



**DIPARTIMENTO FARMACEUTICO**

Via dell'Amicizia n° 72 Palazzo ex INAM - 80035 Nola (NA)  
Corso Alcide De Gasperi n°167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)  
Tel. 081.8223648 - 0818223609 - 0818729811 fax 0818223615  
P.E.C.: [dipfarm@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:dipfarm@pec.aslnapoli3sud.it)  
E.Mail: [dipfarm@aslnapoli3sud.it](mailto:dipfarm@aslnapoli3sud.it)

Prot. n° 26565  
del 24 FEB. 2017

Al Presidente Federfarma Napoli  
Al Presidente Assofarm Regione Campania  
Ai Farmacisti Convenzionati ASL NA 3 Sud  
A Federfar.NA tramite Presidente Federfarma Napoli  
p.c. A Direttore Generale  
A Direttore Sanitario  
A Direttore Amministrativo

**OGGETTO: Decreto n.97/2016 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania ad oggetto: "Distribuzione dei farmaci in nome e per conto. Definizione dell'elenco unico, della tariffa massima di remunerazione e di altre regole per la disciplina uniforme del servizio a livello regionale".**  
**Accordo ASL NA 3 SUD – FEDERFARMA NAPOLI – ASSOFAARM CAMPANIA per l'erogazione in nome e per conto dei Farmaci PHT di recepimento delle clausole stabilite negli articoli 1.2.3.4.5.6. del decreto 97/2016 come previsto dall'art. 7 del decreto stesso.**

In attuazione delle politiche di rientro del deficit, per il rispetto delle quali la Direzione Aziendale è fortemente impegnata e nell'ottica comune di assicurare all'utenza un servizio sempre più efficace ed efficiente, l'ASL NA 3 Sud, Federfarma Napoli e Assofarm Campania, in attuazione del Decreto in oggetto, hanno sottoscritto l'allegato Accordo per l'erogazione dei farmaci PHT di cui si è preso atto con Delibera del Direttore Generale n. 70 del 06/02/2017.

**Tale Accordo, che entra in vigore decorsi 15 giorni dalla data di approvazione della delibera di presa d'atto, sarà esecutivo a partire dal 01/03/2017.**

All'Accordo è allegato (parte integrante) elenco di farmaci come da punto 1. del Decreto 97/2016 e come in ultimo modificato dal Dirigente Regionale UOD 08 Politiche del Farmaco e Dispositivi.

All'accordo è anche allegato il Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico.

Con l'Accordo si stabilisce:

- la retribuzione degli oneri di distribuzione sarà contabilizzata a confezione erogata in regime di Distribuzione per Conto e sarà pari a € 6,00 a confezione + IVA al 22% come per legge;
- l'importo spettante alle Farmacie per il servizio di erogazione in DPC dovrà essere riportato sulla DCRU;
- le ricette relative alla spedizione in regime di SSN dei farmaci oggetto dell'accordo, salvo casi eccezionali e limitati (come da regolamento) non saranno ammesse a pagamento.

Copia dell'Accordo e del Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico, scaricabili dal sito dell'ASL, si notificano via mail.

I Farmacisti Convenzionati e il Distributore Intermedio sono tenuti al puntuale e pedissequo rispetto di quanto previsto nell'Accordo attuando rigorosamente procedure e modalità definite nei Regolamento Attuativo e nel Disciplinare Tecnico

Il Responsabile UOS e della Gestione DPC  
dr.ssa Principia Marotta

Dipartimento Farmaceutico  
Il Direttore  
dr. Eduardo Nava

167 26002  
23 FEB. 2017



REGIONE CAMPANIA

Prot. 2017. 0127748 22/02/2017 11,35

Mitt. : 020400 UOD Politiche del farmaco e dis...  
Dest. : AI DIRETTORI GENERALI AA.SS.LL. REGIONE CAMPANIA; SOF...  
FEDERFARMA ASSOFARMA  
Classifica : 52.4. Fascicolo : 19 del 2017



**Giunta Regionale della Campania**  
Dip. 52 - D.G. 04 - U.O.D. 08  
**Direzione Generale per la Tutela della Sa**  
**Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale**  
**UOD Politica del farmaco e dispositivi**

Ai Direttori Generali delle AA.SS.LL  
e per loro tramite  
ai Responsabili Dipartimenti Farmaceutici ASL

A Federfarma Campania

A Assofarm Campania

A So.Re.Sa

loro sedi

**OGGETTO: Aggiornamento elenco farmaci A-PHT dispensati in DPC - Allegato 1**  
**Decreto 97**

Così come previsto dal Decreto commissariale 97 del 20.09.2017, dopo aver consultato le organizzazioni sindacali di categoria, si è proceduto all'aggiornamento dell'elenco dei farmaci A-PHT ( allegato 1) dispensati in Distribuzione per Conto.

Tale elenco sarà attivo dal 1 Marzo. Si invitano, pertanto, le SS.LL a prendere visione delle modifiche e/o integrazioni apportate all'allegato 1.

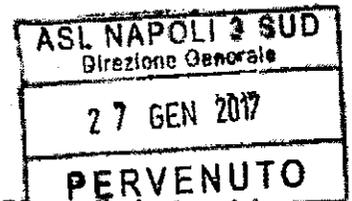
Si precisa, inoltre, che l'inserimento degli altri farmaci del decreto 97, non presenti nel nuovo allegato 1, è procrastinato fino all'avvio in tutte le AA.SS.LL della DPC regionale.

*d'ordine*  
Il Dirigente dell'UOD Politiche  
del Farmaco e Dispositivi  
Dott. Ugo Trama  
*Ugo Trama*



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

Via Marconi, 66 – Torre del Greco (NA)



Oggetto: Decreto n.97/2016 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania ad oggetto: "Distribuzione dei farmaci in nome e per conto. Definizione dell'elenco unico, della tariffa massima di remunerazione e di altre regole per la disciplina uniforme del servizio a livello regionale".

Accordo ASL NA 3 SUD – FEDERFARMA NAPOLI – ASSOFARM CAMPANIA per l'erogazione in nome e per conto dei Farmaci PHT di recepimento delle clausole stabilite negli articoli 1.2.3.4.5.6. del decreto 97/2016 come previsto dall'art. 7 del decreto stesso.

II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dallo stesso dirigente responsabile proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche in fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.lgs 30 giugno 2003, n. 196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;

PREMESSO:

- che l'ASL è attivamente impegnata per individuare tutti i percorsi che consentano il rispetto dei parametri di spesa assegnati alla luce delle politiche di rientro del deficit;
- che con riguardo alla erogazione dei farmaci PHT, al fine di garantire la necessaria assistenza farmaceutica agli assistiti nel rispetto degli obiettivi di spesa definiti dalla Regione, nelle more di disposizioni regionali, negli anni, sono stati sottoscritti accordi per l'erogazione dei farmaci PHT "in nome e per conto" con Federfarma Napoli e Assofarm Campania;
- che sul BURC n. 69 dello scorso 17/10/2016 è stato pubblicato il Decreto n. 97/2016 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania ad oggetto: "Distribuzione dei farmaci "in nome e per conto". Definizione dell'elenco unico, della tariffa massima di remunerazione e di altre regole per la disciplina uniforme del servizio a livello regionale";
- che tale decreto individua e stabilisce nei primi 6 articoli i criteri fondamentali per la uniforme disciplina del servizio "in nome e per conto" in Regione Campania;
- che l'art 7 stabilisce l'obbligatorio recepimento negli accordi di DPC delle clausole individuate nei precedenti 6 articoli del decreto stesso;
- che, al fine di ogni puntuale esecuzione di quanto stabilito nel decreto 97, sono stati tenuti incontri con Federfarma Napoli e Assofarm Campania in rappresentanza delle farmacie pubbliche e private operanti nel territorio dell'ASL NA 3 Sud come da verbali sottoscritti alle diverse date e agli atti dell'ASL;
- che, a conclusione di tale percorso, in data 21.12.2016, è stato sottoscritto Accordo tra ASL NA 3 Sud – Federfarma Napoli – Assofarm Campania per l'erogazione "in nome e per conto" dei farmaci PHT recependo, come previsto dall'art. 7, le clausole stabilite negli articoli 1.2.3.4.5.6. del decreto 97/2016, anche sottoscrivendo "Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico" allegato all'Accordo;
- che all'accordo sottoscritto è accluso Allegato n. 1 – elenco regionale dei farmaci da erogare in Distribuzione per Conto (DPC) sull'intero territorio regionale come approvato con l'art. 1 del decreto 97/2016;

