

MEDICINALI PARTICOLARI (ELENCO ALFABETICO)

Medicinali soggetti a particolari limitazioni o modalità di prescrizione/dispensazione (in commercio vendibili al pubblico).
Il rimando (>) consente la consultazione delle pagine successive: **distribuzione diretta (DD)**, **DPC** (distribuzione per conto della Regione Lazio, esclusiva-con duplice via o con procedura d'urgenza) o **principi attivi particolari**.

Abilify > DPC	Gonapeptyl > DPC	Petinimid > Zarontin
Advate > DPC	Granocyte > lenograstim	Proglicem > diazossido
Aimafix > DPC	Granulokine > filgrastim	Prometax > rivastigmina
Aisoskin > isotretinoina	Haemate > DPC	Protopic > tacrolimus
Aldara > imiquimod	Helixate > DPC	Protromplex > DPC
Alfaferone > interferoni, DPC	Hemofil M > f. antiemofilico DPC	Prograf > DPC
Alphanate > DPC	Hivid > antivirali ospedalieri	Provertin > DPC
Alphanine > DPC	Humatrope > orm Somatotropo DPC	Provigil > modafinil
Aranesp > darbepoietina, DD	Immunate > DPC	Pulmozyme > dornase (alfa), DD
Aricept > donepezil	Immunine > DPC	Puregon > follitropina, DPC
Avonex > interferoni Osp	Intron > interferoni, DPC	Rebif > interferoni Osp
Benefix > DPC	Ipstyl > DPC	Recombinate > DPC
Beriate > DPC	Isoriac > isotretinoina	Refacto > DPC
Betaferon > interferone Osp	Isotretinoina > isotretinoina	Reminyl > galantamina
Binocrit > eritropoietina, DD	Ivor > DPC duplice via	Renagel > distrib. Diretta
Cabaser > cabergolina	Kayexalate > polistirene sulfonato	Retrovir > zidovudina
Casodex > DPC	Kogenate > DPC	Risperdal > DPC
Caverject > alprostadil	Lantus > DPC	Ritalin > metilfenidato
Citovirax > antivirali ospedalieri	Leponex > clozapina, DPC	Roaccutan > isotretinoina
Clexane 4000 > DPC duplice via	Leucomax > molgramostim	Roferon > interferoni, DPC
Clivarina > DPC duplice via	Levemir > DPC	Roipnol > flunitrazepam
Clozapina > clozapina DPC	Longastatina > DPC	Samilstin > DPC
Copaxone > interferoni, DPC	Luveris > lutropina alfa, DPC	Saizen > orm. somatotropo, DPC
Cymevene > antivirali ospedalieri	Memac > donepezil	Sandostatina > DPC
Darilin > distrib. Diretta	Menogon > DPC	Seleparina > DPC duplice via
Darkene > flunitrazepam	Meropur > DPC	Seroquel > DPC
Decapeptyl > DPC	Metadone > metadone	sibutramina > anoressizzanti (in coda alla parte seconda)
Desferal 0,5f > distrib. Diretta	Mielogen > molgramostim	Strattera > atomoxetina
Ebixa > memantina	Mimpara > cinacalcet	Subutex > buprenorfina
Elidel > pimecrolimus	Mircera > eritropoietina	Suprefact > DPC
Emoclot > DPC	Mononine > DPC	Talate > DPC
Eligard > DPC	Myelostim > lenograstim	Talavir > DPC
Enantone > DPC	Neorecormon > eritropoietina, DD	Taloxa > felbamato
Eprex > eritropoietina, DD	Nespo > darbepoietina, DD	Temgesic > buprenorfina
Eptadone > metadone	Neulasta > pegfilgrastim	Transtec > buprenorfina
Exelon > rivastigmina	Neupogen > filgrastim	Umancomplex > DPC
Fanhdil > DPC	Neupopeg > pegfilgrastim	Valcyte > distrib. Diretta
Feiba > DPC	Nopar > pergolide	Valsera > flunitrazepam
fendimetrazina > anoressizzanti (in coda alla parte seconda)	Norditropin > orm. Somatotropo DP	Videx > didanosina
Fluxum > DPC duplice via	Nutropina-q > orm Somatotropo DP	Viramune > antivirali ospedalieri
Foscavir > antivirali ospedalieri	Omnitrope > orm somatotropo DPC	Viridal > alprostadil
Fostimon > DPC	Orgalutran > ganirelix	Xenazina > tetrabenazina
Fragmin > DPC duplice via	Ossigeno terapeutico liquido	Zeffix > DPC
Fraxiparina 0,4 > DPC duplice via	Parareg > cinacalcet	Zelitrex > DPC
Fraxodi > DPC duplice via	Pegasys > interferoni, DPC	Zoladex > DPC
Genotropin > orm Somatotropo DPC	Pegintron > interferoni, DPC	Zomacton > orm somatotropo, DPC
Gonal F > follitropina, DPC	Pentacarinat > pentamidina	Zyprexa > DPC
	Pergolide > pergolide	Zarontin cps, vedi (etosuccimide)
	Pergoveris > follitropina+lutropina	

NB: Le voci sottolineate corrispondono a quei medicinali per i quali il farmacista deve allegare ad ogni ricetta SSN la **copia conforme del piano terapeutico** validata e autorizzata dalla Usl (distribuzione diretta da parte della Asl e **ossigeno liquido**). Per l'ormone somatotropo in DPC è sufficiente allegare copia del piano terapeutico.

MEDICINALI SOGGETTI A PARTICOLARI LIMITAZIONI O MODALITÀ DI DISPENSAZIONE.

Le particolari limitazioni o modalità di prescrizione/dispensazione sono stabilite nell'AIC o con apposito Decreto ministeriale o Determinazione AIFA e sono indicate sulla confezione, oppure nel Lazio derivano dall'applicazione dell'Accordo regionale per la distribuzione dei farmaci del PHT, Distribuzione Diretta e DPC (Distribuzione per Conto Della Regione)¹.

Molti dei medicinali inclusi nell'elenco sono classificati come soggetti a prescrizione medica limitativa², ripetibile (RRL) o non ripetibile (RNRL).

In questo elenco non sono incluse le limitazioni alla rimborsabilità a carico del SSN stabilite dall'AIFA (Note AIFA, vedere la parte quinta). I medicinali qui elencati, ad esclusione di quelli in distribuzione diretta o in DPC, si intendono prescrivibili a carico del SSN³ ove non venga specificato diversamente, alle condizioni indicate eventualmente dalle note AIFA.

Per le prescrizioni di **Ossigeno terapeutico liquido** il farmacista deve allegare ad ogni ricetta SSN la **copia conforme della prescrizione ospedaliera vidimata e autorizzata dalla Usi**⁴ (in numero di copie numerate sufficienti a coprire il periodo di trattamento stabilito). Ad ogni spedizione il farmacista ne verifica la validità temporale (vedi dettagli avanti).

Per i medicinali per cui le **note AIFA** prevedono la rimborsabilità a carico del SSN con particolari limitazioni (note limitative) oppure solo su diagnosi e piano terapeutico⁵ (vedi il simbolo ☒) di centri specializzati universitari o delle aziende sanitarie-, con posologia e durata del trattamento, la prescrizione è comunque possibile sul territorio da parte del medico di famiglia con la redazione della ricetta del SSN, anche nel caso di medicinali autorizzati con l'obbligo di prescrizione

limitativa non ripetibile⁶.

DISTRIBUZIONE DIRETTA.

Nel Lazio, i medicinali dell'Allegato 2 dell'Accordo regionale sono soggetti a distribuzione diretta⁷ da parte delle Asl, e possono essere dispensati dalle farmacie private a carico del SSN solo se la prescrizione è accompagnata da **autorizzazione della Asl** (per voci sottolineate nell'elenco precedente la copia conforme del piano terapeutico, come già avveniva in precedenza per eritropoietina e darbepoietina). In pratica, ogni ricetta SSN di medicinali della DD spedita in farmacia deve avere allegata la copia vidimata e autorizzata dalla Asl della prescrizione specialistica originale o l'autorizzazione sul retro (per i medicinali senza piano terapeutico, es.: Renagel).

Queste ricette non sono soggette alla quota di compartecipazione⁸ e vengono contabilizzate in fascia "G".

I medicinali a base di ormone somatotropo sono stati esclusi dalla DD e trasferiti in DPC dal 1-1-09 (insieme ai fattori della coagulazione antiemofilici)⁹.

