

BIFOSFONATI

Indicati nel trattamento dell'osteoporosi postmenopausale e quindi non prescrivibili a carico del S.S.N. nei maschi:

- acido alendronico 70mg
- acido alendronico 70mg + colecalciferolo
- acido ibandronico 150mg
- acido risedronico 5 mg e 75 mg
- bazedoxifene acetato
- raloxifene cloridrato

**OFF-LABEL
NELL'UOMO**



NON MUTUABILE

N.B. La presenza di una prescrizione specialistica non determina la prescrivibilità con onere a carico del S.S.N.



Gli unici bifosfonati prescrivibili per il trattamento dell'osteoporosi negli **uomini** sono:

- **acido alendronico 10mg**
- **acido risedronico 35 mg**

ANTIDEPRESSIVI NEI <18 ANNI

Gli unici farmaci antidepressivi autorizzati nei <18 anni sono:

- **SERTRALINA** e **FLUVOXAMINA** nel **DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO**
- **FLUOXETINA** negli **EPISODI DEPRESSIVI MAGGIORI** da moderati a grave dietro redazione di piano terapeutico specialistico.

Al di fuori di tali indicazioni la prescrizione risulta off-label e quindi non mutuabile.

N.B. La presenza di un referto specialistico riportante la prescrizione di un antidepressivo per un paziente minore, per un'indicazione non autorizzata, non giustifica la prescrizione di tale farmaco con onere a carico del S.S.N. da parte del MMG.

Alcuni utilizzi off-label sono autorizzati dall'ASL e quindi rimborsabili solo attraverso il canale della distribuzione diretta.

ISOTRETINOINA/ACITRETINA

La prima prescrizione deve essere rilasciata da uno specialista dermatologo.

Sia per le **donne** che per gli **uomini** è prescrivibile un numero di confezioni a copertura di un **massimo di 30 GIORNI DI TERAPIA**.

Al fine di permettere il controllo dei 30 giorni di terapia da parte del farmacista è **necessario riportare la posologia espressa in mg/die**.

Non è lecita la prescrizione nello stesso giorno di due ricette riportanti ciascuna una terapia di 30 giorni per una copertura totale di 60 giorni.

Per le donne in età fertile su ogni ricetta è necessario **riportare la data del test di gravidanza** effettuato con esito negativo. La prescrizione deve essere rilasciata **entro 3 giorni** dall'effettuazione del test (giorno 1).

Per le donne in età non fertile sulla ricetta deve essere riportata tale condizione.

FARMACI INDICATI PER L'IPB

Gli **antagonisti dei recettori α -adrenergici** (tamsulosina, alfuzosina, silodosina, finasteride, dutasteride) sono indicati per l'IPB quindi risultano **off-label e non mutuabili nelle donne**.

L'unico antagonista dei recettori α -adrenergici autorizzato **nelle donne** è la **terazosina, indicata per il trattamento dell'ipertensione** da lieve a moderata. Per tutte le altre indicazioni risulta off-label nelle donne.

NIMESULIDE

Al fine di ridurre il rischio di danno epatico la nimesulide deve essere usata alla dose minima efficace per il minor tempo possibile. **La durata massima di un ciclo di trattamento con nimesulide è di 15 giorni.**

E' consentita la prescrizione di **una sola confezione di nimesulide per ricetta**, indipendentemente dalla posologia, indicazione terapeutica e forma farmaceutica.

PLURIPRESCRIZIONE

Con l'entrata a pieno regime della ricetta DEMA è decaduta la possibilità di prescrivere fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta per una terapia non superiore ai 180 giorni.

Ad oggi la prescrizione è limitata al numero **massimo di tre pezzi per ricetta** se presente un'esenzione per patologia o **due pezzi** in assenza di esenzione.

La prescrizione **non può comunque superare i sessanta giorni di terapia** (fanno eccezione gli stupefacenti per la terapia del dolore: massimo 30 giorni di terapia)

FARMACI IN DPC - “SIC VOLO”

Per i farmaci in DPC esiste la possibilità di prescrivere il **farmaco originale** anziché il generico solo se il principio attivo è ricompreso nella **Tabella 1**, riportando sulla ricetta la dicitura “**sic volo**” e producendo una sintetica ma esaustiva **relazione clinica** (da inviare al Serv. Farmaceutico Territoriale dell’ASL).