Per tutto quanto rappresentato



## PROPONE AL DIRETTORE GENERALE:

- di prendere atto dell'allegato Accordo per l'erogazione "in nome e per conto" dei Farmaci PHT di recepimento delle clausole stabilite negli articoli 1.2.3.4.5.6. del decreto 97/2016 come previsto dall'art. 7 e sottoscritto lo scorso 21.12.2016 da ASL NA 3 Sud - Federfarma Napoli - Assofarm Campania in uno al "Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico", anch'esso allegato;
- di prendere atto dell'allegato elenco regionale dei farmaci da erogare in Distribuzione per Conto (DPC) sull'intero territorio regionale come approvato con l'art. 1 del decreto 97/2016 - Allegato n. 1;
- di stabilire che gli allegati alla presente delibera (Accordo, Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico, Allegato n.1) sono parti integranti e sostanziali della stessa delibera;
- di stabilire, ancora, che l'Accordo entra in vigore decorsi 15 giorni dalla data di esecutività della presente delibera per consentire gli adempimenti consequenziali a cura del Dipartimento Farmaceutico e per l'esaurimento di eventuali giacenze come da art. 8 - punto b) del decreto 97/2016;;
- di rendere la presente immediatamente esecutiva.

Dipartimento Farmaceutico  
Il Direttore  
dr. Eduardo Nava

## II DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal Dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia della privacy;

Seguiti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo dell'Azienda

Il Direttore Sanitario  
dr. Luigi Catarino

Il Direttore Amministrativo  
dr. Domenico Corallo

## DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che qui s'intendono integralmente riportati e trascritti:

- di prendere atto dell'allegato Accordo per l'erogazione "in nome e per conto" dei Farmaci PHT di recepimento delle clausole stabilite negli articoli 1.2.3.4.5.6. del decreto 97/2016 come previsto dall'art. 7 e sottoscritto lo scorso 21.12.2016 da ASL NA 3 Sud- Federfarma Napoli-Assofarm Campania in uno al "Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico", anch'esso allegato;
- di prendere atto dell'allegato elenco regionale dei farmaci da erogare in Distribuzione per Conto (DPC) sull'intero territorio regionale come approvato con l'art. 1 del decreto 97/2016 - Allegato n. 1;
- di stabilire che gli allegati alla presente delibera (Accordo, Regolamento Attuativo e Disciplinare Tecnico, Allegato n.1) sono parti integranti e sostanziali della delibera stessa;
- di stabilire, ancora, che l'Accordo entra in vigore decorsi 15 giorni dalla data di esecutività della presente delibera per consentire gli adempimenti consequenziali a cura del Dipartimento Farmaceutico e per l'esaurimento di eventuali giacenze come da art. 8 - punto b) del decreto 97/2016;

IL DIRIGENTE PROPONENTE sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa, data l'urgenza, immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

Il Direttore Generale  
dr.ssa Antonietta Costantini

**ACCORDO PER LA DISTRIBUZIONE TRAMITE LE FARMACIE CONVENZIONATE DI FARMACI DI CUI AL PHT "PRONTUARIO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA" (DETERMINAZIONE AIFA DEL 29 OTTOBRE 2004 S.O. n. 162 ALLA G.U. N.259 DEL 4 NOVEMBRE 2004)**

TRA

ASL NA 3 SUD rappresentata dal Direttore Generale dr.ssa Antonietta Costantini

FEDERFARMA NAPOLI rappresentata dal Presidente dr. Michele Di Iorio

ASSOFARM CAMPANIA rappresentata dal Coordinatore Regionale dr. Domenico Della Gatta

- premesso che, in attuazione della Deliberazione del Direttore Generale n. 159 del 03.04.2013 "ad oggetto *"Accordo ASL Napoli3 Sud – Federfarma Napoli – Assofarm Campania per erogazione farmaci PHT"* è a tutt'oggi vigente, in proroga, per il territorio della ASL Napoli 3 Sud, un accordo per la erogazione di farmaci di cui alla Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004, sottoscritto con le Associazioni sindacali di categoria delle farmacie per il pubblico e privato esercizio, in ragione di quanto disposto all'art.8 lettere a) della L. 405/01;
- visto il Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di rientro del Settore Sanitario n. 97 del 20.09.2016 ad oggetto *"Distribuzione dei farmaci in nome e per conto. Definizione dell'elenco unico, della tariffa massima di remunerazione e di altre regole per la disciplina uniforme del servizio a livello regionale"*;
- rilevato che nell'Accordo è specificamente previsto all'ultimo capoverso che *"In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari nonché di provvedimenti amministrativi, sia nazionali che regionali, incidenti sul contenuto dell'Accordo, lo stesso dovrà essere opportunamente modificato ed integrato; in caso di formalizzazione di un Accordo che regoli la materia del presente per l'intero ambito regionale, i termini e gli effetti prodotti dal presente Accordo si intenderanno nulli dalla decorrenza delle disposizioni regionali"*;

Preso atto che al punto 7 del Provvedimento Commissariale, nell'ambito degli Accordi DPC sottoscritti a livello Aziendale, devono essere obbligatoriamente recepite le clausole di cui ai punti 1-2-3-4-5-6 dello stesso Atto e pertanto:

1. Si recepisce l'elenco unico regionale dei farmaci in Distribuzione Per Conto sull'intero territorio regionale e di cui all'Allegato 1 del DCA n. 97 del 20.09.2016, che, quale allegato al presente Accordo, si sostanzia quale parte integrale e sostanziale dello stesso;
2. L'aggiornamento dell'elenco di cui al punto 1 verrà effettuato dal Dirigente della UOD 08 della Direzione Generale per la Tutela della salute. Si precisa che salvo specifica indicazione resa dal delegato regionale, entro i tempi tecnici necessari dalla comunicazione resa, la A.S.L. provvederà ad approvvigionarsi del farmaco di nuovo inserimento in elenco al fine di attivarne l'erogazione in D.P.C.. Contemporaneamente la stessa UOD della Regione Campania renderà la stessa comunicazione alla Centrale di committenza regionale al fine di attivare, per la prosecuzione della DPC, le procedure centralizzate per l'acquisto del nuovo farmaco.
3. Relativamente al compenso da corrispondersi alle farmacie si rimanda a quanto in appresso esplicitato alla lettera c) per gli impegni assunti da questa A.S.L. del presente Accordo;
4. Nelle more della acquisizione da parte di So.Re.Sa. S.p.A. di una piattaforma informatica WEB oriented che consenta quanto stabilito al punto 4 - lett a), b), c) - del DCA n.97 del 20.09.2016, si continuerà ad utilizzare la piattaforma informatica attualmente in uso resa disponibile dal Distributore intermedio Federfar.Na s.r.l. come a suo tempo individuato da Federfarma Napoli ed Assofarm Campania;



5. Relativamente all'utilizzo della piattaforma informatica regionale Sani.Arp. si rimanda a quanto in appresso esplicitato alla lettera a) nel novero degli impegni assunti dalle farmacie convenzionate per il pubblico e privato esercizio in esecuzione del presente Accordo;
6. Per le verifiche in carico alle farmacie e di cui al punto 6 del DCA, si rimanda a quanto specificamente indicato all'art. 2 lettera b) del presente Accordo.

Tanto premesso si conviene e si stipula quanto segue:

Le premesse ed ogni altra considerazione su esposta fanno parte integrante del presente accordo il cui obiettivo è quello di contribuire a mantenere, unitamente agli altri strumenti attivati dalla ASL NA 3 SUD la spesa farmaceutica territoriale nell'ambito del tetto di spesa.

**1 - la ASL NAPOLI 3 SUD si impegna a :**

- a) Acquistare i farmaci di cui ai principi attivi elencati nell' Allegato 1 al DCA n. 97 del 20.09.2016 e ss.mm.ii., comprese nel PHT "Prontuario della distribuzione diretta" di cui alla determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 e distribuirle anche per il tramite delle farmacie convenzionate per il privato e pubblico esercizio.