Principio attivo-ATC-Nomi commerciali (in commercio)

Darbepoietina Alfa B03XA02 ARANESP NESPO
Deferoxamina V03AC01

DESFERAL (solo 10f 0,5g)

Dornase Alfa R05CB13(Desossiribonucleasi)
PULMOZYME

Eritropoietina B03XA01 BINOCRIT EPREX
NEORECORMON

Sevelamer V03AE02 RENAGEL

Valganciclovir J05AB06 DARILIN VALCYTE

¹ Accordo 2009-11 tra la Regione e le farmacie per la distribuzione dei farmaci del PHT, in vigore dal 1-1-09 (Decreto Commissariale U2 del 14-1-09), che fa seguito all'analogo Accordo 2007-08 (DGR 918 del 16-11-07); fino al 11-12-07 era in vigore l'Accordo del 2-5-06 ratificato con DGR 425 del 14-7-06.

² DLgs 219/06 (GU SO 21-6-06), art 93 (già DLgs 539/92, art 8, DLgs 178/91, art 16).

³ I medicinali rimborsabili dal SSN sono quelli collocati nelle classi a) dell'art 8, c 10, L. 537 del 24-12-93. Per esclusione tutti i medicinali non mutuabili sono collocati nella classe c). La classe b) è stata soppressa con L. 388/00, art 85, c 1. La classe C è stata poi a sua volta suddivisa, collocando nella classe c-bis) i medicinali senza obbligo di prescrizione che possono essere oggetto di pubblicità al pubblico [OTC] (L 311/04).

⁴ La dispensazione dell'ossigeno liquido in farmacia viene autorizzata solo nelle Asl in cui non sia stata indetta e vinta la gara per la fornitura a prezzi inferiori a quelli di rimborso alla farmacia.

⁵ Il piano terapeutico, su modello predisposto dalla Regione Lazio, viene trasmesso da chi lo redige per il tramite del paziente al medico di medicina generale, ed al settore farmaceutico della Usi di appartenenza del paziente (Note AIFA, determinazione del 29-10-04, GU SO 4-11-04; Circolare regionale 1423230/4A-05 del 7-12-04).

⁶ L 448/98, art 70, c 3; DLgs 219/06, art 158, c 3.

⁷ Per la Distribuzione Diretta come attualmente concepita si parte dalle Note regionali 665/SP del 19-7-06 e 681/SP del 31-7-06, dal 15-9-06; in precedenza nota 150327/4A-05 del 29-12-04; il metadone è stato escluso dalla lista con nota pervenuta il 15-9-06. La DD è stata poi inserita organicamente nel primo Accordo per la distribuzione del PHT del 1-10-07, poi proseguito con l'analogo Accordo 2007-08, tuttora in vigore dal 1-1-09 secondo l'Accordo 2009-11.

⁸ Nota Regionale con procedure applicative del Decreto Commissariale U45-08 del 27-11-08

⁹ I fattori della coagulazione antiemofilici, collocati in principio in DD a causa del loro alto costo, sono poi stati esclusi dalla DD in seguito alla Ordinanza del 22 maggio 2007 del Consiglio di Stato (n. 2235/07, sezione quinta, in sede giurisdizionale per la riforma dell'ordinanza del Tar Lazio sez. I-ter n. 6773/06; nota Regione Lazio del 27-7-07), poi oggetto di specifico provvedimento regionale DGR 171 del 21-3-08, sostanzialmente mai entrato completamente in vigore, infine trasportati in DPC dal 1-1-09 con l'entrata in vigore dell'ultima versione dell'Accordo.

L'Accordo prevede 60 giorni di tempo per lo smaltimento delle scorte, dal 1-1-09, per le strutture pubbliche relativamente all'ormone somatotropo, e per i magazzini di distribuzione (e per le farmacie) relativamente ai fattori della coagulazione antiemofilici.

3) Medicinali sempre in DPC:

- tutti gli altri medicinali della DPC

ALFAFERONE L03AB INTERFERONI
 CASODEX L02BB03 BICALUTAMIDE
 DECAPEPTYL L02AE04 TRIPTORELINA
 ELIGARD L02AE02 LEUPRORELINA
 ENANTONE L02AE02 LEUPRORELINA
 FOSTIMON G03GA04 UROFOLLITROPINA
 GENOTROPIN H01AC01 SOMATOTROPINA
 GONAL-F G03GA05 FOLLITROPINA ALFA
 GONAPEPTYL L02AE04 TRIPTORELINA
 HUMATROPE H01AC01 SOMATOTROPINA
 INTRON-A L03AB INTERFERONI
 IPSTYL H01CB03 LANREOTIDE
 LANTUS A10AE04 INSULINA GLARGINE
 LEVEMIR A10AE05 INSULINA DETEMIR
 LONGASTATINA H01CB02 OCTREOTIDE
 LUVERIS G03GA07 LUTROPINA ALFA
 MENOSON G03GA02 MENOTROPINA
 MEROPUR G03GA02 MENOTROPINA
 NORDITROPIN H01AC01 SOMATOTROPINA
 NUTROPINAQ H01AC01 SOMATOTROPINA
 OMNITROPE H01AC01 SOMATOTROPINA
 PEGASYS L03AB INTERFERONI
 PEGINTRON L03AB INTERFERONI
 PROGRAF L04AA05 TACROLIMUS
 PUREGON G03GA06 FOLLITROPINA BETA
 ROFERON-A L03AB INTERFERONI
 SAIZEN H01AC01 SOMATOTROPINA
 SAMILSTIN H01CB02 OCTREOTIDE
 SANDOSTATINA H01CB02 OCTREOTIDE
 SUPREFACT L02AE01 BUSERELINA
 TALAVIR J05AB11 VALACICLOVIR
 ZEFFIX J05AF05 LAMIVUDINA
 ZELITREX J05AB11 VALACICLOVIR
 ZOLADEX L02AE03 GOSERELINA
 ZOMACTON H01AC01 SOMATOTROPINA

Il medico deve annotare **nelle caselle "tipo ricetta" la sigla "DP"** e il farmacista deve comunque sempre dispensare le confezioni ospedaliere della Regione¹.

Il farmacista è autorizzato a dispensare le confezioni di sua proprietà solo quando i fornitori DP della farmacia ne sono sprovvisti, allegando alla ricetta la stampa-notifica del mancante.

In fondo al testo è riportato un promemoria con gli elenchi alfabetici di tutti i medicinali in DD e DPC.

¹ Le ricette di medicinali in DP devono comunque essere spedite con le confezioni della Regione (se disponibili) anche se il medico non ha compilato con la sigla DP le apposite caselle.

MODALITÀ PRATICHE DEL SERVIZIO DPC²

- La gestione della DPC** deve necessariamente avvenire **tramite le funzioni on-line del sistema (www.webdpc.it/lazio)**, dove devono essere registrati tutti i passaggi della DPC (inserimento ricetta mediante codici, inserimento dati eventuale esenzione, verifica della disponibilità e ordinazione, chiusura e spedizione della ricetta, eventuali resi, contabilizzazione).
- Le confezioni dei medicinali in DPC (di proprietà della Regione) sono **confezioni ospedaliere** con i fustelli annullati, per cui è assolutamente necessaria una gestione separata da quella dei medicinali di proprietà della farmacia.
- Non è ammesso detenere scorte di medicinali della Regione.** Questi devono essere ordinati esclusivamente al momento della presentazione della ricetta, indicando i codici identificativi della ricetta stessa (anche data di prescrizione³ ed eventuale esenzione rilevante per il calcolo della quota di compartecipazione). Se non vengono distribuiti (perché non ritirati, ordinati erroneamente o danneggiati/rotti) devono essere al più presto resi al fornitore.
- I medicinali in DPC, se disponibili, verranno consegnati in farmacia tramite i **magazzini indicati al sistema** (minimo 2, massimo 4), con la prima consegna utile o con quelle immediatamente successive, a seconda che i medicinali siano direttamente disponibili in uno dei magazzini scelti o debbano pervenire dal magazzino "capofila".
- La dispensazione degli stessi medicinali di proprietà della farmacia a carico del SSN è consentita solo allegando alla ricetta **la stampa della notifica del mancante**⁴ (vedi anche ai punti successivi).
- Qualora vengano prescritte due confezioni dello stesso medicinale in DP, e ne sia disponibile una sola confezione, verrà erogata la sola confezione disponibile senza tenere in sospeso la ricetta.
- Qualora vengano prescritti un solo medicinale o due medicinali diversi in DP sulla stessa ricetta, ed almeno uno non sia disponibile, la ricetta potrà essere spedita interamente con i medesimi medicinali di

² Le modalità pratiche del servizio sono state definite nell'Accordo e nelle Circolari Regionali del 9-11 e 23-11-06. Per la tariffazione dei medicinali della DP dispensati con le confezioni della farmacia, la Nota regionale del 17-3-08 è disapplicata dal 1-1-09, in relazione alla applicazione della quota di compartecipazione.

