SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
ANASTROZOLO TEVA*28CPR RIV 1MG	ANASTROZOLO	NO	NO	NO	
ELIQUIS*60CPR RIV 2,5MG	APIXABAN	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
ELIQUIS*60CPR RIV 5MG	APIXABAN	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
APOFIN STYLO*SC 1PEN 30MG/3ML	APOMORFINA CLORIDRATO	NO	NO	NO	
ARIPIPRAZOLO MY*OS 150ML1MG/ML	ARIPIPRAZOLO	NO	NO	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
ARIPIPRAZOLO AURO*28CPR 10MG	ARIPIPRAZOLO	NO			DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
ARIPIPRAZOLO AURO*28CPR 5MG	ARIPIPRAZOLO	NO			DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
ARIPIPRAZOLO AURO*28CPR 15MG	ARIPIPRAZOLO	NO			DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
SYCREST*60CPR SUBLING 10MG	ASENAPINA MALEATO	NO	NO	NO	Non è in Prontuario AVEN
SYCREST*60CPR SUBLING 5MG	ASENAPINA MALEATO	NO	NO	NO	Non è in Prontuario AVEN
BICALUTAMIDE SUN*28CPR RIV 150	BICALUTAMIDE	NO	NO	NO	
BICALUTAMIDE SUN*28CPR RIV50MG	BICALUTAMIDE	NO	NO	NO	
SUPREFACT*1SIR 6,3MG RP	BUSERELIN ACETATO	51	SI	SI	
SUPREFACT*DEPOT 1SIR 9,45MG	BUSERELIN ACETATO	51	SI	SI	
SUPREFACT*INIET 1F 5,5ML1MG/ML	BUSERELIN ACETATO	51	SI	SI	
SUPREFACT*SPRAY NAS 0,1MG/EROG	BUSERELIN ACETATO	51	SI	SI	
REAGILA*30CPS 1,5MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	NO	NO	NO	
REAGILA*30CPS 3MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	NO	NO	NO	
REAGILA*30CPS 4,5MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	NO	NO	NO	
REAGILA*30CPS 6MG	CARIPRAZINA CLORIDRATO	NO	NO	NO	
CIQORIN*30CPS MOLLI 100MG	CICLOSPORINA	NO	NO	NO	Per indicazione trapiantologica NON sostituibile in automatico dal farmacista. Per indicazioni NON trapiantologiche (malattie autoimmuni) presente nella lista di trasparenza AIFA)
CIQORIN*50CPS MOLLI 25MG	CICLOSPORINA	NO	NO	NO	Per indicazione trapiantologica NON sostituibile in automatico dal farmacista. Per indicazioni NON trapiantologiche (malattie autoimmuni) presente nella lista di trasparenza AIFA)
CIQORIN*50CPS MOLLI 50MG	CICLOSPORINA	NO	NO	NO	Per indicazione trapiantologica NON sostituibile in automatico dal farmacista. Per indicazioni NON trapiantologiche (malattie autoimmuni) presente nella lista di trasparenza AIFA)
CLOPIDOGREL AUR*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL BESILATO	NO	NO	NO	
PLAVIX*28CPR RIV 75MG	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
CLOZAPINA HEX*28CPR 100MG	CLOZAPINA	NO	SI	SI	
DABIGATRAN EG*60CPS 110MG	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
DABIGATRAN EG*60CPS 150MG	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
FIRMAGON*INIET 1FL 80MG+1SIR	DEGARELIX ACETATO	NO	SI	SI	
FIRMAGON*INIET 2FL 120MG+2SIR	DEGARELIX ACETATO	NO	SI	SI	
MINIRIN/DDAVP*30CPR SUBL 60MCG	DESMOPRESSINA ACETATO	NO	NO	NO	
MINIRIN/DDAVP*30CPR SUBL120MCG	DESMOPRESSINA ACETATO	NO	NO	NO	
MINIRIN/DDAVP*INIET 10F4MCG/ML	DESMOPRESSINA ACETATO	NO	NO	NO	
MINIRIN/DDAVP*RIN 2,5ML 250MCG	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO	NO	NO	NO	
ARICEPT*28CPR ORODISP 10MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	85	SI	SI	
ARICEPT*28CPR ORODISP 5MG	DONEPEZIL CLORIDRATO	85	SI	SI	
DONEPEZIL EG RIV 5MG CPR	DONEPEZIL CLORIDRATO	85	SI	SI	
DONEPEZIL EG 10 MG CPR RIV	DONEPEZIL CLORIDRATO	85	SI	SI	
TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML	DULAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
TRULICITY*4PEN 1,5MG 0,5ML	DULAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA

SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
LIXIANA*28CPR RIV 30MG	EDOXABAN TOSILATO	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
LIXIANA*28CPR RIV 60MG	EDOXABAN TOSILATO	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
