



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

UOD 06 Politiche del farmaco e dispositivi

Alle Direzioni Generali e Sanitarie
AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2023. 0228779 03/05/2023 11,25

Mitt. : 500406 Politiche del farmaco e dispositi...

Dest. : AI DIRETTORI GENERALE ASSLL, AAOO, AAOOUU, IRCCS

Classifica : 50.4. Fascicolo : 24 del 2023



OGGETTO: Trasmissione Decreto Dirigenziale “Prontuario Terapeutico Regionale P.T.R. – AGGIORNAMENTO APRILE 2023”

Si trasmette il Decreto Dirigenziale n. 165 del 27/04/2023 “Prontuario Terapeutico Regionale P.T.R. – AGGIORNAMENTO APRILE 2023” per il seguito di competenza.

Il Dirigente Staff 93 - UOD06
Dott. Ugo Trama



Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA

DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR. / DIRIGENTE
STAFF

Dott. Trama Ugo

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	UOD / STAFF
165	27/04/2023	4	6

Oggetto:

Prontuario Terapeutico Regionale P.T.R. - AGGIORNAMENTO APRILE 2023.

	Data registrazione	
	Data comunicazione al Presidente o Assessore al ramo	
	Data dell'invio al B.U.R.C.	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Finanziarie (Entrate e Bilancio)	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Strumentali (Sist. Informativi)	

IL DIRIGENTE

PREMESSO

a) che la Legge 16 novembre 2001, n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347", recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17 novembre 2001 all'art. 5 prevede che le Regioni attuino iniziative finalizzate al contenimento dei tetti di spesa e quindi si dotino di strumenti finalizzati a tale scopo;

b) che il Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.) è uno strumento dinamico di razionalizzazione dei consumi di farmaci oltre che diretto anche indiretto, perché la scelta ed il consumo di farmaci in strutture ospedaliere ha un'ampia influenza sia sulla spesa farmaceutica ospedaliera sia territoriale regionale;

VISTO

a) che, con la Delibera di Giunta Regionale n. 130 del 31 marzo 2021:

- è stato istituito il "*Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro sui Farmaci e Dispositivi Medici*", in sostituzione del precedente istituito con DCA 92 del 31.12.2011, al quale spetta il compito di predisporre aggiornamento periodico del Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.), al fine di uniformare gli interventi in tutte le strutture sanitarie della Regione Campania, ampliando le competenze di quest'ultimo;
- è stata istituita una Segreteria scientifico-amministrativa con funzione di coordinamento e supporto al "*Tavolo Tecnico di Lavoro su Farmaci e Dispositivi Medici*";
- è stato predisposto l'aggiornamento periodico dell'unico Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.), ampliando le competenze di quest'ultimo anche in merito ai dispositivi medici al fine di uniformare gli interventi in tutte le strutture sanitarie della Regione Campania;

b) che, con Decreto Presidenziale della Regione Campania n. 163 del 27.12.2021, in conformità degli esiti dell'istruttoria della competente Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, sono stati nominati i componenti del "*Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro sui Farmaci e Dispositivi Medici*";

c) che, con Decreto Presidenziale della Regione Campania n. 76 del 01.06.2022 è stata aggiornata la composizione del "*Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro sui Farmaci e Dispositivi Medici*";

d) che, con Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania, Direzione Generale 04 Tutela della Salute e Coordinamento del SSR n. 127 dell' 08.04.2022 è stato recepito il Regolamento Regionale su Farmaci e Dispositivi Medici, il quale costituisce linea guida per la redazione di un unico Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.) costituito da un elenco di principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) e il Repertorio regionale dei DM secondo nomenclatura CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici);