³ Se non viene inserita la data di prescrizione della ricetta viene assunta dal sistema quella del giorno.

⁴ Secondo il regolamento allegato all'Accordo, il farmacista dovrebbe annotare sulla ricetta "prodotto mancante", ma tale norma è disapplicata in quanto la carenza del prodotto è certificata dalla stampa del documento generata dal sistema.

A scanso di equivoci (per problemi momentanei con la stampante) si consiglia di salvare una copia della notifica del mancante (ad es. 'Menù file'-'Salva con nome' oppure stampa su file o come file pdf, assegnando un nome riconoscibile).

proprietà della farmacia a carico del SSN, purché si allegghi la stampa della notifica del mancante fornita dal sistema.

Disposizioni valide per **tutti i medicinali della DPC, siano essi di proprietà della regione distribuiti in DPC oppure di proprietà della farmacia dispensati a carico del SSN:**

- Non possono essere erogati più di **due medicinali della DPC per ricetta** (neanche con esenzione per patologia).
- Qualora sulla medesima ricetta siano prescritti un medicinale della DPC ed un altro diverso (a carico del SSN), l'assistito deve rinunciare a ritirare uno dei due medicinali (a sua scelta).
- Non è ammessa la sostituzione** con altro medicinale corrispondente a norma dell'art. 6 DPR 371/98 (Convenzione SSN), né all'interno della DPC né tra un medicinale fuori dalla DPC ed uno corrispondente all'interno della DPC.
Di conseguenza non si applica in nessun caso l'eventuale differenza con il prezzo di riferimento (per i medicinali di cui esiste l'equivalente, es.: clozapina o risperidone¹).
- È sempre obbligatorio indicare ove previsto la nota AIFA e altre annotazioni stabilite dalla AIC (clozapina e Laponex, vedi) e rispettare eventuali particolari modalità di prescrizione (es.: ormone somatotropo, la ricetta deve avere allegata la copia della prescrizione-piano terapeutico del centro specialistico autorizzato).

Le ricette della DPC dispensate a carico del SSN con allegata la notifica della "non disponibilità" del prodotto e gli antipsicotici ed i fattori entiemofili con la dicitura "URGENTE", vengono contabilizzate in coda alla fascia di competenza, come tutte le altre ricette del SSN soggette alla quota di compartecipazione².

Le ricette della DPC possono essere contabilizzate tramite il sistema nei primi 10 giorni dei mesi successivi a quello di spedizione (con l'eccezione del periodo delle ferie estive). Gli importi dovuti per il servizio di distribuzione, indicati nella distinta contabile emessa dal sistema, si riportano al **rigo 19-bis della DCR** (Distinta Contabile Riepilogativa delle ricette del SSN).

Giancarlo Fogliani
web: farmaciafogliani.it
Ultima revisione: 3 febbraio 2009

¹ Clozapina e risperidone, in quanto presenti nella lista di trasparenza regionale, in DPC non sono soggetti né a differenza col prezzo di riferimento né a quota di compartecipazione.

² Fax n. 10 del 21-1-09 di Federfarma-Roma.

MEDICINALI PARTICOLARI

ELENCO ALFABETICO DEI PRINCIPI ATTIVI E DESCRIZIONI.

Alprostadil (Caverject, nota 75; Prostin-VR Viridal): RR, nella ricetta il medico deve dichiarare di aver fornito al paziente tutte le informazioni sulle dosi, effetti collaterali e modalità tecniche necessarie per una utilizzazione informata del prodotto.

Anoressizzanti: vedi nel seguito (parte seconda).

Antivirali ospedalieri impiegati nella terapia dell'infezione da HIV (foscarnet: Foscavir; ganciclovir: Citovirax Cymevene; nevirapina: Viramune; zalcitabina: Hivid, etc. ...): medicinali ospedalieri esitabili anche in farmacia a carico del SSN, su prescrizione di centro ospedaliero autorizzato³ (vedi parte 5, pagina 5-12).

Atomoxetina (Strattera): RNRL su diagnosi e piano terapeutico dei Centri Specialistici di riferimento⁴. Duplice via di distribuzione (PHT).

Buprenorfina (DPR 309/90, tab II-A, All. III-bis: Temgesic Transtec, Triquisic): RMR⁵.

Cabergolina indicato nella malattia di Parkinson (Cabaser): RNR, può essere prescritto dal medico di famiglia solo in base alla diagnosi e piano terapeutico di specialista neurologo neuropsichiatra geriatra psichiatra, di durata massima di 6 mesi⁶.

Cinacalcet (Mimpara Parareg): RRL di centri ospedalieri o specialisti (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia). Duplice via di distribuzione (PHT).


³ DM 17-5-96.

⁴ Diagnosi e piano terapeutico (PT) devono essere effettuati dai centri specialistici, individuati dalle regioni e province autonome di Trento e Bolzano (centri di riferimento), coordinandosi con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, i medici pediatri di libera scelta o il medico di medicina generale che ha il paziente tra i propri assistiti; i centri regionali di riferimento sono tenuti a trasmettere allo Istituto superiore di sanità i dati previsti dal "Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD" (Det Aifa 19-4-07, GU 24-4-07).

Nel Lazio i centri abilitati all'elaborazione del PT sono stati individuati con DGR 2678 del 26-7-07.

⁵ Le limitazioni del DM 4-5-87 sono state definitivamente abrogate con DM 4-4-2003, con possibilità di prescrivere fino a trenta giorni di terapia.

⁶ Det. AIFA 12-4-07 GU 19-4-07. Il farmacista non è tenuto ad alcuna formalità di verifica del piano terapeutico né ad allegarne copia alla prescrizione.

■ **Clozapina** (Clozapina generico, Leponex): **DPC** (con procedura urgente ). RNRL, prescrizione riservata a centri ospedalieri e dipartimenti di salute mentale, da parte di specialisti psichiatri o neuropsichiatri (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia), con attestazione¹ dell'esecuzione (settimanale per le prime 18 settimane e mensile successivamente) della conta e della formula leucocitaria e la compatibilità dei valori riscontrati con l'inizio, la prosecuzione o la ripresa del trattamento².

■ **Darbepoietina** (Aranesp Nespo nota 12) RNRL **Distribuzione diretta**. Prescrizione di centri ospedalieri o di specialista nefrologo internista oncologo pediatra (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia). Allegare alla prescrizione SSN **copia vidimata** e numerata **dalla Asl del piano terapeutico**

Diazossido (Proglidem): per esclusivo uso di enti ospedalieri e case di cura e, a dimissione avvenuta, su indicazione ospedaliera.

Didanosina (Videx): RRL di centro ospedaliero autorizzato (vedi pag 5.8).

■ **Donepezil** (Aricept, Memac, nota 85): RNRL di specialista esperto nella gestione della demenza di Alzheimer (psichiatra, neurologo, geriatra, internista, ...). (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

■ **Dornase alfa** (Pulmozyme) **Distribuzione diretta**. RRL, medicinale ospedaliero esitabile anche in farmacia a carico del SSN per la terapia della fibrosi cistica, con prescrizione di specialisti operanti presso i centri specializzati. Allegare alla prescrizione SSN **copia vidimata** e numerata **dalla Asl del piano terapeutico**

■ **Eritropoietina** (epoietina: Binocrit Eprex Eritrogen Mircera Neorecormon) RNRL³. **Distribuzione diretta**. Prescrizione di centri ospedalieri o di specialista nefrologo ematologo internista oncologo chirurgo (=specialista di chirurgia generale⁴) anestesiolemotrasfusionista pediatra⁵ (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia). Allegare alla prescrizione SSN **copia, vidimata** e autorizzata **dalla Asl, del piano terapeutico**


¹ La attestazione è necessaria anche sulla ricetta SSN trascritta dal medico di famiglia, nota Min San 800/DG/B/81 del 16-01-2001.

² DM 7-3-95; DM 15-1-96 (con rettifica sulla GU del 21-1-96); telefax del Min San a Federfarma del 9-4-96.

³ DM 22-12-98 (GU 20-1-99).