CLEXANE*6SIR 4000UI 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Ricondurre la prescrizione, se possibile, a Inhixa, farmaco aggiudicatario di gara
INHIXA*10SIR 10000UI 1ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INHIXA*10SIR 2000UI 0,2ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INHIXA*10SIR 4000UI 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INHIXA*10SIR 6000UI 0,6ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INHIXA*10SIR 8000UI 0,8ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INHIXA*6SIR 2000UI 0,2ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INHIXA*6SIR 4000UI 0,4ML	ENOXAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
COMTAN*100CPR RIV 200MG FL	ENTACAPONE	NO	SI	SI	
BINOCRIT*6SIR 10000UI 1ML	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
BINOCRIT*6SIR 2000UI 1ML+DISP	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
BINOCRIT*6SIR 3000UI 0,3ML+DIS	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
BINOCRIT*6SIR 4000UI 0,4ML+DIS	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
BINOCRIT*6SIR 5000UI 0,5ML	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
BINOCRIT*6SIR 6000UI 0,6ML	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
BINOCRIT*6SIR 8000UI 0,8ML	EPOETINA ALFA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
RETACRIT*1SIR 10000UI 1ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 20000UI 0,5ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 2000UI 0,6ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 30000UI 0,75ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 3000UI 0,9ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 4000UI 0,4ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 5000UI 0,5ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 6000UI 0,6ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
RETACRIT*1SIR 8000UI 0,8ML	EPOETINA ZETA	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
ZEBINIX*30CPR 800MG	ESLICARBAZEPINA ACETATO	NO	SI	SI	
EXEGEN*30CPR RIV 25MG	EXEMESTANE	NO	NO	NO	
BYDUREON*SC 4PEN BCISE 2MG RP	EXENATIDE	100	SI	SI	cessata commercializzazione da maggio 2025
FLUTAMIDE EG*21CPR 250MG	FLUTAMIDE	NO	NO	NO	Solo per uomo
ARIXTRA*SC 10SIR 1,5MG 0,3ML	FONDAPARINUX SODICO	NO	NO	NO	Farmaco biologico, Attenzione a durata terapia
ARIXTRA*SC 10SIR 10MG 0,8ML	FONDAPARINUX SODICO	NO	NO	NO	Farmaco biologico, Attenzione a durata terapia
ARIXTRA*SC 10SIR 2,5MG 0,5ML	FONDAPARINUX SODICO	NO	NO	NO	Farmaco biologico, Attenzione a durata terapia
ARIXTRA*SC 10SIR 5MG 0,4ML	FONDAPARINUX SODICO	NO	NO	NO	Farmaco biologico, Attenzione a durata terapia
ARIXTRA*SC 10SIR 7,5MG 0,6ML	FONDAPARINUX SODICO	NO	NO	NO	Farmaco biologico, Attenzione a durata terapia
GABAPENTIN SAND*30CPS 400MG	GABAPENTIN	NO	NO	NO	
GABAPENTIN SAND*50CPS 300MG	GABAPENTIN	NO	NO	NO	
REMINYL RP MG. 24 CPS	GALANTAMINA BROMIDRATO	85	SI	SI	
REMINYL RP MG.16 CPS	GALANTAMINA BROMIDRATO	85	SI	SI	
REMINYL RP MG.8 CPS	GALANTAMINA BROMIDRATO	85	SI	SI	
ZOLADEX*SC 1SIR 3,6MG RP	GOSERELIN ACETATO	51	SI	SI	
ZOLADEX*SC SIR 10,8MG RP	GOSERELIN ACETATO	51	SI	SI	

SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
IMUNOCARE*CR 5% 12BUST 250MG	IMIQUIMOD	NO	SI	SI	
ZYCLARA*CR 3,75% 28BUST 250MG	IMIQUIMOD	95	NO	NO	
FIASP*FLEXTOUCH 5PEN 100U/ML	INSULINA ASPART	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
FIASP*PENFILL 5CART 100U/ML	INSULINA ASPART	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
NOVORAPID PENFILL*SC 5CART 3ML	INSULINA ASPART	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
NOVORAPID*FLEX5PEN 3ML 100U/ML	INSULINA ASPART	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INSULINA ASPART SANOFI*SC 5CAR	INSULINA ASPART	NO	NO	NO	In gara
INSULINA ASPART SANOFI*SC 5PEN	INSULINA ASPART	NO	NO	NO	In gara