Le specialità medicinali acquistate dovranno essere dotate di fustello adesivo annullato con apposita dicitura, al fine di renderle facilmente distinguibili dalle confezioni in normale distribuzione. I farmaci in questione rimangono di esclusiva proprietà della Azienda Sanitaria Locale acquirente alla quale dovranno essere pertanto restituiti, sia da parte delle farmacie che da Federfar.Na s.r.l., in caso di ritiro dal commercio o in prossimità della scadenza dei lotti presenti in giacenza, ovvero, in caso di cessazione degli effetti del presente accordo;

limitare esclusivamente la distribuzione in forma diretta da parte delle farmacie territoriali dell'A.S.L., delle epoietine per l'indirizzo terapeutico in nefrologia, dei farmaci del PHT per le indicazioni terapeutiche di cui alla Legge 648/96, della deferoxamina in favore dei microcitemici e dornase alfa per la fibrosi cistica del pancreas, farmaci compresi nel PH-T oggetto di specifici percorsi di monitoraggio relativamente ai quali anche la registrazione della dispensazione avvenga su specifico portale AIFA, nonché quant'altro specificamente disposto dalle normative nazionale e regionale;

- c) riconoscere alle farmacie un rimborso degli oneri complessivi di distribuzione (sia intermedia che finale) pari ad € \_\_\_\_\_ al netto dell'IVA; tale importo è da riferirsi corrisposto per ciascuna confezione erogata in regime di Distribuzione Per Conto (DPC).

Tali remunerazioni, alle quali non si applicano gli sconti previsti dalla legge 662/96 e successive modificazioni, sono comprensive anche della remunerazione che le farmacie dovranno riconoscere al Federfar.Na s.r.l.

Gli importi di tale remunerazione saranno indicati, negli spazi appositamente dedicati, nella Distinta Contabile Riepilogativa prevista dal D.P.R. 371/98 e liquidati sulla scorta del dichiarato, fatte salve le operazioni di verifica tecnica e contabile delle ricette spedite;

- d) rendere opportunamente edotti i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta circa le modalità attuative del presente accordo;
- e) comunicare a Federfar.Na s.r.l., ordini che prevedono una copertura superiore ai tre mesi, per fini logistici in termini di mantenimento, particolarmente per farmaci soggetti al mantenimento della catena del freddo.

**2 - Le farmacie convenzionate per il privato e pubblico esercizio nel territorio della ASL NAPOLI 3 SUD si impegnano a:**

- a) utilizzare la piattaforma regionale Sani.Arp. per la verifica del MUP/P.T. nonché per la registrazione della dispensazione dei farmaci al paziente ed, inoltre, a verificare che le ricette a loro presentate appartengano all'ambito di applicazione del presente accordo in

quanto redatte su ricettario SSN e contenenti tutti gli elementi previsti dalla normativa nazionale e regionale sulla corretta compilazione delle ricette;

- b) provvederanno a verificare la presenza della motivazione sul MUP/Piano terapeutico ai fini della prescrizione di farmaco diverso di quello a minor costo al paziente naive; in mancanza il farmacista provvederà a richiedere integrazione alla prescrizione ed in caso di mancato perfezionamento delle integrazioni richieste provvederà, comunque, alla dispensazione del farmaco PH-T prescritto, informando, attraverso Sani.Arp., l'A.S.L. competente territorialmente.
- c) richiedere al Federfar.Na s.r.l. i farmaci prescritti, nella quantità necessaria alla spedizione delle ricette presentate in farmacia; tale richiesta verrà effettuata con procedura telematica;
- d) apporre sulla ricetta i fustelli ottici presenti sulle confezioni degli stessi e consegnare entro le 24 ore lavorative i farmaci all'utente senza richiedere il pagamento di alcun corrispettivo;
- e) inserire gli importi relativi agli oneri derivanti dalle erogazioni effettuate in regime di Distribuzione Per Conto, nella D.C.R.U. mensile, nel rispetto di quanto indicato con il disposto attuativo che sarà opportunamente emanato in esecuzione del presente accordo;
- f) restituire le confezioni richieste e non ritirate dall'assistito alla scadenza di validità della relativa prescrizione;

### 3 - Durata e Condizioni

Il presente accordo ha validità dal prossimo gennaio, e comunque a partire dalla data stabilita nella delibera di presa d'atto, avrà durata di un anno ed è prorogato tacitamente salvo disdetta da notificare entro 30 giorni dalla scadenza dai firmatari dell'accordo e, in ogni caso, salvo diverse successive disposizioni regionali.

Per ribadendo che la farmacia non ha responsabilità alcuna nella determinazione della spesa farmaceutica, con la sottoscrizione del presente accordo le parti intendono assolto l'onere di individuare forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa di cui all'art. 4, comma 3, lettera a) della legge 405/2001.

Si specifica che, per le specialità genericate alla scadenza brevettuale e fatte oggetto di procedure di aggiudicazione da parte della So.Re.Sa. S.p.A., è da intendersi in distribuzione il farmaco aggiudicato dalla centrale di committenza regionale.

Per i farmaci di nuova immissione in commercio, di cui è disposto dall'AIFA l'inserimento nel PHT, saranno di regola considerati integrati nell'Allegato 1, previa opportuna comunicazione da parte della competente UOD della Regione Campania.

Per tutto quanto non previsto nel presente Accordo e nel Regolamento attuativo e disciplinare tecnico, si rimanda al Regolamento attuativo e disciplinare tecnico (Allegato 2) ed alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari nonché di provvedimenti amministrativi, sia nazionali che regionali, incidenti sul contenuto dell'Accordo, lo stesso dovrà essere opportunamente modificato ed integrato.

Per la A.S.L. NAPOLI 3 SUD  
Il Direttore Generale

dr.ssa Antonietta Costantini



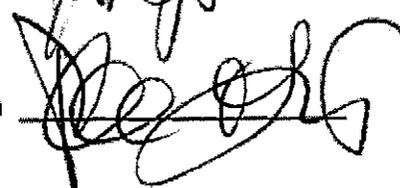
Per Federfarma Napoli  
Il Presidente

dr. Michele Di Iorio



Per Assofarm Campania  
Il Coordinatore Regionale

dr. Domenico Della Gatta



Allegati:



Allegato 1: Elenco dei farmaci oggetto della Distribuzione Per Conto.

Allegato 2: Regolamento attuativo e disciplinare tecnico



## ALLEGATO 2

### REGOLAMENTO ATTUATIVO E DISCIPLINARE TECNICO

#### **1. A.S.L. NA 3 SUD**

L'Azienda Sanitaria Locale NA 3 Sud si impegna ad acquistare i farmaci di cui all'Allegato 1 dell'Accordo dalle ditte produttrici, in base al prezzo e alle modalità di pagamento già concordate con le stesse e come risultanti dai contratti di fornitura, stipulati in proprio o dalla So.Re.Sa. S.p.A., l'approvvigionamento ciclico sarà effettuato sulla stima dei dati di consumo storico e la valutazione dell'andamento di erogazione.

Gli ordinativi relativi alla fornitura verranno inviati alle Aziende Farmaceutiche a mezzo fax, o altro mezzo anche elettronico ritenuto idoneo e comunque disciplinato dalla normativa vigente, secondo le abituali modalità che saranno adeguate successivamente alla completa attivazione della piattaforma So.Re.Sa. Copia degli ordinativi emessi nei termini descritti, sarà inviata al Federfar.Na s.r.l. al fine di rendere possibile il riscontro e la dichiarazione della conformità quali-quantitativa del consegnato all'ordinato.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud relativamente ai Fattori della coagulazione, vista la complessità della assistenza a tutela degli assistiti, provvederà a istituire un percorso idoneo di erogazione dei farmaci agli aventi diritto.

L'Azienda Sanitaria Locale NA 3 Sud svolgerà un'attività di vigilanza e controllo sul ciclo di distribuzione ed erogazione che comprende sia il Distributore Intermedio che le Farmacie aperte al pubblico e, nel caso di anomalie o irregolarità, proporrà eventuali modifiche o l'annullamento dell'Accordo stesso.

