

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
ACIDO CARGLUMICO	CARBAGLU*60CPR DISP 200MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ACIDO CARGLUMICO	CARBAGLU*5CPR DISP 200MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ACIDO CARGLUMICO	UCEDANE*60CPR DISP 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ACIDO CARGLUMICO	UCEDANE*12CPR DISP 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ACIDO CARGLUMICO	ACIDO CARGL WAY*5CPR 200MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ACIDO CARGLUMICO	ACIDO CARGL WAY*15CPR 200MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ACIDO CARGLUMICO	ACIDO CARGL WAY*60CPR 200MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
ADEFOVIR DIPIVOXIL	HEPSERA*30CPR 10MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: INFETT
ALIROCUMAB	PRALUENT*SC 1PEN 75MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: INTERN NEUR CARDIOL
ALIROCUMAB	PRALUENT*SC 2PEN 75MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: INTERN NEUR CARDIOL
ALIROCUMAB	PRALUENT*SC 1PEN 150MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: INTERN NEUR CARDIOL
ALIROCUMAB	PRALUENT*SC 2PEN 150MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: INTERN NEUR CARDIOL
AMBRISENTAN	VOLIBRIS*30CPR RIV 5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	VOLIBRIS*30CPR RIV 10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN MED*30CPR RIV 5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN MED*30CPR RIV 10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN TEVA*30CPR RIV 5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN TEVA*30CPR RIV10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN DR R*30CPR RIV 5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN DR R*30CPR RIV10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN MY*30CPR RIV 5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN MY*30CPR RIV 10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN ACC*30CPR RIV 5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
AMBRISENTAN	AMBRISENTAN ACC*30CPR RIV 10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
ANAGRELIDE CLORIDRATO	XAGRID*100CPS 0,5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: EMAT INT
ANAGRELIDE CLORIDRATO	ANAGRELIDE SAND*100CPS 0,5MG F	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: EMAT INT
ANAGRELIDE CLORIDRATO	ANAGRELIDE ACC*100CPS 0,5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: EMAT INT
ANAGRELIDE CLORIDRATO	ANAGRELIDE AUR*100CPS 0,5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: EMAT INT
ANAGRELIDE CLORIDRATO	ANAGRELIDE TEVA*100CPS 0,5MG F	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: EMAT INT
ANAGRELIDE CLORIDRATO	ANAGRELIDE MY*100CPS 0,5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: EMAT INT
ATROPINA SOLFATO	ATROPINA SOLFATO*5F 0,5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.SPEC.ANE RIA CARD INT ODO
ATROPINA SOLFATO	ATROPINA SOLFATO*5F 0,5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.SPEC.ANE RIA CARD INT ODO
ATROPINA SOLFATO	ATROPINA SOLFATO*5F 0,5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.SPEC.ANE RIA CARD INT ODO
BETAINA	CYSTADANE*OS 1FL 180G+3CUCCH	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED EPA NEF
BEXAROTENE	TARGRETIN*100CPS 75MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONCOL INT EMA
BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER*56CPR RIV 62,5MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER*56CPR RIV 125MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN ZENT*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN ZENT*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN MY*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN MY*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN ACC*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN ACC*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN MED*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN MED*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN SUN*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN SUN*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN DOC*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN DOC*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN TEVA*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN TEVA*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN SAN*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN SAN*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN AUR*56CPR RIV 62,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
BOSENTAN MONOIDRATO	BOSENTAN AUR*56CPR RIV 125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
CAPECITABINA	XELODA*60CPR RIV 150MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	XELODA*120CPR RIV 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA MY*60CPR 150MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA MY*120CPR 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA ZEN*120CPR 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA MEDAC*60CPR 150MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA MEDAC*120CPR500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA ACC*60CPR 150MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CAPECITABINA	CAPECITABINA ACC*120CPR 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