VISTI

a) la D.G.R.C. n. 665 del 08.10.2010 avente ad oggetto "Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.) 2009 – 2010. Aggiornamento e modifica della D.G.R.C. n. 348 del 15.03.2006 e ss.mm.ii.;

b) gli aggiornamenti del P.T.O.R. effettuati con: Decreto Commissariale n. 56 del 07.06.2012, Decreto Commissariale n. 70 del 10.06.2013, Decreto Commissariale n. 24 del 03.06.2014, Decreto Commissariale n. 15 del 16.02.2015, Decreto Commissariale n. 1 del 10.02.2016, Decreto Commissariale n. 135 del 03.11.2016, Decreto Commissariale n. 73 del 21.12.2017, Decreto Commissariale n. 82 del 18.10.2018, Decreto Commissariale n. 102 del 28.12.2018, Decreto Dirigenziale n. 27 del 05.02.2020, Decreto Dirigenziale n. 267 del 20.07.2021; Decreto Dirigenziale n. 380 del 22.10.2021; Decreto Dirigenziale n.356 del 25.07.2022; Decreto Dirigenziale n.497 del 07.11.2022; Decreto Dirigenziale n.568 del 22.12.2022; Decreto Dirigenziale n. 85 del 01.03.2023; Decreto Dirigenziale n. 136 del 07.04.2023.

CONSIDERATO che, come stabilito con la Delibera di Giunta Regionale n. 130 del 31 marzo 2021, per ricondurre il sistema all'unitarietà, che richiama all'indispensabile riorganizzazione delle varie Commissioni competenti in materia farmaceutica, è necessario predisporre il "Prontuario Terapeutico Regionale" (P.T.R.), inteso come uno strumento di governo dei percorsi terapeutici e dalla razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, tenendo conto della continuità terapeutica, con particolare riferimento all'appropriatezza e alla aderenza alla terapia successivamente alle dimissioni del paziente e presa in carico da parte del MMG e PLS e dei farmacisti di comunità;

RILEVATO

- a) che dopo l'aggiornamento effettuato con il Decreto Dirigenziale n. 136 del 07.04.2023 è seguita l'immissione in commercio di nuovi medicinali di rilevata e comprovata efficacia, rendendo necessario l'aggiornamento del "Prontuario Terapeutico Regionale" (P.T.R.);
- b) che, a seguito di tale immissione in commercio, sono pervenute le istanze di aggiornamento, modifica ed integrazione;
- c) che la Direzione Generale 04 – U.O.D. 06 Politica del farmaco e dispositivi ha avviato i lavori di aggiornamento del P.T.R., giusta Delibera di Giunta Regionale n. 130 del 31.03.2021;
- d) che a conclusione dei lavori effettuati, è stato prodotto, da tale tavolo tecnico, un elaborato che aggiorna i contenuti del P.T.R., denominato "P.T.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE AGGIORNAMENTO APRILE 2023", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

DECRETA

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di aggiornare ed integrare il Prontuario Terapeutico Regionale (P.T. R.) vigente di cui alla DGRC n. 665 del 08.10.2010 e ss.mm.ii. qui precedentemente citate, con l'inserimento dei nuovi medicinali di rilevata e comprovata efficacia come da allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di trasmettere copia del presente provvedimento alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL., delle AA.OO., delle AA.OO.UU. e degli IRCCS che sono tenute al recepimento del "P.T.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE AGGIORNAMENTO APRILE 2023" quale strumento di governo clinico, vincolante per le prescrizioni, somministrazioni ed erogazione di farmaci e dispositivi;
4. di inviare il presente provvedimento all'ufficio competente per la pubblicazione nella sezione TRASPARENZA - CASA DI VETRO del sito della Regione Campania.