NOVOMIX 30*FLEX 5PEN 3ML 100U/	INSULINA ASPART SOLUBILE/INSULINA ASPART PROTAMINO CRISTALLIZZATA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
NOVOMIX 50*FLEX 5PEN 3ML 100U/	INSULINA ASPART SOLUBILE/INSULINA ASPART PROTAMINO CRISTALLIZZATA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
NOVOMIX 70*FLEX 5PEN 3ML 100U/	INSULINA ASPART SOLUBILE/INSULINA ASPART PROTAMINO CRISTALLIZZATA	NO	NO	NO	Cessata produzione
TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100U/ML	INSULINA DEGLUDEC	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
XULTOPHY*5PEN 100U/ML+3,6MG/ML	INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA. Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
LEVEMIR*FLEX 5PEN 3ML 100U/ML	INSULINA DETEMIR	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
ABASAGLAR*SC 5 KWIKPEN 100U/ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
ABASAGLAR*SC 5CART 100U/ML 3ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
LANTUS*SC 1FL 100U/ML 10ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
LANTUS*SC 5CART 100U/ML 3ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
LANTUS*SOLOST 5PEN 100U/ML 3ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
TOUJEO*SOLOS 3PEN 300U/ML1,5ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
TOUJEO*SOLOS 5PEN 300U/ML1,5ML	INSULINA GLARGINE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SULIQUA*3PEN 100U/ML+33MCG/ML	INSULINA GLARGINE/LIXISENATIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
SULIQUA*3PEN 100U/ML+50MCG/ML	INSULINA GLARGINE/LIXISENATIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
APIDRA*SC 1FL 10ML 100U/ML	INSULINA GLULISINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
APIDRA*SC 5CART 3ML 100U/ML	INSULINA GLULISINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
APIDRA*SOLOST SC 5PEN 100U/ML	INSULINA GLULISINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*200U/MLKWIKPEN CONCENT	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*JUNIOR 5KWIKPEN100U/ML	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*KWIKPEN 100U/ML BORDEA	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista.
HUMALOG*SC 1FL 10ML 100U/ML	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*SC 5CART 3ML 100U/ML	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
INSULINA LISPRO SANOFI*SC 5CAR	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
INSULINA LISPRO SANOFI*SC1000U	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
INSULINA LISPRO SANOFI*SOLOS5P	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Farmaco in gara
HUMALOG*MIX25 5KWIKPEN 3ML GIA	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA LISPRO PROTAMINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*MIX50 5KWIKPEN 3ML ROS	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA LISPRO PROTAMINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*SC MIX 25 5CART 3ML	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA LISPRO PROTAMINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*SC MIX 50 5CART 3ML	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA LISPRO PROTAMINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMALOG*SC MIX25 F 100U/ML10ML	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA LISPRO PROTAMINA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
LACOSAMIDE TEVA*56CPR 100MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	
LACOSAMIDE TEVA*56CPR 150MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	
LACOSAMIDE TEVA*56CPR 200MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	
LACOSAMIDE TEVA*56CPR 50MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	
VIMPAT*14CPR RIV 50MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	Esclusivo uso in fase di titolazione
VIMPAT*56CPR RIV 100MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