Nell'ambito dei controlli di competenza, qualora venisse accertato l'erogazione di farmaco con matrice di ricetta diversa da quella che ha generato la richiesta si provvederà a contestare formalmente tale inadempienza per accaparramento punibile con sanzione amministrativa e denuncia penale.

#### **2. Federfar.Na s.r.l.**

Al fine di poter garantire una corretta distribuzione dei farmaci oggetto dell'Accordo su tutto il territorio di pertinenza della ASL NA 3 Sud, si provvederà con il Distributore intermedio Federfar.Na s.r.l. come a suo tempo individuato da Federfarma Napoli ed Assofarm Campania.

Il Dipartimento Farmaceutico della ASLNA 3 Sud si avvarrà per lo stoccaggio dei prodotti, del deposito indicato dalla Federfar.Na s.r.l.

La consegna della fornitura dovrà essere corredata per ciascun ordinativo da un documento di trasporto che riporterà una distinta dei beni forniti con il codice AIC di ciascun prodotto, la quantità consegnata, il numero di lotto, nonché il numero univoco assegnato dalla ASL NA 3 Sud all'atto dell'invio dell'ordine al fornitore.

Le specialità in consegna al Federfar.Na s.r.l., viaggiano a rischio e pericolo del produttore-fornitore, che dovrà adottare tutte le precauzioni necessarie per evitare che la merce

subisca alterazioni durante il trasporto, soprattutto per quanto attiene il mantenimento della catena del freddo con esibizione all'atto della consegna della documentazione obbligatoria secondo le norme di buona distribuzione.

La Federfar.Na s.r.l., effettuerà e registrerà i controlli quali-quantitativi verificando, inoltre, la validità dei farmaci, che in nessun caso potrà essere inferiore ai 2/3 di validità alla produzione (come da contratti Soresa) dalla data di ricevimento degli stessi e, comunque dovrà rispettare i termini contrattuali stabiliti con le stazioni acquirenti sia essa la A.S.L. o la So.Re.Sa. S.p.A.

Per motivi di urgenza ed in deroga a quanto sopra indicato Federfar.Na s.r.l., dovrà essere formalmente autorizzato al ritiro del farmaco con scadenza inferiore al termine fissato.

In caso di impossibilità di procedere ad un accurato controllo, per via dell'imballaggio, all'atto della consegna, Federfar.Na s.r.l., è delegato, ove emergesse qualche non conformità dei prodotti e/o delle relative quantità rispetto all'ordinativo, a contestare al fornitore la non corrispondenza ed a trasmettere contestualmente tale contestazione alla A.S.L. NA 3 Sud; le contestazioni devono essere effettuate entro e non oltre tre giorni lavorativi dalla data di avvenuta consegna apposta sul documento di trasporto dall'accettante. La merce consegnata dai corrieri deve essere presa in carico da Federfar.Na entro 24 ore, e in caso di prodotti mancanti deve essere caricata contestualmente all'arrivo in magazzino; le ricette autorizzate in SSN per prodotti consegnati e non caricati saranno risarcite da Federfarna;

La Federfar.Na s.r.l., dovrà rimettere con cadenza settimanale alla A.S.L. NA 3 Sud, ordinante, copia della documentazione relativa a ciascuna consegna ricevuta per conto della stessa da parte delle Ditte fornitrici, corredata della dichiarazione di conformità qualitativa della consegna all'ordinativo di fornitura generato dalla A.S.L. NA 3 Sud.

Federfar.Na s.r.l., dovrà proporre alla ASL i livelli di scorta minima e la necessità di riordino per ciascun medicinale, segnalando tempestivamente ogni aspetto di criticità che possa influire negativamente sulla disponibilità dei medicinali nei confronti dei cittadini.

Federfar.NA s.r.l., identificato come Distributore di riferimento per la DPC ASL NA 3 Sud, sarà responsabile del bene "farmaco" di proprietà della ASL fino alla consegna presso le farmacie sia per quel che riguarda le modalità di trasporto e conservazione, che per problemi riguardanti la mancata consegna, la rottura delle confezioni e la mancata rispondenza tra giacenza di magazzino e le movimentazioni effettuate in entrata ed in uscita.

Sarà cura della Federfar.Na s.r.l., verificare che tutte le confezioni siano dotate di fustello a lettura ottica, annullato con la dicitura "Confezione Ospedaliera". I prodotti in oggetto dovranno essere collocati in uno spazio dedicato ad esclusivo utilizzo per la gestione dei farmaci per conto dall'A.S.L. NA 3 Sud, nel rispetto delle norme di buona conservazione previste dalla Farmacopea, con particolare attenzione alla scadenza dei farmaci in conto deposito ed avendo cura di segnalare alla ASL NA 3 Sud i prodotti che presentano una data di scadenza inferiore a sei mesi, e alla corretta temperatura di conservazione prevista dalle schede tecniche dei farmaci in questione.

Nell'esplicare tale attività di stoccaggio, Federfar.Na s.r.l., dovrà consegnare i farmaci in oggetto alle Farmacie richiedenti, assumendo a proprio carico le spese derivanti da

eventuali danneggiamenti durante il trasporto, garantendo una consegna nel rispetto della tempistica indicata nella successiva tabella:

|                                                                                                              |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| per gli ordinativi pervenuti al distributore dal lunedì al giovedì entro le ore 18.00                        | Consegna entro le ore 13.00 del giorno seguente        |
| per gli ordinativi pervenuti al distributore il venerdì entro le ore 19.00                                   | Consegna entro le ore 13.00 del sabato                 |
| per gli ordinativi pervenuti al distributore oltre le ore 19.00 del venerdì ed entro le ore 11.30 del sabato | Consegna alle farmacie aperte il pomeriggio del sabato |
| per gli ordinativi pervenuti al distributore oltre le ore 11.30 del sabato e di domenica                     | Consegna alle farmacie il pomeriggio del lunedì        |

Federfar.Na s.r.l., inoltre dovrà rendere disponibile con cadenza giornaliera, consultabile sulla piattaforma informatica in uso e scaricabile, a cura della ASL su supporto informatico, gli arrivi, i carichi, le giacenze, la gestione tecnica (mancanti, arrivi parziali, rotti, avariati, scaduti, etc.), le consegne effettuate alle Farmacie, nonché gli eventuali resi effettuati da queste ultime; dovrà inoltre consentire a che il personale incaricato dalla ASL NA 3 SUD possa visionare e monitorare le modalità di stoccaggio e le giacenze relative .

## 2.1 Copertura assicurativa e responsabilità

Federfar.Na s.r.l., garantisce che il deposito, dalla stessa individuato, sia provvisto di copertura assicurativa contro i rischi di deperimento o deterioramento dei prodotti oggetto del presente regolamento che sono stimati, al momento, in un valore medio di giacenza pari ad € 10.000.000 (giacenza media mensile prevista con l'inserimento dei nuovi prodotti);

In ogni caso Federfar.Na s.r.l., è responsabile, nei confronti della A.S.L. NA 3 Sud, per il deperimento o deterioramento dei prodotti affidati e per ogni altro danno direttamente od indirettamente cagionato nell'espletamento degli impegni assunti in ordine al deposito, allo stoccaggio, alla movimentazione ed alla consegna dei prodotti.