Per tutti gli altri farmaci in DPC **NON ricompresi in Tabella 1** il medico non può prescrivere il farmaco originale su ricetta SSN. Nelle farmacie aperte al pubblico è dispensabile unicamente la **specialità generica** aggiudicataria di gara.

Un’eventuale clausola di **non sostituibilità** apposta dal medico comporta la presa in carico del paziente da parte dell’ASL (**distribuzione diretta**). La prescrizione deve essere corredata da una sintetica ma esaustiva **relazione clinica** (da inviare al Serv. Farmaceutico Territoriale dell’ASL), che indichi le documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione al paziente di quel determinato medicinale anziché di quello aggiudicato in gara.

Tabella 1

Aggiornamento a set-2022**

ATC7	PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSAGGIO
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	COMPRESSE	5 MG
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	COMPRESSE	10 MG
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	COMPRESSE	15 MG
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	SOLUZIONE ORALE - FLACONE	1 mg/ml
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	COMPRESSE ORODISPERSIBILI	10 MG
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	COMPRESSE ORODISPERSIBILI	15 MG
B01AC04	CLOPIDOGREL	COMPRESSE/CAPSULE	75 MG
B01AC30	CLOPIDOGREL + ACIDO ACETILSALICILICO	FORMA ORALE SOLIDA	75 MG + 100 MG
N05AH02	CLOZAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	100 MG
N05AH02	CLOZAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	25 MG
N06DA04	GALANTAMINA	CAPSULE RIGIDE RP	16 MG
N06DA04	GALANTAMINA	CAPSULE RIGIDE RP	24 MG
N06DA04	GALANTAMINA	CAPSULE RIGIDE RP	8 MG
J05AF05	LAMIVUDINA	COMPRESSE	100 MG
L04AA13	LEFLUNOMIDE	COMPRESSE	20 MG
N04BA03	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE	COMPRESSE	100/25/200MG
N04BA03	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE	COMPRESSE	125/31,25/200MG
N04BA03	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE	COMPRESSE	150/37,5/200MG
N04BA03	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE	COMPRESSE	200/50/200MG
N04BA03	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE	COMPRESSE	50/12,5/200MG
N04BA03	LEVODOPA + CARBIDOPA + ENTACAPONE	COMPRESSE	75/18,75/200MG
N06DX01	MEMANTINA	COMPRESSE/CAPSULE	20 MG
N06DX01	MEMANTINA	COMPRESSE/CAPSULE	10 MG
N05AH03	OLANZAPINA	COMPRESSE ORODISPERSIBILI	10 MG
N05AH03	OLANZAPINA	COMPRESSE ORODISPERSIBILI	5 MG
N05AH03	OLANZAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	10 MG
N05AH03	OLANZAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	5 MG
N05AH03	OLANZAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	2,5 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	25 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	100 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	200 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE/CAPSULE	300 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE RP	50 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE RP	150 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE RP	200 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE RP	300 MG
N05AH04	QUETIAPINA	COMPRESSE RP	400 MG
N05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE/CAPSULE	1 MG
N05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE/CAPSULE	2 MG
N05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE/CAPSULE	3 MG
N05AX08	RISPERIDONE	COMPRESSE/CAPSULE	4 MG
N05AX08	RISPERIDONE	GOCCE ORALI SOLUZIONE	1MG/1ML 100ML
N06DA03	RIVASTIGMINA	COMPRESSE/CAPSULE	1,5 MG
N06DA03	RIVASTIGMINA	COMPRESSE/CAPSULE	3 MG
N06DA03	RIVASTIGMINA	COMPRESSE/CAPSULE	4,5 MG
N06DA03	RIVASTIGMINA	COMPRESSE/CAPSULE	6 MG
N06DA03	RIVASTIGMINA	CEROTTI	4,6 MG
N06DA03	RIVASTIGMINA	CEROTTI	9,5 MG
N06DA03	RIVASTIGMINA	CEROTTI	13,3 MG
J05AB14	VALGANCICLOVIR	COMPRESSE/CAPSULE	450 MG
L04AA06	MICOENOLATO	CAPSULE	250 MG
L04AA06	MICOENOLATO	COMPRESSE	500 MG
N05AX13	PALIPERIDONE	COMPRESSE RP	3 MG
N05AX13	PALIPERIDONE	COMPRESSE RP	6 MG
N05AX13	PALIPERIDONE	COMPRESSE RP	9 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE	0,5 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE	1 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE	5 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE RP	0,5 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE RP	1 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE RP	3 MG
L04AD02	TACROLIMUS	CAPSULE RP	5 MG