CISTEAMINA BITARTRATO (MERCAPTAMINA	CYSTAGON*100CPS 50MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: PED NEFR
CISTEAMINA BITARTRATO (MERCAPTAMINA	CYSTAGON*100CPS 150MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: PED NEFR
CISTEAMINA CLORIDRATO (MERCAPTAMINA	CYSTADROPS*OFT FL 5ML 3,8MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: OCUL PED
CLADRIBINA	MAVENCLAD*1CPR 10MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC: NEUR SCLEROSI MULTIP
CLADRIBINA	MAVENCLAD*4CPR 10MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC: NEUR SCLEROSI MULTIP
CLADRIBINA	MAVENCLAD*6CPR 10MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC: NEUR SCLEROSI MULTIP
DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*10CPS 75MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.ORTOP FISIATRA
DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*30CPS 75MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.ORTOP FISIATRA
DABIGATRAN ETEXILATO	PRADAXA*10CPS 110MG**	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.ORTOP FISIATRA
DABIGATRAN ETEXILATO	PRADAXA*30CPS 110MG**	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.ORTOP FISIATRA
DABIGATRAN ETEXILATO	PRADAXA*60CPS 110MG**	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.ORTOP FISIATRA
DEFERASIROX	EXJADE*30CPR RIV 90MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO
DEFERASIROX	EXJADE*30CPR RIV 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO
DEFERASIROX	EXJADE*30CPR RIV 360MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
DEFERIPRONE	FERRIPROX*100CPR RIV 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO
DEFERIPRONE	FERRIPROX*OS FL 250ML 100MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO
DEFERIPRONE	FERRIPROX*50CPR RIV 1000MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO
DEFERIPRONE	DEFERIPRONE DOC*50CPR 1000MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSPED/SPEC: EMATOLOGO
DESOSSIRIBONUCLEASI	PULMOZYME*INAL 6F 250OU 2,5ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PR.OSP/SPEC:PNEU INT CARD GAST
DIAZOSSIDO	PROGLICEM*100CPS 25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SU INDICAZIONE OSPEDALIERA
DIAZOSSIDO	PROGLICEM*100CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SU PRESCR.OSPED/SPECIALISTI
DICLOFENAC SODICO	SOLARAZE*GEL 60G 3%	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
DICLOFENAC SODICO	SOLARAZE*GEL 90G 3%	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
DICLOFENAC SODICO	SOLACUTAN*GEL 60G 3%	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
DICLOFENAC SODICO	SOLACUTAN*GEL 90G 3%	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
DIMETILFUMARATO	TECFIDERA*14CPS 120MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	RIC.DA OSP./INDIC.OSPEDALIERA
DIMETILFUMARATO	TECFIDERA*56CPS 240MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	RIC.DA OSP./INDIC.OSPEDALIERA
DIMETILFUMARATO	SKILARENCE*42CPR GASTR 30MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
DIMETILFUMARATO	SKILARENCE*90CPR GASTR 120MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ZEPATIER*28CPR RIV 50MG+100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR	KAFTRIO*56CPR RIV 100+50+75MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
ELIGLUSTAT TARTRATO	CERDELGA*56CPS 84MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SPECIAL.CENTRI REG.MALATT.RARE
EMICIZUMAB	HEMLIBRA*SC 30MG/ML 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.OSP/SPEC: EMATOL INTERN
EMICIZUMAB	HEMLIBRA*SC 150MG/ML 0,4ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.OSP/SPEC: EMATOL INTERN
EMICIZUMAB	HEMLIBRA*SC 150MG/ML 0,7ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.OSP/SPEC: EMATOL INTERN
EMICIZUMAB	HEMLIBRA*SC 150MG/ML 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRES.OSP/SPEC: EMATOL INTERN
ENTECAVIR MONOIDRATO	BARACLUDE*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	BARACLUDE*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR KA*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR KA*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR TE*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR TE*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR TE*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR TE*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR SAN*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR SAN*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR DR*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR DR*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR DOC*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR DOC*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR ARI*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR ARI*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR AUR*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR AUR*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR MY*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR MY*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR AC*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR AC*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR SUN*30CPR RIV 0,5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ENTECAVIR MONOIDRATO	ENTECAVIR SUN*30CPR RIV 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