DOTT. UGO TRAMA

FARMACI CON ESTENSIONE DI
INDICAZIONE

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
N05AE05	Lurasidone cloridrato	OS	A-RR	PHT	Trattamento della schizofrenia negli adulti e negli adolescenti a partire dal 13 anni di età.	Nota Prot. 2023. 01722232 del 30/03/2023	U.O. di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU..	
L04AA10	Sirolimus	OS	A- RNR	PHT Rara cod. R80060	Trattamento di pazienti affetti da linfangioleiomiomatosi sporadica con malattia polmonare moderata o funzione polmonare in diminuzione.	Nota Prot. 2023. 01722238 del 30/03/2023	AA.OO. individuate come presidi di riferimento regionali per la malattia rara Linfangioleiomiomatosi - codice esenzione R80060.	
R03DX09	Mepolizumab	SC	A- RRL	PHT Innovativo Rara cod. RG0050	Terapia aggiuntiva per pz di età pari o superiore a 6 anni con granulomatosi eosinofila con poliangite (EGPA) recidivante/ remittente o refrattaria.	Nota Prot. 2023. 01722236 del 30/03/2023	AA.OO. e AA.OO.UU. individuate come presidi di riferimento regionali per la malattia rara "granulomatosi eosinofila con poliangite" - codice esenzione RG0050.	
R03DX09	Mepolizumab	SC	A- RRL	PHT Innovativo	Terapia aggiuntiva per pazienti adulti con sindrome ipereosinofila non adeguatamente controllata senza una causa secondaria non ematologica identificabile.	Nota Prot. 2023. 0210109 del 20/04/2023	Centri prescrittori individuati nella Nota Regionale Prot. 2023. 0210109 del 20/04/2023	
R03DX09	Mepolizumab	SC	A- RRL	PHT	Terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con rinosinusite cronica con poliposi nasale CRSwNP severa per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e /o la chirurgia non favoriscono un controllo adeguato della malattia.	Nota Prot. 2023. 0172252 del 30/03/2023	U.O./Ambulatori di Otorinolaringoiatria, Immunologia, Allergologia delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS.	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
R03AL09	Beclometasone dipropionato, Formoterolo fumarato idrato, Glicopirronio bromuro		A-RRL	Piano terapeutico cartaceo	1. Terapia di mantenimento dell'asma, negli adulti non adeguatamente controllati con una combinazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e una dose media di corticosteroidi per via inalatoria, e che hanno sperimentato una o più esacerbazioni dell'asma nell'anno precedente. 2. Terapia di mantenimento dell'asma, negli adulti non adeguatamente controllati con una combinazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e una dose elevata di corticosteroidi per via inalatoria, e che hanno sperimentato una o più esacerbazioni dell'asma nell'anno precedente.	Nota Prot. 2023. 0221293 del 27/04/2023	Centri prescrittori individuati nella Nota Regionale Prot. 2023. 0221293 del 27/04/2023	
L04AA45	Filgotinib	OS	H-RNRL	scheda di prescrizione cartacea AIFA/ospedaliere	Trattamento della colite ulcerosa in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un medicinale biologico.	Nota Prot. 2023. 0172260 del 30/03/2023	U.O./Ambulatori di Gastroenterologia e Medicina Interna delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS, e P.O. delle AA.SS.LL	
J05AR24	Doravirina, Lamivudina e Tenofovir disoproxil	OS	H-RNRL	HIV	Trattamento di adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI, lamivudina o tenofovir e che hanno manifestato tossicità che preclude l'uso di altri regimi che non contengono tenofovir disoproxil.	Nota Prot. 2023. 0172223 del 30/03/2023	U.O. di Malattie Infettive e Malattie Infettive Pediatriche delle AA.OO., AA.OO.UU., individuate quali centri prescrittori dei farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'HIV.	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
J05AG06	Doravirina	OS	H-RNRL	HIV	In associazione con altri medicinali antiretrovirali, per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI.	Nota Prot. 2023 0172230 del 30/03/2023	U.O. di Malattie Infettive e Malattie Infettive Pediatriche delle AA.OO., AA.OO.UU., individuate quali centri prescrittori dei farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'HIV.	

FARMACI A-PHT

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
B03XA05	Roxadustat	OS	A-RNRL	PHT	Trattamento di pazienti adulti con anemia sintomatica associata a malattia renale cronica (MRC).	Nota Prot. 2023.0172224 8 del 30/03/2023	Per i pazienti in dialisi (malattia renale cronica dialisi-dipendente): i centri di dialisi pubblici e privati accreditati. Per i pazienti in pre-dialisi (malattia renale cronica non dialisi- dipendente): le UU.OO. di Nefrologia delle AA.OO.,AA.OO.UU.,IRCCS e presidi ospedalieri delle AA.SS.UU...	