## 2.2 Remunerazione del Distributore Intermedio

Il rapporto disciplinato dalla presente convenzione attiene ad un pubblico servizio, pertanto, eventuali problematiche inerenti il mancato e/o inesatto adempimento delle obbligazioni assunte tra Federfar.Na s.r.l. e le farmacie convenzionate per il privato e pubblico esercizio non dovranno in alcun modo incidere sul regolare andamento del servizio. In tal senso si conviene che il mancato pagamento a Federfar.Na s.r.l. da parte delle farmacie convenzionate delle somme dovute per il servizio espletato, nei termini convenuti tra le parti, legittima Federfar.Na s.r.l. a comunicare tale inadempienza a Federfarma che, verificato il non adempimento si riserva la facoltà di escludere la farmacia inadempiente dalla D.P.C., previa autorizzazione dell'ASL NA 3 Sud e successiva comunicazione a Federfar.Na s.r.l.;

## 3. Medici di Medicina Generale – Pediatri di Libera Scelta – Continuità Assistenziale

La prescrizione sarà effettuata sul ricettario S.S.N. secondo le modalità previste dall'accordo di D.P.C. ed in osservanza della normativa relativa alla prescrizione a carico

del S.S.N. dei farmaci inseriti nell'Allegato 1, parti integranti dell'accordo ed eventuali integrazioni e comunque rispettando i formalismi scaturenti dalla rispondenza alle note AIFA, congruità e validità del Modello Unico di Prescrizione e/o del Piano Terapeutico, riconducibili ad una erogazione effettuabile in distribuzione diretta da parte della A.S.L. Napoli 3 Sud;

La ricetta potrà essere redatta per un numero di confezioni pari e non superiore all'espletamento di un mese di terapia, resta inteso che in caso di prescrizioni contenenti specialità con confezioni per unità posologica che determinino la mancata copertura o il superamento del mese di terapia anche per frazioni di esso è ammessa la prescrizione a copertura terapeutica per un periodo comunque non eccedente i sessanta giorni. Si precisa che per farmaci con confezionamenti da 28 u.p. (CPR, CPS) o la cui singola confezione copre una terapia pari a 28 giorni (SIR, PENNE, FIALE), la prescrizione di n°2 confezioni è ammessa e giustificata una sola volta nell'anno di trattamento, in quanto "la tredicesima" confezione è sufficiente a coprire i giorni di terapia che nell'arco dell'anno rimarrebbero scoperti con la prescrizione di una singola confezione per mese.

La possibilità da parte del MMG/PLS di esprimere per iscritto sulla ricetta rossa del SSN, nelle righe a disposizione per la descrizione della prescrizione, la propria volontà di non sostituibilità del farmaco con altro equivalente o con altra specialità di comarketing all'atto della dispensazione da parte del farmacista, comunque motivato, non è prevista da alcuna normativa vigente nel caso della DPC. Pertanto, qualora il medico ravvisi per lo specifico paziente dei motivi di intolleranza, idiosincrasia o reazione avversa di qualsiasi tipo (anche di tipo F = Failure ovvero Mancata Efficacia) e vorrà garantirgli l'accesso al farmaco in regime di Assistenza Farmaceutica Convenzionata lo stesso dovrà consegnare al paziente insieme alla ricetta 'rossa' SSN copia della scheda di segnalazione avversa (ADR).

Laddove il MMG/PLS voglia rendere vincolante la prescrizione di uno specifico farmaco il cui P.A. è presente nell'allegato 1, dovrà necessariamente attenersi a quanto previsto dall'art. 11 comma 12 del D.L 1/2012 convertito con modificazione con la L. 27 del 24/03/2012, inserendo sulla ricetta la clausola di non sostituibilità corredata da una sintetica motivazione.

Al fine di rendere certa l'identificazione della ricetta redatta per il canale della distribuzione per conto, ciascun prescrittore dovrà esplicitare sulla stessa la dicitura **D.P.C. A.S.L. NA 3 SUD**, che potrà essere apposta, sul fronte della ricetta, nello spazio dedicato alla prescrizione, stampato all'atto della redazione della ricetta per il mezzo dell'adeguamento del supporto software in utilizzo o con apposito timbro;

La spesa relativa alla prescrizione dei farmaci di cui all'allegato 1 non sarà posta a carico del budget della spesa farmaceutica del medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta.

Le ricette indicanti prescrizioni dei farmaci in D.P.C. non potranno in alcun modo riportare prescrizioni per altri farmaci a carico del S.S.R.

#### 4. Farmacia

Le Farmacie, nell'ambito di tale accordo, si impegnano a trasmettere gli ordini relativi ai farmaci in questione alla Federfar.Na s.r.l. tramite procedura standardizzata su piattaforma web, gestita da Federfar.Na s.r.l., o, in alternativa, trasmissione via fax di specifico modulo

di ordinativo, su cui va fotocopiata la ricetta, e riportato espressamente, da parte del farmacista quanto si intende ordinare nella qualità e nella quantità.

Relativamente al capoverso 2 dell'accordo punto a. la registrazione della dispensazione dei farmaci per il tramite della piattaforma informatica SANI.Arp, avrà inizio con l'introduzione del sistema informatico WEB Oriented regionale.

In merito al capoverso 2 punto b si fa riferimento alla nota della Struttura Commissariale prot n° 5918 del 11/10/2016 e alla allegata nota prot. 5864 del 11/10/2016...omissis.. "si ritiene, pertanto, che in una ottica improntata ad un proficuo confronto nell'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, si potrà avviare un tavolo di confronto per individuare le modalità attuative di tale principio e la relativa remunerazione, nonché la presa in carico del paziente e i nuovi servizi che sulla scorta di quanto previsto nella nuova convenzione nazionale potranno essere inclusi nei prossimi accordi tra le parti".

Le Farmacie sono tenute al rispetto di quanto sottoscritto nell'Accordo ed inoltre::

- a verificare che sulla ricetta sia stata apposta, la dichiarazione "D.P.C. A.S.L. NA 3 SUD" ed in caso di omissione provvedervi con propria annotazione apposta negli spazi consentiti;
- ad apporre, all'atto della spedizione, i fustelli ottici riportanti la dicitura "Confezione Ospedaliera", se gli stessi risultassero in numero superiore a sei, potrà essere utilizzato, il modello standardizzato aggiuntivo alla ricetta (Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 17 marzo 2008);
- ad indicare sull'ordine l'ASL di residenza del paziente

Sarà possibile effettuare reso al fornitore dei farmaci allo stesso richiesti:

- in caso di invio errato, entro 24 ore dalla data di consegna;
- per il mancato o parziale ritiro da parte del paziente, tale reso, sarà consentito entro i termini di validità della ricetta.

Il reso, effettuato con emissione del documento dovuto per legge, deve essere accompagnato da una dichiarazione sullo stato di buona conservazione del prodotto. Copia di tale movimentazione va allegata alla relativa ricetta che, ancorché non spedita, va comunque esibita alla A.S.L. NA 3 SUD per le attività di monitoraggio.

Non sarà consentito in nessun modo la spedizione di ricette in D.P.C. di cui all'allegato 1 del presente accordo, con confezioni di farmaci presenti nel normale ciclo di distribuzione e, comunque, nel caso di spedizione della ricetta, la stessa, non sarà contabilizzata e, pertanto, non ammessa al pagamento.

Le confezioni dei medicinali in Distribuzione Per Conto (DPC) sono confezioni ospedaliere con i fustelli annullati, per cui è necessaria una gestione separata da quella dei medicinali di proprietà della farmacia.

Non è ammesso detenere scorte di medicinali di proprietà della A.S.L. NA 3 SUD, che devono essere ordinati esclusivamente al momento della presentazione della ricetta a mezzo la trasmissione via web o fax della stessa al distributore, salvo quanto previsto al presente Regolamento relativamente ai fattori della coagulazione del sangue.

La ricetta potrà presentare un numero di confezioni pari e non superiore all'espletamento di un mese di terapia, salvo il caso di cui al punto 3 del presente regolamento.

Nel caso il Federfar.Na s.r.l., non evada in un'unica soluzione l'ordinativo emesso (trasmissione della ricetta), il farmacista potrà trattenere la ricetta e provvedere ad una erogazione frazionata da esaurirsi non oltre le due consegne e comunque entro il termine di validità della prescrizione.

Qualora sulla medesima ricetta siano prescritti un medicinale della D.P.C. ed un altro non compreso nella D.P.C. ma comunque a carico del S.S.R., la ricetta potrà essere spedita per uno solo dei canali previsti e, pertanto dovrà essere spedita per uno solo dei farmaci prescritti.

Non è prevista, né consentita, l'applicazione del ticket o della differenza del prezzo di riferimento.