ERENUMAB	AIMOVIG*1PEN 70MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC CEFALEE, NEUROLOGO
ERENUMAB	AIMOVIG*1PEN 140MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC CEFALEE, NEUROLOGO
ETELCALCETIDE CLORIDRATO	PARSABIV*6FL INIETT2,5MG 0,5ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFR DIAL
ETELCALCETIDE CLORIDRATO	PARSABIV*6FL INIETT 5MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFR DIAL
ETELCALCETIDE CLORIDRATO	PARSABIV*6FL INIETT 10MG 2ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFR DIAL
ETOSUCCIMIDE	ZARONTIN*56CPS MOLLI 250MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: NEURO NEUROPS INFANT
EVOLOCUMAB	REPATHA*SC 1PEN 140MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: INTERN NEUR CARDIOL
EVOLOCUMAB	REPATHA*SC 2PEN 140MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: INTERN NEUR CARDIOL
FELBAMATO	TALOXIA*OS SOSP 230ML 600MG/5ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PR.CENT.SPEC.PED NEU NEUPS/OSP
FELBAMATO	TALOXIA*40CPR 600MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PR.CENT.SPEC.PED NEU NEUPS/OSP
FINGOLIMOD CLORIDRATO	GILENYA*28CPS 0,5MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
FINGOLIMOD CLORIDRATO	GILENYA*28CPS 0,25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
FLUDARABINA FOSFATO	FLUDARA*20CPR RIV 10MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONCOL INT EMA
FLUOROURACILE	TOLERAK*CREMA 20G 40MG/G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
FLUOROURACILE/ACIDO SALICILICO	ACTIKERALL*1FLSOL CUT5+100MG/G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
FREMANEZUMAB	AJOVY*SC 1SIR 1,5ML 225MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC CEFALEE, NEUROLOGO
FREMANEZUMAB	AJOVY*SC 3SIR 1,5ML 225MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC CEFALEE, NEUROLOGO
GALCANEZUMAB	EMGALITY*SC 1PEN 120MG 1ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC CEFALEE, NEUROLOGO
GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR	MAVIRET*84CPR RIV 100MG+40MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
GLICEROLO FENILBUTIRRATO	RAVICTI*1FL 25ML 1,1G/ML+ADATT	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
IDEBENONE	RAXONE*180CPR RIV 150MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC: OFTALM NEUROL
IDROCORTISONE	ALKINDI*50CPS GRANULI 0,5MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: ENDOCR PED
IDROCORTISONE	ALKINDI*50CPS GRANULI 1MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: ENDOCR PED
IDROCORTISONE	ALKINDI*50CPS GRANULI 2MG FL	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC: ENDOCR PED
ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	VENTAVIS*NEB 30F 2ML 10MCG/ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	VENTAVIS*NEB 3X30F 2ML10MCG/ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	VENTAVIS*NEB 30F 1ML 20MCG/ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
IMATINIB MESILATO	IMATINIB TEVA*30CPR 400MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB TEVA*120CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB ACC*120CPR RIV 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB ACC*30CPR RIV 400MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB SUN*120CPR RIV 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB REDD*120CPR RIV 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB REDD*30CPR RIV 400MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
IMATINIB MESILATO	IMANIVEC*120CPR RIV 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB SAN*120CPR RIV 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMATINIB MESILATO	IMATINIB DR RED*120CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:EMA ONC INT PED
IMIQUIMOD	ZYCLARA*CR 3,75% 28BUST 250MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSPED/SPEC.DERMATOLOGO
ISAVUCONAZOLO	CRESEMBA*14CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INFETT EMATOL
IVACAFTOR	KALYDECO*56CPR RIV 150MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
IVACAFTOR	KALYDECO*OS GRAT 56BUST 50MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
IVACAFTOR	KALYDECO*OS GRAT 56BUST 75MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
IVACAFTOR	KALYDECO*28CPR RIV 150MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
IVACAFTOR/TEZACAFTOR	SYMKEVI*28CPR RIV 100MG+150MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
KETOCONAZOLO	KETOCONAZOLE HRA*60CPR 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: INT ENDOCR
LETERMOVIR	PREVYMIS*28CPR RIV 240MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC: INFETT EMATOL
LETERMOVIR	PREVYMIS*28CPR RIV 480MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC: INFETT EMATOL