VIMPAT*56CPR RIV 150MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
VIMPAT*56CPR RIV 200MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
VIMPAT*56CPR RIV 50MG	LACOSAMIDE	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
LAMICTAL*56CPR DISPERS 100MG	LAMOTRIGINA	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA

SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
LAMICTAL*56CPR DISPERS 200MG	LAMOTRIGINA	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
LAMICTAL*56CPR DISPERS 50MG	LAMOTRIGINA	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP 50MG	LAMOTRIGINA	NO	NO	NO	
LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP100MG	LAMOTRIGINA	NO	NO	NO	
LAMOTRIGINA EG*56CPR DISP200MG	LAMOTRIGINA	NO	NO	NO	
IPSTYL*IM FL30MG RP+F 2ML SOLV	LANREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
IPSTYL*SC 1SIR 60MG	LANREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
IPSTYL*SC SIR 120MG	LANREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
IPSTYL*SC SIR 90MG	LANREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
MYRELEZ*SC 1SIR 120MG+AGO	LANREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
ARAVA*3CPR RIV 100MG	LEFLUNOMIDE	NO			Dose di carico
LEFLUNOMIDE MY*30CPR RIV 20MG	LEFLUNOMIDE	NO	SI	SI	
GOSURAN*30CPR RIV 2,5MG	LETROZOLO	NO	NO	NO	
ELIGARD*SC SIR+SIR 22,5MG+KIT	LEUPRORELINA ACETATO	51	SI	SI	
ELIGARD*SC SIR+SIR 45MG KIT	LEUPRORELINA ACETATO	51	SI	SI	
ELIGARD*SC SIR+SIR 7,5MG+KIT	LEUPRORELINA ACETATO	51	SI	SI	
ENANTONE*IM SC SIR11,25MG/MLRP	LEUPRORELINA ACETATO	51	SI	SI	
ENANTONE*IM SC SIR3,75MG/ML RP	LEUPRORELINA ACETATO	51	SI	SI	
KEPPRA*30CPR RIV 1000MG	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
KEPPRA*60CPR RIV 500MG	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
KEPPRA*OS 150ML 100MG/ML+SI1ML	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
KEPPRA*OS 300ML 100MG/ML+S10ML	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
ITALEPT*OS 300ML100MG/ML+S10ML	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	
LEVETIRACETAM AUR*30CPR 1000MG	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	
LEVETIRACETAM AUR*60CPR 500MG	LEVETIRACETAM	NO	NO	NO	
STALEVO 100MG.+25MG.+200MG. CPR	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	NO	SI	SI	
STALEVO 125MG + 31,25 MG + 200MG. CPR	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	NO	SI	SI	
STALEVO 150MG + 37,5 MG + 200MG. CPR	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	NO	SI	SI	
STALEVO 200MG.+50MG.+200MG. CPR	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	NO	SI	SI	
STALEVO 50MG + 12,5 MG + 200MG. CPR	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	NO	SI	SI	
STALEVO 75MG + 18,75 MG + 200MG. CPR	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	NO	SI	SI	
VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML	LIRAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
LYXUMIA*1PEN 3ML 10MCG	LIXISENATIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
LYXUMIA*2PEN 3ML 20MCG	LIXISENATIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
LATUDA*28CPR RIV 18,5MG	LURASIDONE CLORIDRATO	NO	*	*	PT AIFA per adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni
LATUDA*28CPR RIV 37MG	LURASIDONE CLORIDRATO	NO	*	*	PT AIFA per adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni
LATUDA*28CPR RIV 74MG	LURASIDONE CLORIDRATO	NO	*	*	PT AIFA per adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni
SIRIO*60CPR EFF 12,5MG+125MG	MELEVODOPA CLORIDRATO/CARBIDOPA IDRATA	NO	SI	SI	PT solo per RER
SIRIO*60CPR EFF 25MG+100MG	MELEVODOPA CLORIDRATO/CARBIDOPA IDRATA	NO	SI	SI	PT solo per RER
MEMANTINA 10MG/ML SOL. ORALE 50 ML	MEMANTINA CLORIDRATO	85	SI	SI	
MEMANTINA MYLAN 10 MG CP RIV	MEMANTINA CLORIDRATO	85	SI	SI	
MEMANTINA MYLAN 20 MG CP RIV	MEMANTINA CLORIDRATO	85	SI	SI	