⁴ Nota Min San n. 800/DG/271/A13 del 10-3-99.

⁵ DM 4-2-99 (GU 10-2-99).

Fattore antiemofilico monoclonale (Hemofil M). **DPC** (con procedura urgente ). A tutela dell'anonimato la ricetta SSN può riportare le sole iniziali del paziente.

Felbamato (Taloxa): RRL di centri specialistici pediatrici neurologici neuropsichiatrici, e di centri ospedalieri.

■ **Filgrastim** (Granulokine Neupogen, nota 30): RRL di specialista oncologo-ematologo-centro ospedaliero (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

Flunitrazepam (DPR 309/90, tab II-A⁶: Roipnol Darkene Valsera, 10 cp da 1 mg) RMR (terapia massima di 30 giorni, deve essere prescritto da solo perché non fa parte dell'Allegato III-bis). Non mutuabile (classe C).

■ **Follitropina** (Gonal-F Puregon, nota 74): **Distribuzione Per Conto**, RRL di centri ospedalieri o di specialisti⁷ (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

■ **Follitropina alfa-lutropina alfa** (Pergoveris, nota 74): RRL, il trattamento deve essere iniziato sotto la supervisione di un medico esperto nel trattamento dell'infertilità⁸.

■ **Galantamina** (Reminyl, nota 85): RNRL di specialista esperto nella gestione della demenza di Alzheimer (psichiatra, neurologo, geriatra, internista, ...). (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

Ganirelix (Orgalutran, ormone antigonadotropina): RRL di specialista autorizzato, classe C.

■ **Imiquimod** per uso dermatologico (Aldara) RRL di centri ospedalieri o di specialisti (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

■ **Interferoni iniettabili** (Alfaferone Intron-A Pegasys Pegintron Roferon): **Distribuzione Per Conto**; RRL di centro universitario-ospedaliero (non necessario in regime di SSN). Secondo le **limitazioni stabilite per la DPC**, anche in caso di esenzione per patologia è possibile spedire due sole confezioni a ricetta⁹. (*Avonex Betaferon Rebif: nota 65, prescritti e dispensati da parte di centri ospedalieri specializzati*).

⁶ Le precedenti limitazioni previste dal DM 10-7-92 sono state abrogate dal DM 28-6-06 (GU 12-7-06).

⁷ I centri pubblici e privati del Lazio autorizzati a prescrivere i medicinali per il trattamento dell'infertilità maschile e femminile soggetti alla nota 74, sono elencati nella Circolare Regionale n. 5 del 29/02/00.

⁸ Come la nota precedente.

⁹ Le disposizioni regionali relative alla DPC rendono non applicabile la L. 405/01 (DL. 347/01, art 9, possibilità di erogare 6 confezioni per ricetta).

Isotretinoina orale (Aisoskin Isoriac Roaccutan e generico): RNRL di specialista dermatologo¹. L'uso è consentito esclusivamente nell'ambito del Programma di prevenzione del rischio teratogeno²: la prescrizione - certificazione³, non ripetibile, ha **validità sette giorni** dalla data di emissione (o se presente e diversa, dalla data di certificazione) e deve indicare chiaramente la posologia⁴, in relazione alla quale la quantità dispensata **non può superare i 30 (trenta) giorni di terapia**.

Il farmacista dispensa l'isotretinoina orale secondo il programma di prevenzione del rischio teratogeno⁵, richiedendo ai pazienti di riconsegnare in farmacia le dosi di farmaco non utilizzate al termine della terapia, al fine di un corretto smaltimento⁶.

▣ **Lenograstim** (Granocyte Myelostim, nota 30): RRL di specialista oncologo-ematologo-centro ospedaliero (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

¹ Det. AIFA del 16-11-07 (GU 1-12-07), dal 9-12-07. Federfarma ha chiesto chiarimenti al Ministero circa la prescrivibilità a carico del SSN da parte del medico di medicina generale (nota del 5-12-07), evidenziando tra l'altro che in genere non è prevista nella compilazione del modello SSN l'indicazione della specializzazione del medico, e che le farmacie daranno corso alla spedizione delle ricette in regime di SSN redatte dal medico di famiglia. La richiesta non ha avuto alcuna risposta pertanto la situazione risulta a tutt'oggi non ben definita. Alcune Regioni hanno preso l'iniziativa permettendo la prescrizione a carico del SSN quando si allega copia della prescrizione dello specialista autorizzato; in altre regioni, come nel Lazio, le farmacie danno regolarmente corso alle prescrizioni del medico di famiglia, in base alla nota di Federfarma, senza che ci siano state contestazioni per il rimborso di queste ricette da parte del SSN.

² Det. AIFA del 28-10-05 (GU SO 9-11-05), dal 24-11-05. Le stesse modalità devono essere applicate anche nel caso di pazienti di sesso maschile.

³ La prescrizione rappresenta per le pazienti femminili anche la certificazione dello stato di non gravidanza e della copertura contraccettiva, e comporta la firma della paziente presso il medico dell'apposito Modulo di informazione e consenso informato. Inoltre, secondo una nota dell'AIFA del 9-2-07 inviata alla Federfarma, il medico è tenuto ad indicare specificamente le due date (di certificazione e di prescrizione) anche quando coincidenti, senza peraltro che tale indicazione sia definita nei riguardi del farmacista come vincolante per la spedizione.

⁴ La posologia dovrebbe essere espresse come dose giornaliera in mg/kg, riferita al peso totale del soggetto; in ogni caso per il farmacista è sufficiente l'indicazione della posologia, che consente di verificare che il fabbisogno del farmaco non superi i 30 giorni.

⁵ Il farmacista dovrebbe ricordare ai pazienti di entrambi i sessi di non condividere la terapia con altre persone e non donare il sangue

⁶ Le farmacie potranno smaltire le dosi riconsegnate dai pazienti tramite il servizio di raccolta differenziata dei rifiuti effettuato da parte del comune (Circolare Federfarma 508-05).

▣ **Lutropina alfa** (Luveris, nota 74): **Distribuzione Per Conto**, RRL di centri ospedalieri o di specialisti⁷ (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia). Duplice via di distribuzione (PHT).

Memantina cloridrato (Ebixa) RRL non mutuabile (classe C) prescrizione di specialista esperto nella gestione del morbo di Alzheimer.

Metadone (DPR 309/90 tab II-A, All.III-bis; medicinale obbligatorio, Eptadone e galenico) RMR⁸ (dosi max tab 8 FU⁹: analgesia 0.01g/dose, 0.08g/die; terapia sostitutiva in tossicodipendenza¹⁰ solo os 0,12 g/die).

▣ **Metilfenidato** (Ritalin, DPR 309/90, tab II-A) RMR su diagnosi e piano terapeutico dei Centri Specialistici di riferimento¹¹. Duplice via di distribuzione (PHT).

Modafinil: (Provigil) RRL di specialista neurologo.

▣ **Molgramostim** (Leucomax Mielogen, nota 30): RRL di specialista oncologo ematologo infettivologo o centro ospedaliero (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

⁷ I centri pubblici e privati del Lazio autorizzati a prescrivere i medicinali per il trattamento dell'infertilità maschile e femminile soggetti alla nota 74, sono elencati nella Circolare Regionale n. 5 del 29/02/00.

⁸ La prescrizione come analgesico nel trattamento del dolore consente di indicare una terapia massima di 30 giorni a carico del SSN, mentre la prescrizione nel trattamento di disassuefazione dalla tossicodipendenza è a carico del SSN limitatamente a 2 confezioni o 3 con esenzione per patologia (eventualmente riconoscibile dall'indicazione del codice di patologia 014 o perché la prescrizione proviene dal Sert), e deve essere effettuata da parte del medico nel rispetto del piano terapeutico predisposto da struttura pubblica o privata autorizzata (ma il farmacista non ha il compito di verificare). DPR 309/90, Allegato III-bis; Circolare Min San n.9 del 8-6-2001 (GU 18-6-2001); Legge 49/06; nota UCS del 16-2-08.

⁹ Le dosi di tab. 8 FU, come specificato nella nota con asterisco alla tabella stessa, non sono vincolanti per i medicinali autorizzati.

¹⁰ DPR 171/93; Circolare 20/94 (GU 14-10-94).

¹¹ Diagnosi e piano terapeutico (PT) devono essere effettuati dai centri specialistici, individuati dalle regioni e province autonome di Trento e Bolzano (centri di riferimento), coordinandosi con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, i medici pediatri di libera scelta o il medico di medicina generale che ha il paziente tra i propri assistiti; i centri regionali di riferimento sono tenuti a trasmettere all'Istituto superiore di sanità i dati previsti dal "Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD" (Det Aifa 19-4-07, GU 24-4-07).