## 5. Fatturazione alla ASL

Le ricette spedite nel corso di ciascun mese, vanno consegnate in analogia con quanto effettuato per l'attività svolta in regime convenzionale al dipartimento Farmaceutico della A.S.L. NA 3 SUD, nel rispetto dei termini previsti dalla vigente normativa, cioè, inderogabilmente, entro il termine del giorno 10 del mese successivo a quello della spedizione, in ragione della necessaria corrispondenza della movimentazione effettuata con quanto registrato nella piattaforma regionale Sani.Arp. non sarà possibile procrastinare la richiesta di pagamento degli oneri riconosciuti per l'espletamento della D.P.C. ad una mensilità successiva salvo che, causa consegna frazionata da parte del Distributore intermedio, la consegna della quantità prescritta avvenga a cavallo di due mensilità.

il farmacista avrà cura di timbrare, datare e numerare in ordine progressivo, le ricette spedite per conto, in analogia a quanto avviene per le ricette spedite in convenzione a carico del SSN, ed ordinarle in mazzette distinte, avendo cura di disporre in coda quelle spedite in favore di assistiti afferenti ad altra A.S.L. della Regione Campania.

Il farmacista avrà altresì cura di allegare alla D.C.R. A.I.R., sempre in analogia a quanto avviene per le ricette spedite in convenzione a carico del SSN, una stampa per mazzetta e per singola ricetta dalla quale si evinca l'elenco dei farmaci consegnati.

## 6. Partecipazione alla Distribuzione per Conto

Sono vincolate al rispetto del presente Accordo nonché, e, per quanto recepiti nello stesso, alle disposizioni di cui al DCA n. 97 del 20.09.2016, e per la partecipare alla attività di D.P.C., esclusivamente le Farmacie pubbliche e per il privato esercizio, rientranti nell'ambito territoriale della A.S.L. NA 3 SUD.

## 7. Gestione prodotti mancanti

In caso di momentanea indisponibilità di un farmaco per ordini inevasi il distributore intermedio si impegna a darne immediata comunicazione alla A.S.L.

La A.S.L. si impegna a mettere a disposizione un recapito mail, fax, per le comunicazioni urgenti.

La A.S.L. attiverà tutti i meccanismi per il reperimento, per l'immediato, del farmaco in questione nel ciclo distributivo, attraverso: il ricorso ad acquisizioni da altri propri magazzini; al prestito da parte di altre AA.SS.LL.;

In caso di momentanea indisponibilità alla fornitura al distributore del farmaco mancante, la A.S.L. provvederà ad emettere opportuna autorizzazione alla erogazione del farmaco in convenzione, alla farmacia che ne avrà fatto richiesta, inoltrata via mail (con trasmissione della ricetta ed eventuale P.T. o MUP), per cui sia evincibile la indispensabilità ed indifferibilità della consegna all'assistito a garanzia della continuità della terapia.

### 8. Casi particolari

Qualora, sia accertabile la indifferibilità della consegna del farmaco prescritto all'assistito, che tale consegna ricada nel giorno del sabato pomeriggio o della domenica, che il farmaco non possa essere reperito nei tempi necessari nel circuito distributivo attivabile in D.P.C. per la chiusura del distributore intermedio, la farmacia ha la facoltà di erogare il farmaco in regime di convenzione, senza preventiva autorizzazione da parte della A.S.L., limitandosi, compatibilmente con il confezionamento, alla copertura della terapia non oltre le 72 ore.

Resta inteso che tale possibilità sia identificabile esclusivamente per la prima prescrizione, in riferimento alla quale la farmacia della struttura pubblica ove insiste il centro prescrittore non abbia provveduto ad erogare il primo ciclo terapeutico.

La farmacia è tenuta a renderne debita e contestuale comunicazione alla A.S.L. ed alla piattaforma di monitoraggio Sani.Arp.

Il ricorso alla erogazione in convenzione, senza autorizzazione da parte della A.S.L., non è in alcun modo consentita in prosecuzione di terapia già in corso.

### 10. Durata

Il presente regolamento avrà durata pari a quella dell'accordo. In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari nonché di provvedimenti amministrativi, sia nazionali che regionali, che provochino modifiche ai contenuti dell'Accordo, le parti firmatarie si impegnano ad incontrarsi per verificare la necessità di apportare eventuali modifiche ed integrazioni al presente regolamento.

### 11. Commissione tecnica

Le parti firmatarie entro 30 giorni dalla esecutività dell'Accordo istituiscono una Commissione tecnica composta da due rappresentanti per le seguenti organizzazioni: A.S.L. NA 3 SUD – Federfarma Napoli – Assofarm - Medici di Medicina Generale – Pediatri di Libera scelta, nonché un rappresentante della Federfar.NA. Tale Commissione avrà lo scopo di definire, integrare ed aggiornare quanto utile per la gestione dell'organizzazione della Distribuzione Per Conto;

La Commissione tecnica si riunisce di norma ogni 60 gg., su convocazione del Direttore del Dipartimento Farmaceutico su proposta del Dirigente incaricato per la DPC.

L'accettazione del presente Regolamento, redatto in sei pagine numerate, ed espressa con la firma apposta in calce allo stesso, vincola ciascuna delle parti firmatarie fino alla estinzione dello stesso in caso di decadenza dell'Accordo o di modifiche che potranno essere apportate solo con apposito Atto emanato dalla Commissione Tecnica di cui all'art.

11.

Per la A.S.L. Napoli 3 SUD

Il Direttore Generale dr.ssa Antonietta Costantini \_\_\_\_\_

Per Federfarma Napoli

Il Presidente

dr. Michele Di Iorio \_\_\_\_\_

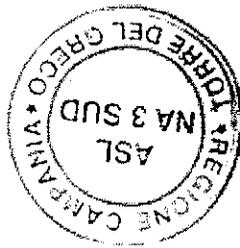
Per Assofarm Campania

Il Coordinatore Regionale

dr. Domenico Della Gatta \_\_\_\_\_



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullio)

*Marco Tullio*

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

7 FEB. 2017

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA \_\_\_\_\_ A:**

|   |                                    |                                      |                            |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 1 | DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE      | U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.      |                            |
| 2 | DIRETTORE AMM. AZIENDALE           | U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.    |                            |
| 3 | COLLEGIO SINDACALE                 | U.O.C. PATOLOGIA CLINICA             |                            |
|   | U.O.C. GABINETTO                   | U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE      |                            |
|   | U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE       | U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN  |                            |
|   | U.O.C. AFFARI GENERALI             | U.O.C. PSICOL. INTEG. DONNA E BAMB.  | DISTRETTO N. 52            |
|   | U.O.C. AFFARI LEGALI               | U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO     | DISTRETTO N. 53            |
|   | U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.   | U.O.C. RISK MANAGEMENT               | DISTRETTO N. 54            |
|   | U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE     | U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA              | DISTRETTO N. 55            |
|   | U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA      | U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA           | DISTRETTO N. 56            |
|   | U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A | SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD | DISTRETTO N. 57            |
|   | U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B | COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA       | DISTRETTO N. 58            |
|   | U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA        | COORD. TO PROGETTI FONDI             | DISTRETTO N. 59            |
|   | U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA    | COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND      | OO.RR. AREA NOLANA         |
|   | U.O.C. FASCE DEBOLI                | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO            | OO.RR. AREA STABIESE       |
|   | U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.    | DIPARTIMENTO PREVENZIONE             | OO.RR. GOLFO VESUVIANO     |
|   | U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN    | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE          | OO.RR. PENISOLA SORRENTINA |
|   | U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE      | DISTRETTO N. 34                      | U.O.S.D. A.L.P.I.          |
|   | U.O.C. TECNICO AREA NORD.          | DISTRETTO N. 48                      |                            |
|   | U.O.C. TECNICO AREA SUD            | DISTRETTO N. 49                      |                            |
|   | U.O.C. GEST. TECN. SISTEMI INFORM. | DISTRETTO N. 50                      |                            |
|   | U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.    | DISTRETTO N. 51                      |                            |



REGIONE CAMPANIA

Prot. 2017. 0127748 22/02/2017 11,35

Mitt. : 520408 UOD Politiche del farmaco e dis...

Dest. : AI DIRETTORI GENERALI AA.SS.LL. REGIONE CAMPANIA; SOR...  
FEDERFARMA ASSOFARMA  
Classifica : 52.4. Fascicolo : 19 del 2017



Giunta Regionale della Campania  
Dip. 52 – D.G. 04 – U.O.D. 08  
Direzione Generale per la Tutela della Sa  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
**UOD Politiche del farmaco e dispositivi**

Ai Direttori Generali delle AA.SS.LL  
e per loro tramite  
ai Responsabili Dipartimenti Farmaceutici ASL

A Federfarma Campania

A Assofarm Campania

A So.Re.Sa

loro sedi

**OGGETTO: Aggiornamento elenco farmaci A-PHT dispensati in DPC – Allegato 1  
Decreto 97**

Così come previsto dal Decreto commissariale 97 del 20.09.2017, dopo aver consultato le organizzazioni sindacali di categoria, si è proceduto all'aggiornamento dell'elenco dei farmaci A-PHT ( allegato 1) dispensati in Distribuzione per Conto.