OC-AUTO FLACONE FECI ETICH 1PZ	NESSUN PRINCIPIO ATTIVO	NO	NO	NO	Per farmacie aderenti al progetto screening colon retto
PAXLOVID*20CPR 150MG+10CPR 100	NIRMATRELVIR (PF-07321332)/RITONAVIR	NO	SI	NO	Se mancante in DPC, inviare il paziente in DD
SANDOSTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SANDOSTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2	OCTREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SANDOSTATINA LAR*FL 30MG+SIR	OCTREOTIDE ACETATO	NO	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
FARPENTA*28CPR 10MG	OLANZAPINA	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
FARPENTA*28CPR 2,5MG	OLANZAPINA	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
FARPENTA*28CPR 5MG	OLANZAPINA	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
OLANZAPINA AUR*28CPR OROD 10MG	OLANZAPINA	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze. Solo per pazienti con reale necessità di formulazione orodispersibile
OLANZAPINA AUR*28CPR OROD 5MG	OLANZAPINA	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze. Solo per pazienti con reale necessità di formulazione orodispersibile
ONGENTYS*30CPS 50MG	OPICAPONE	SI	SI	SI	
PALIPERIDONE SANDOZ 3 MG RP CP	PALIPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze

SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
PALIPERIDONE SANDOZ 6 MG RP CP	PALIPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
PALIPERIDONE SANDOZ 9 MG RP CP	PALIPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
FLUXUM*SC 6SIR 0,3ML 3200UIAXA	PARNAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Non è in Prontuario AVEN
FLUXUM*SC 6SIR 0,4ML 4250UIAXA	PARNAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Non è in Prontuario AVEN
FLUXUM*SC 6SIR 0,6ML 6400UIAXA	PARNAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Non è in Prontuario AVEN
FLUXUM*SC 6SIR 0,8ML 8500UIAXA	PARNAPARINA SODICA	NO	NO	NO	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista. Non è in Prontuario AVEN
FYCOMPA*28CPR RIV 10MG	PERAMPANEL	NO	SI	SI	
FYCOMPA*28CPR RIV 12MG	PERAMPANEL	NO	SI	SI	
FYCOMPA*28CPR RIV 4MG	PERAMPANEL	NO	SI	SI	
FYCOMPA*28CPR RIV 6MG	PERAMPANEL	NO	SI	SI	
FYCOMPA*28CPR RIV 8MG	PERAMPANEL	NO	SI	SI	
FYCOMPA*7CPR RIV 2MG	PERAMPANEL	NO	SI	SI	
ACTOS*28CPR 15MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	NO	NO	NO	
ACTOS*28CPR 30MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	NO	NO	NO	
ACTOS*28CPR 45MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	NO	NO	NO	
TANDEMACT*28CPR 30MG+2MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE	NO	NO	NO	
TANDEMACT*28CPR 30MG+4MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE	NO	NO	NO	
COMPETACT*56CPR RIV 15MG+850MG	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	NO	NO	NO	
MIRAPEXIN*30CPR 0,7MG	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO	NO	NO	NO	
PRAMIPEXOLO SA*30CPR 1,05MG RP	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO	NO	NO	NO	
PRAMIPEXOLO SA*30CPR 2,1MG RP	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO	NO	NO	NO	
PRAMIPEXOLO SA*30CPR 3,15MG RP	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO	NO	NO	NO	
PRASUGREL MY*28CPR RIV 10MG FL	PRASUGREL BESILATO	NO	SI	SI	
PRASUGREL MY*28CPR RIV 5MG FL	PRASUGREL BESILATO	NO	SI	SI	Dosaggio ridotto: età ≥ 75 anni; Pazienti con peso corporeo < 60 kg
EFIENT*28CPR RIV 10MG	PRASUGREL CLORIDRATO	NO	SI	SI	DPC SOLO SIC VOLO PER CONTINUITA' TERAPEUTICA - attualmente prodotto in gara
EFIENT*28CPR RIV 5MG	PRASUGREL CLORIDRATO	NO	SI	SI	DPC SOLO SIC VOLO PER CONTINUITA' TERAPEUTICA - attualmente prodotto in gara
SUMIAL*50CPR RIV 40MG	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	NO	NO	NO	IN DPC se prodotto non disponibile in convezionata