Nel Lazio i centri abilitati all'elaborazione del PT sono stati individuati con DGR 2678 del 26-7-07.

■ **Ormone Somatotropo** (somatropina, nota 39: Genotropin Humatrope Norditropin Nutropinaq Omnitrope Saizen Zomacton)
Distribuzione Per Conto della Regione.
RNRL rilasciata da centri autorizzati¹ (nel Lazio, vedi pag 5.7). La prescrizione SSN può essere trascritta dal medico di famiglia e spedita in farmacia **allegando copia del piano terapeutico emesso da centro specialistico autorizzato².**

Ossigeno terapeutico liquido: la ricetta SSN deve essere accompagnata dalla **autorizzazione** (copia conforme della prescrizione/piano terapeutico della struttura ospedaliera), vidimata e rilasciata dalla USL³ in numero di copie numerate sufficienti per la terapia prescritta⁴. Verificare la validità temporale della prescrizione originale-piano terapeutico⁵. (vedi anche pag 4.3).

■ **Pegfilgrastim** (Neulasta Neupopeg, nota 30-bis): RRL di specialista -centro ospedaliero (non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia).

Pentamidina (Pentacarinat Pneumopent) RRL di struttura pubblica autorizzata.

Pergolide (Nopar, Pergolide) RNRL, può essere prescritto dal medico di famiglia solo in base alla diagnosi e piano terapeutico di specialista neurologo neuropsichiatra geriatra psichiatra, di durata max. 6 mesi⁶.

Pimecrolimus (Elidel crema) RRL di centri ospedalieri o di specialisti. Non mutuabile (classe C).

Polistirene sulfonato di sodio (Kayexalate)
 RRL da parte di centri ospedalieri o specialisti in medicina interna o nefrologia o cardiologia⁷.

¹ Circolare 14 del 22-6-94.

² La copia del piano terapeutico in corso di validità può anche non essere vidimata (e autorizzata) dalla Asl, comunicato nel Fax Assiprofar 5-09 del 14-1-09 (accordo per le vie brevi con la Regione Lazio).

³ La dispensazione dell'ossigeno liquido in farmacia viene autorizzata solo nelle Asl in cui non sia stata indetta e vinta la gara per la fornitura a prezzi inferiori a quelli di rimborso alla farmacia.

⁴ Per le disposizioni regionali vedi la Circolare 44/96.

⁵ Sei mesi secondo il DLgs 219/06, art 88, oppure secondo disposizioni regionali: tre mesi se specificato (Telegramma n.5015/55 del 6-10-92). Dal 31-8-07 con nota Prot. 92391 è stata ufficializzata l'estensione a 6 mesi della validità del piano terapeutico. La validità decorre di norma dalla data di prescrizione, ma con specifica indicazione può essere estesa a decorrere dalla data di autorizzazione.

⁶ Det. AIFA 12-4-07 (GU 21-4-07). Il farmacista non è tenuto ad alcuna formalità di verifica del piano terapeutico né ad allegarne copia alla prescrizione.

⁷ Per Kayexalate è stata comunque indicata da Federfarma-Roma la possibilità di dare corso alle prescrizioni del medico di famiglia a carico del SSN, con

■ **Rivastigmina** (Exelon Prometax, nota 85): RNRL di specialista esperto nella gestione della demenza di Alzheimer (psichiatra, neurologo, geriatra, internista, ...), non necessario se la prescrizione SSN è redatta dal medico di famiglia.

Tacrolimus per uso dermatologico (Protopic): RRL di centri ospedalieri o di specialisti.
 Non mutuabile (classe C).

Tetrabenazina (Xenazina) RRL di centri ospedalieri o specialisti⁸.

Zarontin cps (etosuccimide): *la richiesta a carico del SSN deve essere esaudita con la consegna del medicinale equivalente Petinimid, non registrato in Italia⁹. Petinimid deve essere ordinato ai magazzini Comifar oppure Alleanza¹⁰ mediante invio per fax della ricetta (oscureta del nome del paziente, con data e timbro della farmacia¹¹), in quantità non superiore ad una confezione per ricetta¹².*

Petinimid viene fornito entro 24 ore alla farmacia a titolo gratuito, e quindi al paziente senza alcun compenso, accompagnato dal foglietto illustrativo in lingua Italiana.

Zidovudina (Retrovir): RRL di strutture pubbliche autorizzate¹³ (nel Lazio, vedi pag 5.12).

A tutela dell'anonimato la ricetta SSN può riportare le sole iniziali del paziente.

Legenda - Abbreviazioni utilizzate:

RMR=ricetta a ricalco; RRL=ricetta limitativa ripetibile
 RNRL=ricetta limitativa non ripetibile.

■ =medicinali prescrivibili in regime SSN solo su **diagnosi e piano terapeutico** (posologia e durata del trattamento) di centri specializzati universitari o delle aziende sanitarie. La prescrizione è comunque possibile sul territorio da parte del **medico di famiglia**.

una interpretazione analoga a quella relativa all'isotretinoina orale (vedi).

⁸ Nell'AIC non viene specificato che tipo di specializzazione si richiede.

⁹ Le misure straordinarie previste dall'Aifa sono state concordate con la Pfizer per non far mancare il farmaco "salvavita" ai pazienti epilettici che ne fanno uso, pur essendone cessata la produzione (la forma in sciroppo rimane comunque in commercio). L'Aifa ha autorizzato l'importazione e la distribuzione di Petinimid, privo di AIC italiana (Det. Aifa del 19 e 30 luglio 07, Comunicato AIFA n.62 del 17-7-07).

¹⁰ Magazzini distributori per conto della Pfizer a titolo gratuito, anche a farmacie che non sono clienti abituali (Comifar 06.41481415; Alliance 800.066388).

¹¹ Così stabilito da Federfarma per evitare fenomeni di accaparramento.

¹² Una confezione di Petinimid corrisponde a due di Zarontin per via del numero doppio di cps.

¹³ La prescrizione a carico del SSN deve provenire in originale da struttura pubblica autorizzata (a seguito della revisione delle note Cuf del 22-12-2000, Retrovir non è più soggetto a nota limitativa, e neppure a diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati).

DOPING: SOSTANZE VIETATE¹.

Le specialità medicinali in cui è presente un principio attivo che può avere effetto dopante dovranno essere ben identificabili mediante apposito bollino presente sulla confezione, ed idonee avvertenze speciali sul foglietto illustrativo.

I principi attivi indicati qui nel seguito, vietati per doping, se prescritti a scopo terapeutico ammesso in **preparati galenici estemporanei** richiedono ricetta non ripetibile², ad eccezione dei preparati ad uso topico di diuretici e stimolanti (vedi nel seguito).

La documentazione dell'allestimento dei preparati magistrali con un principio attivo vietato per doping (escluso l'alcool etilico, il mannitolo non endovena e i corticosteroidi per uso topico), cioè le ricette o i fogli di lavorazione in originale o in copia, deve essere conservata fino al 31 luglio dell'anno successivo³.

¹ L 376/2000, disciplina antidoping (GU 18-12-2000); DM 15-10-2002 (GU SO 27-11-2002); DM 10-7-03 (GU SO 24-9-03); DM 19-5-05 e DM 13-4-05 (GU SO 3-6-05); DM 3-2-06 (GU SO 14-2-06); DM 24-10-06 (GU 30-12-06); DM 24-1-07 (GU 1-3-07).

In ogni principio attivo indicato come sostanza vietata per doping sono compresi i suoi sali, esteri, complessi e stereoisomeri qualora abbiano attività farmacologica vietata. La Commissione istituita ai sensi dell'art. 3 della legge 376/2000 provvede all'aggiornamento periodico della lista delle sostanze dopanti, inserendovi le sostanze di cui abbia accertato l'affinità farmaco-tossico-dinamica.

Specificamente sono indicati anche i principi attivi vietati per cui attualmente non sia stata rilasciata alcuna autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinale.

Per i medicinali per uso esterno, dermatologico, oculistico, rinologico ed odontostomatologico, compresi quelli contenenti sostanze vietate appartenenti alla classe S5 e S6, è vietata un'assunzione diversa da quella prevista dall'AIC.

Per i soggetti in età pediatrica che svolgono attività sportiva è vietato l'impiego di farmaci per i quali l'AIC non prevede l'uso pediatrico.