LINEZOLID	ZYVOXID*OS GRATxSOSP 100MG/5ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	ZYVOXID*10CPR RIV 600MG BLIST	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	LINEZOLID TE*10CPR RIV 600MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	LINEZOLID ACC*10CPR RIV 600MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	LINEZOLID SAN*10CPR RIV 600MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	LINEZOLID MY*10CPR RIV 600MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	LINEZOLID KRKA*10CPR RIV 600MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LINEZOLID	LINEZOLID AUR*10CPR RIV 600MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
LOMITAPIDE MESILATO	LOJUXTA*28CPS RIG 5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC: CARD ENDOCR INT
LOMITAPIDE MESILATO	LOJUXTA*28CPS RIG 10MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC: CARD ENDOCR INT
LOMITAPIDE MESILATO	LOJUXTA*28CPS RIG 20MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC: CARD ENDOCR INT
LUMACAFTOR/IVACAFTOR	ORKAMBI*112CPR RIV 200+125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
LUMACAFTOR/IVACAFTOR	ORKAMBI*112CPR RIV 100+125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
LUMACAFTOR/IVACAFTOR	ORKAMBI*OS GRAT 56BS 100+125MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
LUMACAFTOR/IVACAFTOR	ORKAMBI*OS GRAT 56BS 150+188MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC:FIBROSI CISTICA
MACITENTAN	OPSUMIT*30CPR RIV 10MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
MERCAPTOPURINA	XALUPRINE*OS 1FL 100ML 20MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: ONCOL EMAT
METIRAPONE	CORMETO*50CPS MOLLI 250MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: INT ENDOCR
MICOFENOLATO MOFETILE	CELLCEPT*100CPS 250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	CELLCEPT*50CPR RIV 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MICOFENOLATO M AHCL*50CPR500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MYFENAX*100CPS 250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MYFENAX*50CPR RIV 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MICOFENOLATO M SAN*50CPR 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MICOFENOLATO M ACC*100CPS250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MICOFENOLATO M TIL*50CPR 500MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO MOFETILE	MICOFENOLATO M TIL*100CPS250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
MICOFENOLATO SODICO	MYFORTIC*100CPR GASTROR 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO SODICO	MYFORTIC*50CPR GASTROR 360MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO SODICO	ACIDO MICOFEN AC*100CPR 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MICOFENOLATO SODICO	ACIDO MICOFEN AC*50CPR 360MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:INT PED IMM EMA NEF
MIGALASTAT CLORIDRATO	GALAFOLD*14CPS 123MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SPECIAL.CENTRI REG.MALATT.RARE
MIGLUSTAT	ZAVESCA*84CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	INT PED NEU-CENTRI MALATT.RARE
MIGLUSTAT	YARGESA*84CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	INT PED NEU-CENTRI MALATT.RARE
MIGLUSTAT	MIGLUSTAT ACC*84CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	INT PED NEU-CENTRI MALATT.RARE
MIGLUSTAT	MIGLUSTAT GEN ORPH*84CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	INT PED NEU-CENTRI MALATT.RARE
MIGLUSTAT	MIGLUSTAT DIPHARMA*84CPS 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	INT PED NEU-CENTRI MALATT.RARE
MITOTANO	LYSODREN*100CPR 500MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONC INT GASTR
OZANIMOD CLORIDRATO	ZEPOSIA*4CPS 0,23MG+3CPS 0,46	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
OZANIMOD CLORIDRATO	ZEPOSIA*28CPS 0,92MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
PEGVISOMANT	SOMAVERT*SC 30FL 10MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ENDOCR
PEGVISOMANT	SOMAVERT*SC 30FL 15MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ENDOCR
PEGVISOMANT	SOMAVERT*SC 30FL 20MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ENDOCR
PEGVISOMANT	SOMAVERT*SC 30FL 25MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ENDOCR
PEGVISOMANT	SOMAVERT*SC 30FL 30MG+30FL 8ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ENDOCR
PILOCARPINA CLORIDRATO	SALAGEN*84CPR RIV 5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC:ONC OCUL GAST INT REU
POSACONAZOLO	NOXAFIL*OS SOSP 105ML 40MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	NOXAFIL*24CPR GASTR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO EG*OS SOSP40MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO EG*24CPR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO MY*24CPR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO MY*OS SOSP40MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO SAN*24CPR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO TE*24CPR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO AHCL*OS 40MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO ACC*24CPR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
POSACONAZOLO	POSACONAZOLO FK*24CPR 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF EMAT
REGORAFENIB	STIVARGA*84CPR RIV 40MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONC EPAT GAST INT