QUETIAPINA ACC*60CPR 200MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA ACC*60CPR 300MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA ACC*60CPR 50MG RP	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA AHCL 100 MG CPR	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA MYLAN 150 MG R.P. CP	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA SAN 400 MG RP CP	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA TE*30CPR RIV 25MG	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA TE*60CPR RIV 200MG	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
QUETIAPINA TE*60CPR RIV 300MG	QUETIAPINA FUMARATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
RASAGILINA KRKA*28CPR 1MG	RASAGILINA TARTRATO	NO	SI	SI	
RISPERIDONE AURO*60CPR 1MG	RISPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
RISPERIDONE AURO*60CPR 2MG	RISPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
RISPERIDONE AURO*60CPR 3MG	RISPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
RISPERIDONE AURO*60CPR 4MG	RISPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
RISPERIDONE SAND*OS GTT 100ML	RISPERIDONE	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
XARELTO*28CPR RIV 20MG	RIVAROXABAN	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
XARELTO*30CPR RIV 10MG	RIVAROXABAN	NO	SI	SI	Solo per TVP e EP
XARELTO*42CPR RIV 15MG	RIVAROXABAN	*	SI	*	NOTA 97 PER FANV PT Sistema TS NO validazione del Servizio Farmaceutico, senza NOTA TVP/EP PT AIFA Specialista con validazione del Servizio Farmaceutico
RIVASTIGMINA SAN*30CER 13,3MG	RIVASTIGMINA	85	SI	SI	

SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
RIVASTIGMINA SAN*30CER 4,6MG	RIVASTIGMINA	85	SI	SI	
RIVASTIGMINA SAN*30CER 9,5MG	RIVASTIGMINA	85	SI	SI	
RIVASTIGMINA SANDOZ 1.5 MG CPR	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	85	SI	SI	
RIVASTIGMINA SANDOZ 3 MG CPS	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	85	SI	SI	
RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5 MG CPS	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	85	SI	SI	
RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG CPS	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	85	SI	SI	
REQUIP*21CPR RIV 2MG	ROPINIROLO CLORIDRATO	NO	NO	NO	
REQUIP*21CPR RIV 5MG	ROPINIROLO CLORIDRATO	NO	NO	NO	
ROPINIROLO KR*28CPR RIV 2MG RP	ROPINIROLO CLORIDRATO	NO	NO	NO	
ROPINIROLO KR*28CPR RIV 4MG RP	ROPINIROLO CLORIDRATO	NO	NO	NO	
ROPINIROLO KR*28CPR RIV 8MG RP	ROPINIROLO CLORIDRATO	NO	NO	NO	
NEUPRO*28CER 2MG/24H	ROTIGOTINA	NO	SI	SI	PT solo per RER
NEUPRO*28CER 4MG/24H	ROTIGOTINA	NO	SI	SI	PT solo per RER
NEUPRO*28CER 6MG/24H	ROTIGOTINA	NO	SI	SI	PT solo per RER
NEUPRO*28CER 8MG/24H	ROTIGOTINA	NO	SI	SI	PT solo per RER
XADAGO*30CPR RIV 100MG	SAFINAMIDE METANSOLFONATO	NO	SI	SI	
XADAGO*30CPR RIV 50MG	SAFINAMIDE METANSOLFONATO	NO	SI	SI	
OZEMPIC*1PEN 0,25MG/D+4AGHI	SEMAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
OZEMPIC*1PEN 0,5MG/D+4AGHI	SEMAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
OZEMPIC*1PEN 1MG/D+4AGHI	SEMAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
RYBELSUS*30CPR 14MG	SEMAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA. No prima prescrizione
RYBELSUS*30CPR 3MG	SEMAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA
RYBELSUS*30CPR 7MG	SEMAGLUTIDE	100	SI	SI	Scheda di prescrizione e validazione AIFA. No prima prescrizione
GENOTROPIN MINI*4TBF 1,2MG(3,6	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*4TBF 1,4MG(4,2	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*4TBF 1,6MG(4,8	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*4TBF 1,8MG(5,4	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*4TBF 2MG(6UI)	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*7CART 1MG(3UI)	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*7CART0,2MG(0,6	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*7CART0,4MG(1,2	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*7CART0,6MG(1,8	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN MINI*7CART0,8MG(2,4	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN*1TBF 12MG(36UI)	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