L'uso terapeutico da parte di un atleta di un medicinale vietato per doping richiede la notifica scritta compilata da uno specialista o dal medico sociale attestante che l'atleta soffre di asma e/o di asma indotta da esercizio fisico o da diabete, la quale notifica dovrà essere inviata alla Federazione sportiva di appartenenza e da questa custodita.

² Salvo l'applicazione di norme più restrittive. La validità per la spedizione delle ricette non ripetibili di preparazioni estemporanee, come previsto dalla tab 5 FU, è di 3 mesi (DM 19-5-05).

La prescrizione mediante RNR di molte delle sostanze indicate è del tutto ipotetica, infatti tra gli stimolanti e i narcotici alcuni non possono essere comunque prescritti (vedi anoressizzanti centrali), e molti appartengono alla tabella II del DPR 309/90.

³ Il termine di conservazione della documentazione è correlato con il termine di trasmissione dei dati al Ministero, che è il 31 gennaio.

L'etichetta del preparato allestito dal farmacista [ad eccezione dei preparati ad uso topico di diuretici e stimolanti, vedi oltre] deve riportare la frase:

«Per chi svolge attività sportiva: l'uso del farmaco senza necessità terapeutica costituisce doping e può determinare comunque positività ai test anti-doping».

I preparati contenenti **alcool etilico**⁴, eccetto quelle per uso topico⁵, devono riportare in etichetta la frase:

«Per chi svolge attività sportiva: questo preparato contiene alcool etilico e può determinare positività ai test antidoping».

Preparati magistrali **per uso topico**⁶ (dermatologico, oculistico, rinologico, odontostomatologico e *auricolare*), tra i quali anche a base di sostanze appartenenti alle classi S5-Diuretici e agenti mascheranti e S6-Stimolanti (*indicate in carattere corsivo nell'elenco*) possono essere prescritti con ricetta ripetibile e devono riportare sull'etichetta la frase:

«Attenzione per chi svolge attività sportive: il prodotto contiene sostanze vietate per doping. È vietata una assunzione diversa, per schema posologico e per via di somministrazione, da quelle prescritte»

TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO.

I farmacisti sono tenuti⁷ a trasmettere entro il 31 gennaio di ogni anno al Ministero della salute i dati riferiti all'anno precedente relativi alle quantità utilizzate e vendute di ogni singolo principio attivo⁸, compilando l'apposito modulo in formato elettronico xls (modelloSVDnn.xls) e inviandolo via @-mail a preparazioni.doping@sanita.it.

⁴ L'alcool etilico, pur essendo una sostanza vietata, non è indicato nell'elenco dei principi attivi vietati in quanto presente solo come eccipiente.

⁵ DM 10-3-06 (GU 27-4-06) che modifica il DM 19-5-05

⁶ DM 19-5-05, art 3, comma 3. Le preparazioni magistrali per uso topico a base di corticosteroidi (uso cutaneo, oftalmico, auricolare, nasale ed orofaringeo), non sono soggette a trasmissione dei dati al Ministero e non sono proibite per doping secondo l'allegato II del DM 24-1-07.

⁷ DM 24-10-06 (GU 30-12-06), in relazione al file xls e relative istruzioni, presenti sul sito del Ministero della Salute.

⁸ Non sono soggetti a trasmissione dei dati: l'alcool etilico (è un eccipiente e non un principio attivo), il mannitolo per uso diverso da quello endovenoso e i corticosteroidi per uso topico (cutaneo, oftalmico, auricolare, nasale ed orofaringeo).

CATEGORIE DI SOSTANZE VIETATE

S1 AGENTI ANABOLIZZANTI:

Steroidi anabolizzanti androgeni, singoli e in associazione; Altri.

S2 ORMONI E SOSTANZE CORRELATE:

Gonadotropine - derivati e complessi; Antigoadotropine e derivati; Corticotropine e derivati; Somatotropina e fattori di rilascio; Ormoni liberatori delle gonadotropine; Eritropoietine - derivati e complessi; Insulina umana - derivati e complessi; IGF1 - derivati e complessi, ivi compresi i Mechano Growth Factors; Inibitori della testosterone-5- α reduttasi.

S3 BETA-2 AGONISTI:

Altri agenti anabolizzanti - Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici, singoli e in associazione.

S4 AGENTI con ATTIVITÀ ANTIESTROGENICA:

Inibitori della aromatasi; Modulatore selettivo dei recettori per gli estrogeni; Altri antiestrogeni.

S5 DIURETICI E AGENTI MASCHERANTI:

Diuretici osmotici; Tiazidi; Sulfonamidi; Derivati dell'acido arilossiacetico; Altri diuretici ad azione diuretica maggiore; Antagonisti dell'aldosterone; Diuretici risparmiatori di K, singoli e in associazione; Preparati favorevoli l'escrezione di acido urico: Inibitori dell'anidrasi carbonica; Plasma expanders.

Le categorie da S1 a S5 sono proibite in gara e fuori gara.

S6 STIMOLANTI:

Inibitori della monoaminoossidasi di tipo B; Simpaticomimetici, singoli e in associazione; Agonisti dei recettori α - e β -adrenergici, singoli e in associazione; Adrenergici e dopaminergici; Altri simpaticomimetici, singoli e in associazione.

S7 NARCOTICI.

S8 Derivati della Cannabis sativa e indica.

S9 CORTICOSTEROIDI

[non soggetti a trasmissione dati in caso di preparati per uso topico (cutaneo, oftalmico, auricolare, nasale ed orofaringeo)].

Le categorie dal S1 a S9 sono proibite solo in gara.

P1 Alcool etilico

[non soggetto a trasmissione dati]

P2 BETABLOCCANTI.

Le categorie P1 e P2 sono proibite solo in particolari sport.

Nota Bene:

Bupropione, caffeina, fenilefrina, fenilpropanolamina, pipradrolo, pseudoefedrina, sinefrina, sono state inserite nel programma di monitoraggio 2006, ma non sono considerate sostanze proibite.

¹ L'elenco è allegato al file di istruzioni per la trasmissione dei dati di gennaio 2009.

SOSTANZE VIETATE PER DOPING: LISTA UFFICIALE¹

Le quantità utilizzate nella preparazione di medicinali allestiti in farmacia devono essere trasmesse al Ministero della Salute (DM 24-10-06, GU 30-12-06).

Sostanza (in ordine alfabetico) Sigla classe

18- α -omo-17 β -idrossiestr-4en-3one S1
 19-norandrostenediolo (bolandiolo; 3 β -idrossi-estr-4-ene-17 β -olo) S1
 19-norandrostenedione (estr-4-ene-3,17-dione) S1
 19-norandrosterone (3 α -idrossi-5 α -estran-17-one) S1
 19-noreticolanalone (3 α -idrossi-5 β -estran-17-one) S1
 19-nortestosterone (nandrolone; 17 β -idrossi-estr-4-ene-3-one) S1
 1-androstendiolo (5 α -androst-1-ene-3 β ,17 β -diolo) S1
 1-androstendione (5 α -androst-1-ene-3,17-dione) S1
 1-testosterone (delta1-diidro-testosterone; 17 β -idrossi-5 α -androst-1-ene-3-one) S1
 3 α -idrossi-5 α -androstan-17-one S1
 3 β -idrossi-5 α -androstan-17-one S1
 4-androstenediolo (3 β ,17 β -diidrossi-androst-4-ene) S1
 4-idrossitestosterone (4,17 β -diidrossi-androst-4-ene-3-one) S1
 5 α -androstane-3 α ,17 α -diolo S1
 5 α -androstane-3 α ,17 β -diolo S1
 5 α -androstane-3 β ,17 α -diolo S1
 5 α -androstane-3 β ,17 β -diolo S1
 5-androstenedione (androst-5-ene-3,17-dione) S1
 acebutololo P2
 acetazolamide S5
 acido etacrinico S5
 ACTH (vedi "tetracosactide") S2
 adrafinil S6
 adrenalina S6
 albumina S5
 alcol P1
 alfentanil S7
 alprenololo P2
 altre insuline di origine animale o di sintesi S2
 altri derivati e complessi dell'eritropoietina S2
 amfepramone (diethylpropione) S6
 amfetamine S6
 amfetaminil S6
 amido idrossietilato (etamido-HES) S5
 amifenazolo S6
 amiloride S5
 amineptina S6
 aminoglutetimide S4
 anastrozolo S4
 androst-4-ene-3 α ,17 α -diolo S1
 androst-4-ene-3 α ,17 β -diolo S1
 androst-4-ene-3 β ,17 α -diolo S1
 androst-5-ene-3 α ,17 α -diolo S1
 androst-5-ene-3 α ,17 β -diolo S1
 androst-5-ene-3 β ,17 α -diolo S1
 androstenediolo (androst-5-ene-3 β ,17 β -diolo) S1
 androstenedione (androst-4-ene-3,17-dione) S1
 atenololo P2
 bambuterolo S3
 beclometasone S9
 befunololo P2
 bendroflumetiazide S5
 benzfetamina S6
 benzilpiperazina S6
 benzotiazide S5
 betametasona S9
 betaxololo P2
 bevantololo P2
 bisoprololo P2
 bitolterolo S3
 bolasterone (7 α ,17 α -dimetil-androst-4-ene-17 β -olo) S1
 boldenone (17 β -idrossi-androsta-1,4-diene-3-one) S1