FARMACI CON REGISTRO AIFA

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01FX18	Amivantamab	EV	H-OSP	Registro AIFA	Trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) avanzato con mutazioni da inserzione nell'esone 20 attivanti (exon20ins) del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR), dopo il fallimento della chemioterapia a base di platino.	Nota Prot. 2023. 0179860 del 03/04/2023	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS Pascale e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ad un GOM Polmone della ROC.	
L01EX21	Tepotinib	DS	H-RML	Registro AIFA	Trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, con alterazioni genetiche associate a skipping dell'esone 14 (METex14) del fattore di transizione mesenchimale-epitelliale, che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino.	Nota Prot. 2023. 0179867 del 03/04/2023	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS Pascale e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ad un GOM Polmone della ROC.	
L01XX67	Tagraxofusp	EV	A-RRL	Registro AIFA	In monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCL)	Nota Prot. 2023. 0198133 del 14/04/2023	U.O. di Ematologia delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS Pascale e P.O. delle AA.SS.LL. con esperienza nel trattamento delle leucemie acute.	

FARMACI INNOVATIVI

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
Non ancora assegnato	Tebentafusp	EV	H-OSP	Innovativo	In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti positivi all'antigene leucocitario umano (HLA)-A*02:01 con melanoma uveale non resecabile o metastatico.	Nota Prot. 2023: 0180321 del 04/04/2023	IRCCS Fondazione Pascale- UOC Melanoma Immunoterapia Oncologica, e Terapie Innovative.	

FARMACI PER MALATTIE RARE

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01EX18	Avapritinib	OS	H-RMRL	Rara cod. RD0081	Come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mastocitosi sistemica aggressiva (ASM), mastocitosi sistemica associata a neoplasia ematologica (SM-AHN) o leucemia mastocitaria (MCL), in seguito ad almeno una terapia sistemica.	Nota Prot. 2023. 0179864 del 03/04/2023	Presidi di riferimento regionale per la malattia rara Mastocitosi Sistemica con codice esenzione RD0081.	

FARMACI AD ACCESSO NON DIRETTO

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01EX18	Avapritinib	OS	H-RNRL		Come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con tumori stromali gastrointestinali (GIST) non resecabili o metastatici che presentano la mutazione del recettore alfa del fattore di crescita derivato dalle piastrine (PDGFRα) D842V.	Nota Prot. 2023. 0179864 del 03/04/2023	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS Pascale e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti al GOM Sarcomi della ROC.	
N07BC01	Buprenorfina	SC	C-OSP		Terapia sostitutiva nella dipendenza da oppioidi in pazienti adulti clinicamente stabili che necessitano di non più di 8 mg/die di buprenorfina sublinguale, nell'ambito di una terapia medica, sociale e psicologica.	Nota Prot. 2023. 0209782 del 20/04/2023	Strutture Sanitarie autorizzate alla diagnosi e al trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei (Ser.D.).	Definizione di un percorso aziendale per la puntuale individuazione di alcune caratteristiche indispensabili per una corretta gestione dell'impianto per singolo paziente (caratteristiche degli ambienti, presenza di un team multidisciplinare che vede il coinvolgimento di figure professionali quali psicologo, un medico esperto nella procedura di posizionamento dell'impianto, farmacista, etc.)