GENOTROPIN*1TBF 5,3MG (16UI)	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMATROPE*1CART 12MG(36UI)+SIR	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMATROPE*1CART 24MG(72UI)+SIR	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
HUMATROPE*1CART 6MG (18UI)+SIR	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
NORDITROPIN SIMPLEXX*10MG1,5ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Cessata produzione
NORDITROPIN SIMPLEXX*15MG/1,5M	SOMATROPINA	39	SI	SI	Cessata produzione
NORDITROPIN SIMPLEXX*5MG/1,5ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco carente
NUTROPINAQ*SC 1CART 10MG 2ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Cessata produzione
OMNITROPE*SUREPAL CART 5MG/1,5	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
OMNITROPE*SUREPAL CART10MG/1,5	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
OMNITROPE*SUREPAL CART15MG/1,5	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SAIZEN*1CART 5,83MG/ML 1,03ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SAIZEN*1CART 8MG/ML 1,50ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SAIZEN*1FL 1,33MG(4UI)+1F 1ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
SAIZEN*3FL 1,33MG(4UI)+3F 1ML	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
ZOMACTON*SC 1FL 4MG+F 3,5 SOLV	SOMATROPINA	39	SI	SI	Farmaco biologico, non automaticamente sostituibile dal farmacista
CARELIMUS UNG 0,1% 30G TUBO	TACROLIMUS MONOIDRATO	NO	SI	SI	
PROTOPIC UNGUENTO 0,03% 30G.	TACROLIMUS MONOIDRATO	NO	SI	SI	
BRILIQUE*56CPR RIV 60MG	TICAGRELOR	NO	SI	SI	Non in Lista di trasparenza AIFA
BRILIQUE*56CPR RIV 90MG	TICAGRELOR	NO	SI	SI	Non in Lista di trasparenza AIFA
TASMAR*100CPR RIV 100MG FL	TOLCAPONE	NO	SI	SI	
TOPAMAX*60CPR RIV 100MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA

SPECILITA' MEDICINALE	PRINCIPIO ATTIVO	NOTA AIFA	PT/SCHEDA	VALIDAZIONE	NOTE
TOPAMAX*60CPR RIV 200MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
TOPAMAX*60CPR RIV 25MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
TOPAMAX*60CPR RIV 50MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	Erogabile solo con "NON SOTITUIBILE" + MOTIVAZIONE RICETTA
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 100MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 200MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 25MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	
TOPIRAMATO EG*60CPR RIV 50MG	TOPIRAMATO	NO	NO	NO	
DECAPEPTYL*FL 3,75MG+2ML+1SIR	TRIPTORELINA	51	SI	SI	
GONAPEPTYL DEPOT*SIR 3,75MG+SO	TRIPTORELINA	51	SI	SI	
DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR	TRIPTORELINA EMBONATO	51	SI	SI	
DECAPEPTYL*FL22,5MG/2ML RP+SIR	TRIPTORELINA EMBONATO	51	SI	SI	
FLUAD*IM 1SIR 0,5ML 2025-2026	VACCINO INFLUENZA INATTIVATO	NO	NO	NO	ETA' >= 50 ANNI con patologie a rischio; ETA' >= 65 ANNI sani
INFLUVAC S*IM SC SIR+AGO 25-26	VACCINO INFLUENZA INATTIVATO	NO	NO	NO	ETA' 18-64 ANNI
COMIRNATY LP.8.1*1FL 2,25ML	VACCINO MRNA COVID-19 CHE CODIFICA PER LP.8.1 MODIFICATO A LIVELLO DEI NUCLEOSIDI (INSERITO IN NANOPARTICELLE LIPIDICHE)	NO	NO	NO	
VALACICLOVIR MY*21CPR RIV 1G	VALACICLOVIR CLORIDRATO	84	NO	NO	
VALACICLOVIR MY*42CPR RIV500MG	VALACICLOVIR CLORIDRATO	84	NO	NO	
ZIPRASIDONE SAN*56CPS 20MG	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
ZIPRASIDONE SAN*56CPS 40MG	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze
ZIPRASIDONE SAN*56CPS 60MG	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	NO	*	NO	DD con PT DISTURBI COGNITIVI per demenze