boldione (androsta-1,4-diene-3,17-dione) S1	eritropoietina omega S2
bopindololo P2	eroina (vedi "diamorfina") S7
brinzolamide S5	esmololo P2
bromantan S6	etamivan S6
budesonide S9	etilamfetamina S6
bumetanide S5	etilefrina S6
bunololo P2	etilestrenolo (17 α -etil,17 β -idrossi-estr-4-ene) S1
bupranololo P2	etozolina S5
buprenorfina S7	exemestan S4
buserelina S2	famprofazone S6
butizide S5	fenbutrazato S6
butorfanolo S7	fencamfamina S6
calusterone (17 β -idrossi-7 β ,17 α -dimetil-androst-4-ene-3-one) S1	fencamina S6
canrenone S5	fendimetrazina S6
carfedon (4-fenilpiracetam) S6	fenetillina S6
carteololo P2	fenfluramina S6
carvedilolo P2	fenmetrazina S6
catina (Nota: positività ai tests per concentrazioni di catina nelle urine superiori a 5 mcg/ml S6)	fenoldopam S6
celiprololo P2	fenoterolo S3
cetrorelix S2	fenprometamina S6
chinetazone ("vedi quinetazone") S5	fenproporex S6
ciclazodone S6	fenquizone S5
ciclofenil S4	fentanil S7
clenbuterolo S1	fentermina S6
clenbuterolo S3	finasteride S2
clobenzorex S6	fludrocortisone S9
cloßsone S9	flunisolide S9
clomifene S4	fluocinolone S9
cloranololo P2	fluorometolone S9
clorotiazide S5	fluossimesterone (9 α -fluoro-17 α -metil-11 β ,17 β -diidrossi-androst-4-ene-3-one) S1
clortalidone S5	fluprednisone S9
clostebol S1	fluticasone S9
cocaina S6	foledrina S6
cortisone S9	follitropina α S2
cropropamide S6	follitropina β S2
crotetamide S6	formebolone (2-formil-11 α ,17 β -diidrossi-17 α -metil-androsta-1,4-diene-3-one) S1
danazolo S2	formestan S4
darpoietina S2	formocortal S9
deflazacort S9	formoterolo S3
deidroclormetiltestosterone (4-cloro-17 β -idrossi-17 α -metil-androsta-1,4-diene-3-one) S1	fulvestran S4
deidroepiandrosterone (dhea; 3 β -idrossi-androst-5-ene-17-one) S1	furazabol (17 β -idrossi-17 α -metil-5 α -androstan[2,3-c]-furan) S1
delta1-androstene-3,17-dione (5 α -androst-1-ene-3,17-dione) S1	furfenorex S6
delta1-androstenediolo (5 α -androst-1-ene-3 β ,17 β -diolo) S1	furosemide S5
delta-9-tetraidrocannabinolo (delta9THC) S8	ganirelix S2
desametasona S9	gestrinone S2
desonide S9	gonadorelina S2
desossicortone S9	gonadotropina corionica (hCG) S2
desossimetiltestosterone (17 α -metil-5 α -androst-2-ene-17 β -olo) S1	goserelina S2
destrano S5	hCG (vedi "gonadotropina corionica") S2
destromoramide S7	hGH (vedi "somatropina") S2
DHEA (vedi "deidroepiandrosterone") S1	ibopamina S6
diamorfina (eroina) S7	idroclorotiazide S5
diclofenamide S5	idroclortisone S9
diidrotestosterone (17 β -idrossi-5 α -androstan-3-one) S1	idroflumetiazide S5
dimetilamfetamina S6	idromorfone S7
dimetofrina S6	IGF-1 S2
dobutamina S6	indapamide S5
dopamina S6	indenololo P2
dronabinol S8	Inibitori della miostatina S4
drostanolone (2 α -metil-17 β -idrossi-5 α -androstan-3-one) S1	insulina aspart S2
dutasteride S2	insulina detemir S2
efedrina S6	insulina glulisina S2
epanololo P2	insulina lispro S2
epi-diidrotestosterone (17 α -idrossi-5 α -androstan-3-one) S1	insulina umana glargine S2
epitestosterone (17 α -idrossi-androst-4-ene-3-one) S1	insulina umana isofano S2
eptaminolo S6	insulina umana S2
eritropoietina α S2	insulina zinco-umana S2
eritropoietina β S2	isometeptene S6
eritropoietina delta S2	isoprenalina S6
eritropoietina gamma S2	istrelina S2
	labetalolo P2
	letrozolo S4

leuprorelina S2
 levobunololo P2
 LH S2
 lutropina α S2
 mannitolo S5
 meclofenoxato S6
 mefenorex S6
 mefentermina S6
 menotropina S2
 mersalile S5
 mesocarbo S6
 mestanolone (17 α -metil-17 β -idrossi-5 α -androstan-3-one) S1
 mesterolone (1 α -metil-17 β -idrossi-5 α -androstan-3-one) S1
 metadone S7
 metamfetamina S6
 metandienone (17 β -idrossi-17 α -metil-androsta-1,4-diene-3-one) S1
 metandriolo (3 β ,17 β -diidrossi-17 α -metil-androst-5-ene) S1
 metasterone (2 α ,17 α -dimetil-17 β -idrossi-5 α -androstan-3-one) S1
 metenolone (1-metil-17 β -idrossi-5 α -androst-1-ene-3-one) S1
 metil-1-testosterone (17 β -idrossi-17 α -metil-5 α -androst-1-ene-3-one) S1
 metilamfetamina S6
 metilclortiazide S5
 metildienolone (17 β -idrossi-17 α -metil-estra-4,9-diene-3-one) S1
 metilefedrina S6
 metilendiossiamfetamina S6
 metilendiossimetamfetamina S6
 metilfenidato S6
 metilnortestosterone (17 β -idrossi-17 α -metil-estr-4-ene-3-one) S1
 metilprednisolone S9
 metiltosterone S1
 metiltrienolone (17 β -idrossi-17 α -metil-estra-4,9,11-triene-3-one) S1
 metipranololo P2
 metolazone S5
 metoprololo P2
 metossifenamina S6
 mibolerone (7 α ,17 α -dimetil-17 β -idrossi-estr-4-ene-3-one) S1
 midodrina S6
 modafinil S6
 mometasone S9
 morfina S7
 nabilone S8
 nadololo P2
 nafarelina S2
 nafazolina S6
 nandrolone (vedi "19-nortestosterone") S1
 nebilololo P2
 niketamide S6
 noradrenalina S6
 norboletone (13 β ,17 α -dietil-17 β -idrossi-gon-4-ene-3-one) S1
 norclostebol (4-cloro-17 β -idrossi-estr-4-ene-3-one) S1
 noretandrolone (17 α -etil-17 β -idrossi-estr-4-ene-3-one) S1
 norfenefrina S6
 norfenfluramina S6
 octopamina S6
 orciprenalina S3
 ortetamina S6
 ossicodone S7
 ossimesterone (4,17 β -didrossi-17 α -metil-androst-4-ene-3-one) S1
 ossimetolone (2-idrossimetilene-17 β -idrossi-17 α -metil-5 α -androstan-3-one) S1
 ossimorfone S7
 oxabolone (4-idrossi-19-nortestosterone; 4,17 β -diidrossi-estr-4-ene-3-one) S1
 oxandrolone (17 α -metil-17 β -idrossi-2-ossi-5 α -androstan-3-one) S1
 oxilofrina S6
 oximetazolina S6
 oxprenololo P2
 paraidrossiamfetamina S6
 parametasone S9
 parametilamfetamina S6
 pemolina S6
 penbutololo P2
 pentazocina S7
 pentetrazolo S6
 petidina S7
 pindololo P2
 piretanide S5
 politiazide S5
 potassio canrenoato S5
 practololo P2
 prasterone (vedi "deidroepiandrosterone") S1
 prednisolone S9
 prednisone S9
 probenecid S5
 procaterolo S3
 prolintano S6
 propilesedrina S6
 propranololo P2
 prostanozolo ([3,2-c] pirazolo-5 α -androstan-17 β -tetraidropiranololo) S1
 quinbolone (17 β (ciclopent-1'-en etere)-androst-1,4-diene-3-one) S1
 raloxifene S4
 remifentanil S7
 reproterolo S3
 rimexolone S9
 ritodrina S3
 salbutamolo S3
 salmeterolo S3
 SARMS (Modulatori selettivi dei recettori degli androgeni) S1
 selegilina S6
 sibutamina S6
 somatorelina S2
 somatropina (hGH) S2
 sotalolo P2
 spironolattone S5
 stanazololo ([3,2-c] pirazolo-17 β -idrossi-17 α -metil-5 α -androstan-17 β) S1
 stenbolone (17 β -idrossi-2-metil-5 α -androst-1-ene-3-one) S1
 stricnina S6
 sufentanil S7
 talinilolo P2
 tamoxifene S4
 terbutalina S3
 tertatololo P2
 testolattone S4
 testosterone (17 β -idrossi-androst-4-ene-3-one) S1
 tetracosactide (ACTH) S2
 tetraidrogestrinone (thg; 18 α -omo-pregna-4,9,11-triene-17 β -idrossi-3-one) S1
 tetrizolina S6
 tibolone S1
 timololo P2
 torasemide S5
 toremifene S4
 tramazolina S6
 tranilcipromina S6
 trenbolone (17 β -idrossi-estra-4,9,11-triene-3-one) S1
 triamcinolone S9
 triamterene S5
 triclorometiazide S5
 triptorelina S2
 tuaminoeptano S6
 urofollitropina S2
 xilometazolina S6
 xipamide S5
 zeranol S1
 zilpaterol S1

