (HRA)*60 cpr 200 mg	HRA PHARMA ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.OSPED/SPEC: INT ENDOCR	X		DPC	
V04CD01	METIRAPONE	043094010	CORMETO*50 cps molli 250 mg flacone	HRA PHARMA ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.OSPED/SPEC: INT ENDOCR	X		DPC	
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	038774016	MICOFENOLATO MOFETILE (ACCORD HEALTHCARE)*50 cpr riv 500 mg	ACCORD HEALTHCARE ITALIA Srl	A		RNRL	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF	X		DPC	
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	039696012	MYFENAX*100 cps 250 mg	TEVA ITALIA Srl	A		RNRL	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF	X		DPC	
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	039696036	MYFENAX*50 cpr riv 500 mg	TEVA ITALIA Srl	A		RNRL	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF	X		DPC	
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	039770019	MICOFENOLATO M AC*100CPS 250MG	ACTAVIS ITALY SpA	A		RNRL	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF	X		DPC	Ad esaurimento scorte Comunicazione del produttore 002/2018
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	040009019	MICOFENOLATO MOFETILE (SANDOZ)*50 cpr riv 500 mg	SANDOZ SpA	A		RNRL	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF	X		DPC	
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE	041342015	MICOFENOLATO MOFETILE (ACCORD)*100 cps 250 mg	ACCORD HEALTHCARE ITALIA Srl	A		RNRL	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF	X		DPC	
H01AX01	PEGVISOMANT	035726013	SOMAVERT*30 flaconi SC 10 mg + 30 flaconi 8 ml	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ENDOCR	X		DPC	
H01AX01	PEGVISOMANT	035726025	SOMAVERT*30 flaconi SC 15 mg + 30 flaconi 8 ml	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ENDOCR	X		DPC	
H01AX01	PEGVISOMANT	035726037	SOMAVERT*30 flaconi SC 20 mg + 30 flaconi 8 ml	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ENDOCR	X		DPC	
H01AX01	PEGVISOMANT	035726049	SOMAVERT*1 flacone SC 20 mg + 1 flacone 8 ml	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ENDOCR	X		DPC	
H01AX01	PEGVISOMANT	035726064	SOMAVERT*30 flaconi SC 25 mg + 30 flaconi solv 8 ml	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ENDOCR	X		DPC	
H01AX01	PEGVISOMANT	035726088	SOMAVERT*30 flaconi SC 30 mg + 30 flaconi solv 8 ml	PFIZER ITALIA Srl	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ENDOCR	X		DPC	
A07AA11	RIFAXIMINA	041924046	TIXTELLER*56 cpr riv 550 mg	ALFASIGMA SpA	A		RRL	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR	X		DPC	
N07XX02	RILUZOLO	042018010	TEGLUTIK*os sosp flacone 300 ml 5 mg/ml	ITALFARMACO SpA	A		RRL	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL	X		DPC	
N03AF03	RUFINAMIDE	038217016	INOVELON*10 cpr riv div 100 mg	EISAI Srl	A		RRL	SU PRES CR.OSPED/SPECIALISTI			CONVENZIONATA	
N03AF03	RUFINAMIDE	038217093	INOVELON*60 cpr riv 200 mg	EISAI Srl	A		RRL	SU PRES CR.OSPED/SPECIALISTI			CONVENZIONATA	
N03AF03	RUFINAMIDE	038217143	INOVELON*60 cpr riv div 400 mg	EISAI Srl	A		RRL	SU PRES CR.OSPED/SPECIALISTI			CONVENZIONATA	
A16AX03	SODIO FENILBUTIRRATO	042917017	PHBURANE*os grat sosp 174 g 483 mg/g	LUCANE PHARMA	A		RNRL	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR	X		DPC	
V03AE01	SODIO POLISTIRENSOLFONATO	021394022	KAYEXALATE*os rett sosp 454 g	SANOFI SpA	A		RRL	PRESCR.OSPED/SPEC:INT NEF CARD			CONVENZIONATA	
G04BE08	TADALAFIL	039598026	ADCIRCA*56 cpr riv 20 mg	ELI LILLY ITALIA SpA	A		RRL	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE	X		DPC	
G04BE08	TADALAFIL	044743161	TADALAFIL (SANDOZ GMBH)*56 cpr riv 20 mg	SANDOZ SpA	A		RRL	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE	X		DPC	
G04BE08	TADALAFIL	045248046	TALMANCO*56x1 cpr riv 20 mg	MYLAN SpA	A		RRL	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE	X		DPC	
L01BC53	TEGAFUR/GIMERICIL/OTERACIL	042291017	TEYSUNO*42 cps 15 mg + 4,35 mg + 11,8 mg	NORDIC GROUP BV	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ONCOL INT	X		DPC	
L01BC53	TEGAFUR/GIMERICIL/OTERACIL	042291029	TEYSUNO*126 cps 15 mg + 4,35 mg + 11,8 mg	NORDIC GROUP BV	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ONCOL INT	X		DPC	
L01BC53	TEGAFUR/GIMERICIL/OTERACIL	042291031	TEYSUNO*42 cps 20 mg + 5,8 mg + 15,8 mg	NORDIC GROUP BV	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ONCOL INT	X		DPC	
L01BC53	TEGAFUR/GIMERICIL/OTERACIL	042291043	TEYSUNO*84 cps 20 mg + 5,8 mg + 15,8 mg	NORDIC GROUP BV	A		RNRL	PRESCR.SPEC: ONCOL INT	X		DPC	
N07XX06	TETRABENAZINA	036688012	XENAZINA*112 cpr div 25 mg	PHARMASWISS CIESKA REPUBBL.	A		RRL	PRESCR.OSP/SPEC:NE NEUPS PS GE			CONVENZIONATA	