RIBAVIRINA	REBETOL*140CPS 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
RIBAVIRINA	REBETOL*OS FL 100ML 40MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
RIBAVIRINA	RIBAVIRINA AURO*140CPS 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
RIFAXIMINA	TIXTELLER*56CPR RIV 550MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
RILUZOLO	RILUTEK*56CPR RIV 50MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL
RILUZOLO	RILUZOLO AUR*56CPR RIV 50MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL
RILUZOLO	RILUZOLO SUN*56CPR RIV 50MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL
RILUZOLO	RILUZOLO MY*56CPR RIV 50MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL
RILUZOLO	RILUZOLO SAN*56CPR RIV 50MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
RILUZOLO	TEGLUTIK*OS SOSP FL300ML5MG/ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:INTERN NEUROL
RUFINAMIDE	INOVELON*10CPR RIV 100MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SU PRESCR.OSPED/SPECIALISTI
RUFINAMIDE	INOVELON*60CPR RIV 200MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SU PRESCR.OSPED/SPECIALISTI
RUFINAMIDE	INOVELON*60CPR DIV 400MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	SU PRESCR.OSPED/SPECIALISTI
SILDENAFIL CITRATO	REVATIO*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	REVATIO*OS POLVxSOSP 10MG/ML	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	SILDENAFIL AUR*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	SILDENAFIL TE*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	BALCOGA*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	MYSILDECARD*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	GRANPIDAM*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	GRANPIDAM*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SILDENAFIL CITRATO	SILDENAFIL DR*90CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
SIPONIMOD FUMARATO	MAYZENT*12CPR RIV 0,25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
SIPONIMOD FUMARATO	MAYZENT*120CPR RIV 0,25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
SIPONIMOD FUMARATO	MAYZENT*28CPR RIV 2MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	OSP/SPEC: SCLEROSI MULTIPLA
SODIO FENILBUTIRRATO	AMMONAPS*250CPR 500MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
SODIO FENILBUTIRRATO	AMMONAPS*GRAT 940MG/G FL 266G	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
SODIO FENILBUTIRRATO	PHEBURANE*OS GRAT 483MG/G 174G	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT PED NEUR
SODIO IBANDRONATO MONOidrato	BONDRONAT*28CPR RIV 50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	OSP/SPEC: ONC INT ORT RADIOT
SODIO POLISTIRENSOLFONATO	KAYEXALATE*OS RETT SOSP FL454G	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSPED/SPEC:INT NEF CARD
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	EPCLUSA*28CPR RIV 400+100MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	VOSEVI*28CPR 400+100+100MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INT INF GASTR
TADALAFIL	ADCIRCA*56CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
TADALAFIL	TADALAFIL SAN*56CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
TADALAFIL	TALMANCO*56CPR RIV 20MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:CAR PNE DER RE
TEDIZOLID FOSFATO	SIVEXTRO*6CPR RIV 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: INFETTIVOLOGO
TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL MONOPOT	TEYSUNO*42CPS 15+4,35+11,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL MONOPOT	TEYSUNO*126CPS 15+4,35+11,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL MONOPOT	TEYSUNO*42CPS 20+5,8+15,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL MONOPOT	TEYSUNO*84CPS 20+5,8+15,8MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMODAL*5BUST 5CPS 20MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMODAL*5BUST 5CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMODAL*5BUST 5CPS 140MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMODAL*5BUST 5CPS 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMODAL*5BUST 5CPS 250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE TEVA*5CPS 5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE TEVA*5CPS 20MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE TEVA*5CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE TEVA*5CPS 140MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE TEVA*5CPS 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE TEVA*5CPS 250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE ACCORD*5CPS 5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE ACCORD*5CPS 20MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE ACCORD*5CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE ACCORD*5CPS 140MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE ACCORD*5CPS 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE ACCORD*5CPS 250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE SUN*5CPS 5MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE SUN*5CPS 20MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE SUN*5CPS 100MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE SUN*5CPS 140MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE SUN*5CPS 180MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOZOLOMIDE SUN*5CPS 250MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOMEDAC*5CPS 5MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOMEDAC*5CPS 20MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOMEDAC*5CPS 100MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOMEDAC*5CPS 140MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOMEDAC*5CPS 180MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TEMOZOLOMIDE	TEMOMEDAC*5CPS 250MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TETRABENAZINA	XENAZINA*112CPR DIV 25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:NE NEUPS PS GE
TETRABENAZINA	TETRABENAZINA SUN*112CPR 25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:NE NEUPS PS GE
TETRABENAZINA	TETRABENAZINA ARI*112CPR 25MG	RRL - LIMITATIVA RIPETIBILE	PRESCR.OSP/SPEC:NE NEUPS PS GE
TOBRAMICINA	TOBI*NEBUL 56F 1D 300MG/5ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT INF PNE PE
TOBRAMICINA	BRAMITOB*NEBUL 56F 300MG/4ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT INF PNE PE
TOBRAMICINA	TOBRAMICINA TEVA*NEBUL56F300MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT INF PNE PE
TOBRAMICINA	TOBRAMICINA SUN*NEB56F 300MG/5	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC:INT INF PNE PE
TOLVAPTAN	JINARC*7CPR 15MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	JINARC*7CPR 30MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	JINARC*28CPR 15MG+28CPR 45MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	JINARC*28CPR 30MG+28CPR 60MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	JINARC*28CPR 30MG+28CPR 90MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	TOLVAPTAN TE*28CPR15MG+28CPR45	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	TOLVAPTAN TE*28CPR30MG+28CPR60	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOLVAPTAN	TOLVAPTAN TE*28CPR30MG+28CPR90	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: NEFROL
TOPOTECAN CLORIDRATO	HYCAMTIN*10CPS 0,25MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: ONCOL
TOPOTECAN CLORIDRATO	HYCAMTIN*10CPS 1MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSPED/SPEC: ONCOL
TRIENTINA DICLORIDRATO	CUFENCE*100CPS 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PR.OSP/SP:INT PED EP NEU NEUPS
TRIENTINA TETRACLORIDRATO	CUPRIOR*72CPR RIV 150MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PR.OSP/SP:INT PED EP NEU NEUPS
TRIFLURIDINA/TIPIRACIL CLORIDRATO	LONSURF*20CPR RIV 15MG+6,14MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT

Elenco farmaci fascia A con ricetta limitativa (non prescrivibili da MMG)

Principio Attivo	Specialità medicinale	Tipo ricetta attuale	Prescrivibilità attuale
TRIFLURIDINA/TIPIRACIL CLORIDRATO	LONSURF*60CPR RIV 15MG+6,14MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TRIFLURIDINA/TIPIRACIL CLORIDRATO	LONSURF*20CPR RIV 20MG+8,19MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
TRIFLURIDINA/TIPIRACIL CLORIDRATO	LONSURF*60CPR RIV 20MG+8,19MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.SPEC: ONCOL INT
VINORELBINA BITARTRATO	NAVELBINE*1CPS 20MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONCOL INT EMA
VINORELBINA BITARTRATO	NAVELBINE*1CPS 30MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONCOL INT EMA
VINORELBINA BITARTRATO	VINORELBINA DOC*1CPS 20MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONCOL INT EMA
VINORELBINA BITARTRATO	VINORELBINA DOC*1CPS 30MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRESCR.OSP/SPEC: ONCOL INT EMA
VORICONAZOLO	VFEND*28CPR RIV 50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VFEND*28CPR RIV 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VFEND*OS SOSP FL 45G 40MG/ML	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO MY*28CPR RIV 50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO MY*28CPR RIV 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO SA*28CPR RIV200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO TE*28CPR RIV 50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO TE*28CPR RIV200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO ACC*28CPR RIV50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO ACC*28CPR RIV200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO ACC*28CPR RIV50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO ACC*28CPR 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO ARI*28CPR 50MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
VORICONAZOLO	VORICONAZOLO ARI*28CPR 200MG	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PRES.OSP/SPEC:INT INF EM ON PN
ZINCO ACETATO	WILZIN*250CPS 25MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PR.OSP/SP:INT PED EP NEU NEUPS
ZINCO ACETATO	WILZIN*250CPS 50MG FL	RNRL - LIMITATIVA NON RIPETIB.	PR.OSP/SP:INT PED EP NEU NEUPS

**prescrizione medica limitativa esclusivamente per l'indicazione:

“Prevenzione primaria di episodi tromboembolici in pazienti adulti sottoposti a chirurgia sostitutiva elettiva totale dell'anca o del ginocchio”.