DISTRIBUZIONE DIRETTA (DD) In farmacia solo con autorizzazione	DISTRIBUZIONE PER CONTO (DP) Confezioni di farmacia solo con notifica del mancante		DP ma confezioni di farmacia con dicitura URGENTE
ARANESP BINOCRIT DARILIN DESFERAL 10f 0,5g EPREX NEORECORMON NESPO PULMOZYME RENAGEL VALCYTE	ALFAFERONE CASODEX DECAPEPTYL ELIGARD ENANTONE FOSTIMON GENOTROPIN GONAL-F GONAPEPTYL HUMATROPE INTRON-A IPSTYL LANTUS LEVEMIR LONGASTATINA LUVERIS MENOGON MEROPUR NORDITROPIN NUTROPINA-Q OMNI TROPE PEGASYS HUMATROPE	INTRON-A PEGINTRON PROGRAF PUREGON ROFERON-A SAIZEN SAMILSTIN SANDOSTATINA SUPREFACT TALAVIR ZEFFIX ZELITREX ZOLADEX ZOMACTON	ABILIFY ADVATE AIMAFIX ALPHANATE ALPHANINE BENEFIX BERIATE CLOZAPINA EMOCLOT FANHDI FEIBA TIM3 HAEMATE-P HELIXATE-NEXGEN HEMOFIL-M IMMUNATE STIM-PLUS IMMUNINE STIM-PLUS KOGENATE LEPONEX MONONINE PROTROMPLEX TIM3 PROVERTIN-UM TIM3
DP DUPLICE VIA	CLEXANE (solo 4000UI) CLIVARINA FLUXUM FRAGMIN FRAVIPARINA FRAXODI IVOR SELEPARINA	↓ (continua dalla colonna a destra) ↵ RECOMBINATE REFACTO RISPERDAL SEROQUEL TALATE ZYPREXA UMANCOMPLEX	↵ (segue nella colonna a sinistra)

Non più di 2 pezzi per ricetta. Non si possono sostituire (*non si applica la eventuale differenza col prezzo di riferimento*). Sulla stessa ricetta **non possono essere prescritti insieme ad altri medicinali SSN** (nel caso il paziente rinuncia ad un medicinale). Soggetti alla sola **quota di compartecipazione**, ove prevista, escluse insuline.

Medicinali autorizzati per uso umano: schema riassuntivo.

	RR (ricetta ripetibile)	RNR (ricetta non ripetibile)	RMR (ricetta ministeriale a ricalco) per stupefacenti tab II-A DPR 309/90.	SSN (ricetta per il Servizio Sanitario Nazionale)
<i>Limitazioni alla prescrizione</i>	<i>Nessuna</i>	<i>Nessuna</i> ①	Principi attivi dell'Allegato III-bis ②: due preparati diversi o due dosaggi diversi	Altri principi attivi: un solo preparato
	RL (ricetta limitativa): Prescrizione riservata a specialisti o a centri ospedalieri, secondo registrazione. Eventuali annotazioni particolari sulla ricetta			Secondo il tipo di ricetta ③; (farmaci della DD e O2 liquido: allegare autorizzazione Asl; farmaci in DPC: si distribuiscono quelli di proprietà della Regione)
<i>Nome del paziente</i> ④	<i>Non previsto</i>	Si (oppure il codice fiscale)	Si	Si , anche nascosto dal tagliando adesivo ⑤
<i>Posologia</i>	<i>Non prevista</i>	<i>Non prevista</i> (Si per isotretinoina)	Si , nel modo e nel tempo (non obbligatorie le "tutte lettere"; ammesse le abbreviazioni di uso comune)	Secondo il tipo di ricetta
<i>Validità temporale</i>	6 mesi ⑥ stupefacenti 30 giorni	30 giorni (7 giorni per isotretinoina)	30 giorni	30 giorni (7 giorni per isotretinoina)
<i>Limiti quantitativi</i>	Ripetibile 10 volte (stupefacenti 3 volte) o il numero di confezioni indicato ⑥	<i>Non previsto</i> (30 giorni di terapia per isotretinoina)	30 giorni di terapia coerentemente con la posologia indicata	Secondo modalità del SSN e secondo il tipo di ricetta
<i>Adempimenti del farmacista</i>	Data, prezzo e timbro	Data, prezzo e timbro (il timbro è obbligatorio per gli "stupefacenti", negli altri casi è una consuetudine)	Data, prezzo e timbro	Data, timbro, numerazione progressiva (il prezzo si desume dal fustello)
		inoltre per la RMR di stupefacenti di tab II-A: identificazione dell'acquirente mediante documento di riconoscimento valido		
<i>Conservazione</i>	<i>Non prevista</i> (La ricetta scaduta rimane di proprietà del paziente)	6 mesi (poi si distrugge)	Stupefacenti che documentano il Registro di Carico-Scarico: due anni dall'ultima registrazione ⑦	Avviene presso la Asl

- 1) I medicinali a base di isotretinoina devono essere prescritti dal medico secondo il programma di prevenzione del rischio teratogeno, dopo aver accertato lo stato di non-gravidanza e la copertura contraccettiva delle pazienti femminili.
- 2) Medicinali di tab. II-A a base di buprenorfina, codeina, diidrocodone, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone.
- 3) Il medico mutualista può trascrivere a carico del SSN medicinali soggetti a RL interessati da nota limitativa AIFA o soggetti a diagnosi e piano terapeutico.
- 4) **L'indirizzo del paziente non è più obbligatorio in nessun caso.**
- 5) Il tagliando adesivo previsto per la "privacy" può essere sollevato dal farmacista per risalire alla identità del paziente in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione. Nel caso di prescrizioni di Retrovir ed Hemofil, a tutela della riservatezza possono essere indicate le sole iniziali.
- 6) La ripetibilità della vendita è consentita, salvo diversa indicazione del medico, per un periodo non superiore a sei mesi e comunque per non più di dieci volte. Per i medicinali stupefacenti il limite massimo della validità, non modificabile, è di 30 giorni, e la prescrizione può essere ripetuta per 3 volte al massimo. L'indicazione di un numero di confezioni superiore all'unità esclude la ripetibilità della ricetta.
- 7) Per le RNR di medicinali stupefacenti a carico del SSN si conserva in farmacia come documentazione la fotocopia dell'originale SSN inviato alla Asl per il rimborso. Il Registro di carico e scarico si conserva per 5 anni dall'ultima registrazione.