RADIOFARMACI

ATC	DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	VIA DI SOMMINISTRAZIONE
V09	Radiofarmaceutici diagnostici		
V09	IODIO 123-SODIO IODURO	SOLUZIONE ORALE e soluzione iniettabile	ORALE, iniettabile
V09A	Sistema nervoso centrale		
V09AA01	ESAMETAZIMA (HmPAO)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09AA02	DIMERI DI ETILCISTEINA - BICISATO (ECD)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09AB03	Iodio Ioflupano-123I	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09AX04	FLUTEMETAMOL- 18F	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09AX05	FLORBETAPIR-18F	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09AX06	FLORBETABEN-18F	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09B	Scheletro		
V09BA01	IDROSSI-METILEN-DIFOSFONATO (OSSIDRONATO)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09C	SISTEMA RENALE		
V09CA01	Acido DIETILEN-TRIAMINO-PENTAACETICO (DTPA)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09CA02	Acido DI-MERCAPTO-SUCCINICO (DMSA)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09CA03	MERCAPTOACETILTRIGLICINA (MERTIATIDE)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09D	SISTEMA EPATICO E RITECOLOENDOTELIALE		
V09DA04	DERIVATI DELL'ACIDO IMINO-DIACETICO (Mebrofenina o analoghi)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09DB01	ALBUMINA UMANA	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
	PARTICELLE NANOCOLLOIDALI marcabili con 99mTc		
V09DB07	FITATO marcabile con 99mTc	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09DX01	75Se-acido tauroselcolico	Capsula	Orale
V09E	SISTEMA RESPIRATORIO		
V09EB01	MACROAGGREGATI DI ALBUMINA UMANA marcabile con 99mTc	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09F	TIROIDE		
V09FX01	Tecnezio- 99mTC-PERTECNETATO	GENERATORE DI RADIONUCLIDI	ENDOVENOSA/OCULARE
V09FX03	IODIO-131 I-SODIO IODURO	SOLUZIONE	ORALE, iniettabile
		ORALE, iniettabile, cps	
V09G	SISTEMA CARDIOVASCOLARE		
V09GA01	SESTAMIBI	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09GA02	TETROFOSMINA	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA

ATC	DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	VIA DI SOMMINISTRAZIONE
V09G	SISTEMA CARDIOVASCOLARE		
V09GA06	CLORURO STANNOSO/PIROFOSFATO per marcatura di Globuli rossi con ^{99m} Tc	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09GX	Iodio 123I-Iobenguano (MIBG)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09GX01	Tallio -201-Cloruro	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09GX04	GENERATORE DI 82-RUBIDIO Cloruro	GENERATORE	ENDOVENOSA
V09I	RIVELAZIONE DI TUMORI		
V09IB01	Indio-111IN-Pentetreotide	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09IX01	Iodio 123I-Iobenguano (MIBG)	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09IX04	FLUORO-18F-DESOSSIGLUCOSIO	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09IX05	18F-Fluoro-L-dopa	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09IX07	F18- Colina	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09IX09	EDOTREOTIDE	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V09X	Altri radiofarmaceutici diagnostici		
V09X	GENERATORE DI GERMANIO CLORURO (68GE)/GALLIO CLORURO (68GA)	GENERATORE	ENDOVENOSA
V09XA01	IODIO 131 NORCOLESTEROLO	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V10	RADIOFARMACEUTICI TEREPEUTICI		
V10A	Sostanze Antinfiammatorie		
V10AA01	ITTRIO 90 CITRATO	Soluzione iniettabile	Iniezione intra-articolare
	SOSPENSIONE COLLOIDALE		
V10AX05	RE186-RENIO SOLFURO COLLOIDALE	SOSPENSIONE COLLOIDALE	Iniezione intra-articolare
V10B	Trattamento palliativo del dolore (sostanze a localizzazione ossea)		
V10BX02	SAMARIO 153Sm-LEXIDRONAM	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V10X	ALTRI RADIOFARMACEUTICI TERAPEUTICI		
V10X	90Y ITTRIO	PRECURSORE RADIOFARMACEUTICO per la radiomarcatura in vitro	ENDOVENOSA
	CLORURO		
V10XA00	IODIO 131-SODIO IODURO	SOLUZIONE STERILE 185MBq	INIETTABILE
V10XA01	IODIO-131 I-SODIO IODURO	SOLUZIONE ORALE E CAPSULE	ORALE
V10XA02	IODIO 131 MIBG	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V10XX02	Ibritumomab	PRECURSORE RADIOFARMACEUTICO	ENDOVENOSA
	tiuxetano		

ATC	DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	VIA DI SOMMINISTRAZIONE
V10XX03	RADIO-223-DICLORURO	Soluzione iniettabile	ENDOVENOSA
V10XX04	Lutezio-177Lu-oxodotreotide	soluzione per infusione	ENDOVENOSA