Tale elenco sarà attivo dal 1 Marzo. Si invitano, pertanto, le SS.LL a prendere visione delle modifiche e/o integrazioni apportate all'allegato 1.

Si precisa, inoltre, che l'inserimento degli altri farmaci del decreto 97, non presenti nel nuovo allegato 1, è procrastinato fino all'avvio in tutte le AA.SS.LL della DPC regionale.

*d'ordine*  
Il Dirigente dell'UOD Politiche  
del Farmaco e Dispositivi  
Dott. Ugo Trama

*Ugo Trama*

| A       | B                             | C                                                                                                                                                                                                                                         | F         | G                                                    | H                                                                                                                                                         |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATC V   | Principio attivo              | Specialità medicinale/Farmaci generici in commercio (Codice Informatore Farmaceutico)                                                                                                                                                     | Nota AIFA | Indicazioni terapeutiche ai sensi della legge 648/96 | Nota Bess                                                                                                                                                 |
| A07AA11 | R/AXIMINA                     | TIXELLER                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10AE04 | INSULINA GLARGINE             | LANTUS                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10AZ04 | INSULINA GLARGINE             | TOUJEO                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10AE04 | INSULINA GLARGINE BIOSIMILARE | ABASAGLAR                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10AE05 | INSULINA DETEMIR              | LEVEMIR                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10AE06 | INSULINA DEGLUtec             | TRESBA                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD05 | PROGLITAZIONE E METFORMINA    | COMPETACT, GLUBRIVA                                                                                                                                                                                                                       |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD06 | GLIMEPIRIDE E PROGLITAZIONE   | TANDEMACT                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD07 | STAGLIPTIN E METFORMINA       | EFFICUB, VELMETIA, JANUMET                                                                                                                                                                                                                |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD08 | VILDAGLIPTIN E METFORMINA     | EUCREAS                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD09 | PROGLITAZIONE E ALOGLIPTIN    | INCRESYN                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD10 | SAXAGLIPTIN E METFORMINA      | COMBOGLYZE                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD11 | LINAGLIPTIN E METFORMINA      | JENTADUETO                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD13 | METFORMINA E ALOGLIPTIN       | VIPOOMET                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD15 | METFORMINA E DAPAGLILOZIN     | XIGDUO                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD16 | METFORMINA E CANAGLILOZIN     | VOKAMAMET                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10BD20 | METFORMINA ED EMPAGLILOZIN    | SYNARDY                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10EG03 | PROGLITAZIONE                 | ACTOS, PROGLITAZIONE GENERICO, GLUSTIN                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10EH01 | STAGLIPTIN                    | LANVIVA, TESAVEL, XELEVIA                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10EH02 | VILDAGLIPTIN                  | GALVUS                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10EH03 | SAXAGLIPTIN                   | ONGLYZA                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10EH04 | ALOGLIPTIN                    | VIPIDIA                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10EH05 | LINAGLIPTIN                   | TRALENTA                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10J004 | EXENATIDE                     | BYETTA                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10J004 | EXENATIDE RP                  | BYDUREON                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10K007 | LIRAGLUPTIDE                  | VICTOZA                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10K009 | DAPAGLILOZIN                  | FORNIGA                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10K010 | LIRISENATIDE                  | LYXUMIA                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10K011 | CANAGLILOZIN                  | INVOKANA                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10K012 | EMPAGLILOZIN                  | JARDANCE                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A10K014 | DULAGLUPTIDE                  | TRULICITY                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A16AA04 | MECAMPAMINA                   | CYSTAGON                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A16AA05 | ACIDO CARBAMICO               | CARBAGLU                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A16AA06 | BETAFINA                      | CYSTADANE                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A16AV03 | SODIO FENILBUTIRATO           | PHEBURANE, AMMONAPS                                                                                                                                                                                                                       |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| A16AX04 | INTISNORIE                    | ORFADIN                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                      |                                                                                                                                                           |
| B01AB01 | EPARINA CALCEICA - SODICA     | CALCIPARINA, ECAFAS, ECASOLV, EMOCLEAR, EPARINA GENERICA, REOFIUS, SOSEFLUSS, TROBAGLIUSI, VISTER, EPISOCLEAR 5000 U.I.CALCIPARINA, ECAFAS, ECASOLV, EMOCLEAR, EPARINA GENERICA, REOFIUS, SOSEFLUSS, TROBAGLIUSI, VISTER, EPISOCLEAR 5000 |           |                                                      | DPC (con l'indicazione: "possibilità di TVP e contraindicazione della terapia trombolitica) superiore, che dopo intervento ortopedico, generale maggiore" |



|         |                                                       |                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
|---------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B01AC24 | TCAGNEROX                                             | BIRLUQUE                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| B01AC30 | CLOPIDOGREL E ACIDO ACETILSALICILICO                  | DUOPLOVIN                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| B01AE07 | DABIGATRAN                                            | PRADAXA                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| B01AF01 | EVABOXIBAN                                            | XARILTO                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| B01AF02 | APIXADAN                                              | ELIQUIS                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| B01AF03 | EDOXABAN TOSILATO                                     | LIXIANA                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| B01AX05 | FONDAPARINUX                                          | ARIXTRA                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DPC per tutte le indicazioni                                                                                                             |
| B03XA01 | ENTROPOLIETINA BETA                                   | NEORECOMPH                              |  | Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. | DPC solo in caso di trattamento di anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio. |
| B03XA01 | ENTROPOLIETINA ALFA                                   | EPREX                                   |  | Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DPC solo in caso di trattamento di anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio. |
| B03XA02 | ENTROPOLIETINA ALFA BISMOLALE                         | BINDONTI, ASSEARAO                      |  | Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche - anemia refrattaria" il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DPC solo in caso di trattamento di anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio. |
| B03XA02 | ENTROPOLIETINA ZETA                                   | PLTACRIT                                |  | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE il farmaco, ai sensi della legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DPC solo in caso di trattamento di anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio. |
| B03XA01 | ENTROPOLIETINA TETA 10.000 UI, 20.000 UI, E 30.000 UI | EPORATIO 10.000 UI, 20.000 UI, E 30.000 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DPC solo in caso di trattamento di anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio. |
| B03XA07 | GARBEPOLIETINA ALFA                                   | ARANESP                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DPC solo in caso di trattamento di anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio. |
| B03XA03 | MITOSIPONIFLENGLICIDE-EPIDIETINA BETA                 | AURICERA                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DPC in pazienti affetti da tumore e trattamento predilatorio.                                                                            |
| C01BD07 | DIONEBARONE                                           | ATILEP2                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| C01EB17 | IVABRADINA                                            | CORLANTON, PROCORALAN                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| C01EB18 | RAVOLAZINA                                            | RAVERA                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |
| D06BB10 | IMQUINMOO                                             | ALDARA, HAUCARE                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |

|         |                                                   |                                                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D11A01  | TACROLIMUS                                        | PROTOPIC                                                                             |    | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE DERMATOLOGICI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE DERMATOLOGICI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE DERMATOLOGICI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE DERMATOLOGICI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03BA03 | TESTOSTERONE                                      | ANDROL, TESTOVIS                                                                     | 36 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA02 | GONADOTROPINA UMANA DELLA MENOPAUSA (MENOTROPINA) | MEROPUR                                                                              | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA04 | UROFOLLITROPINA                                   | FOSTINOR                                                                             | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA05 | FOLLITROPINA ALFA                                 | GONAL F                                                                              | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA08 | FOLLITROPINA ALFA BIOSIMILARE                     | BEAFOLA, OVALEAP                                                                     | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA05 | FOLLITROPINA BETA                                 | PUREGON                                                                              | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA07 | LUTROPINA ALFA                                    | LUVERS                                                                               | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA08 | CONIUGADOTROPINA ALFA                             | OVAPELLE                                                                             | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA09 | CORIFOLLITROPINA ALFA                             | ELONVA                                                                               | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G03GA30 | ASSOCIAZIONI (FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA)   | FERGIVERS                                                                            | 24 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G01PB02 | ULIPRISTAL                                        | ESMYA                                                                                | 51 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G04BC08 | TADALAF                                           | CIALIS                                                                               | 25 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| G01BE10 | AVATANIL                                          | SPEDRA                                                                               | 25 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H01AC01 | SOMATROPINA                                       | GENOTROPIN, SAZEN, HUMATROPE, NIDROTROPIN, ZOMACTON, ZINOSER, NIUTROPINAD, ONMITROPE | 20 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H01AA01 | PERYSOMANIT                                       | SOMAVERT                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H01DA02 | DESMOPRESSINA                                     | EMOXINIT 20 MCG/FL                                                                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H01CA01 | GONADORELINA                                      | KATYFOCUIR                                                                           |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H01CB02 | OCTREOTIDE                                        | LONGASTATHIA, SANDOSTATINA, SIRCTID, TRORECT, OCTREOTIDE GENERICO                    |    | Per le indicazioni: "Diagnosi scintigrafica refrattaria- Ipertensione arteriosa grave in diffezioni generalizzate del SIV- Fibrosi pancreatica- Angiolipomi non suscettibili di altri trattamenti farmacologici e/o chirurgici" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni: "Diagnosi scintigrafica refrattaria- Ipertensione arteriosa grave in diffezioni generalizzate del SIV- Fibrosi pancreatica- Angiolipomi non suscettibili di altri trattamenti farmacologici e/o chirurgici" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni: "Diagnosi scintigrafica refrattaria- Ipertensione arteriosa grave in diffezioni generalizzate del SIV- Fibrosi pancreatica- Angiolipomi non suscettibili di altri trattamenti farmacologici e/o chirurgici" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. |
| H01CB03 | LANREOTIDE                                        | IPSTIL                                                                               |    | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| H01CB05 | PASIREOTIDE PANDATO                               | SIGNIFOR                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H05B01  | ONACALCET                                         | NIMPARA                                                                              |    | Per l'indicazione: "Ipocalcemia indotta da iperparatiroidismo secondario nei pazienti con trapianto renale" il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Ipocalcemia indotta da iperparatiroidismo secondario nei pazienti con trapianto renale" il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per l'indicazione: "Ipocalcemia indotta da iperparatiroidismo secondario nei pazienti con trapianto renale" il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| H05B02  | PARACALCITOLE                                     | ZEMPLAR, PARACALCITOLE                                                               |    | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE GASTROENTERIALE il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE GASTROENTERIALE il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE GASTROENTERIALE il farmaco, ai sensi della legge 649/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| H02AC01 | VORICORAZOLO                                      | VFENO, VORICORAZOLO 200 MG C/PL, 50 MG C/PL e 40 MG/ML SOSP.                         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| H02AC04 | POSACONAZOLO                                      | NOXAL                                                                                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



|         |                           |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|---------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LD2860  | BICALUTAMIDE              | CAGODEP, BICALUTAMIDE GENERICO, LUTAMID, BINADER, FRANS | Per l'indicazione: "Trattamento, in associazione ad un LH-RH analogo, di pazienti adulti affetti da carcinoma della ghiandola prostatica, recidivante o metastatico, che espone recettori androgenici già trattati con chetotestosterone" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per l'indicazione: "Trattamento, in associazione ad un LH-RH analogo, di pazienti adulti affetti da carcinoma della ghiandola prostatica, recidivante o metastatico, che espone recettori androgenici già trattati con danabolone" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| LD28D2  | DIOSGENOL                 | FRMAGON                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3AA2  | FILGRASTIM                | GRANULOCINE                                             | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LD3AA7  | FILGRASTIM BIODISPONIBILE | ZARZO, TEVAGRASTIM, INVESTRA, ACCOFI                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3AA10 | LENDGRASTIM               | GRANOCYTE 34, MYELOSIM 34                               | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LD3AA3  | PEGFILGRASTIM             | NEULASTA                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3AA4  | UPEFILGRASTIM             | LONGUEX                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3AB4  | INTERFERONE ALFA-2A       | ROFERON A                                               | Per le indicazioni: "Eruzioni che compromettono strutture vitali o causano complicazioni letali - Forme refrattarie della malattia Behcet - Trattamento della trombocitopenia indotta nel pz non trattabili con terapia stessa - Monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI, ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni: "Eruzioni che compromettono strutture vitali o causano complicazioni letali - Forme refrattarie della malattia Behcet - Trattamento della trombocitopenia indotta nel pz non trattabili con terapia stessa - Monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI, ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. |
| LD3AB5  | INTERFERONE ALFA-2B       | INTRON A                                                | Per le indicazioni: "Eruzioni che compromettono strutture vitali o causano complicazioni letali - Forme refrattarie della malattia Behcet - Trattamento della trombocitopenia indotta nel pz non trattabili con terapia stessa - Monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI, ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni: "Eruzioni che compromettono strutture vitali o causano complicazioni letali - Forme refrattarie della malattia Behcet - Trattamento della trombocitopenia indotta nel pz non trattabili con terapia stessa - Monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI, ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. |
| LD3AB10 | PEGINTERFERONE ALFA-2B    | PEGINTRON                                               | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| LD3AB11 | PEGINTERFERONE ALFA-2A    | PEGASYS                                                 | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETIVI PEDIATRICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| LD3AA6  | ACIDO MICOELENOLICO       | CELLCEPT, MICOELENOLATO DI MIFETINE, MYFENAX, MYFOTIC   | Per le indicazioni: "Malattia "trapianto verso ospite", nella forma sia acuta che cronica, resistente o insufficiente al trattamento di 1a e 2a linea, dopo trapianto allargato di cellule staminali emopoietiche" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni: "Malattia "trapianto verso ospite", nella forma sia acuta che cronica, resistente o insufficiente al trattamento di 1a e 2a linea, dopo trapianto allargato di cellule staminali emopoietiche" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| LD3AA10 | SIROLIMUS                 | RAPAMUNE                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3AA13 | LEFLUNOMIDE               | ARAYA, LEFLUNOMIDE                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3AA18 | EVEROLIMUS                | CERTICAM                                                | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| LD3AD2  | TACROLIMUS                | PROGRAF, TACSI                                          | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI e ONCOLOGIA PEDIATRICA il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.II.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| LD3AD7  | TACROLIMUS R.P.           | ADVAGRAS, INVARSUS                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LD3B46  | ACIDO ISANDROINICO        | BONDRONAT 50 MG, ISOSTOFAR 50 MG                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

ARAYA "ICPR PV 200MG è dispensato in regime di Farmacologico Curioso.

|          |                                                              |                                                                         |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N05BA04  | GENOSUMAB 60 mg                                              | PROLIA                                                                  | 79 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N05BA04  | GENOSUMAB 120 mg                                             | XGEVA                                                                   |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N03AF04  | ELUCARBAZEPINA                                               | TEBIPRIK                                                                |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N03AX07  | PETAMPANEL                                                   | PYCOMPA                                                                 |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N04BA03  | LEVODOPA, INIBITORE DELLA DECARBOSSILASI E INIDIT DELLA COME | STALEVO, LEVODOPA CARBIDOPA-ENTACAPONE GENERICO, COMBILTA               |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N04BD01  | TOLCAPONE                                                    | TASMAR                                                                  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N04BE02  | ENTACAPONE                                                   | COMTAN                                                                  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N05AE04  | ZIPRASIDONE                                                  | ZELDOX, ZIPRASIDONE GENERICO                                            |    |  | Fatta eccezione per i casi "Medicini" al sensi dell'Allegato C del Decreto Comunitario del 02/12/2013 - Anticipato al 01/01/2014. - Comunque, per i particolari casi di disagio, l'AMG/PLS sono autorizzati alla prescrizione diretta degli ospedali ed ospiti.                                                                                                                                                     |
| N05AH02  | CLIZAPINA 100 MG                                             | CLIZAPINA GENERICO, LSPONEX                                             |    |  | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE SIST. NERV. il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE SIST. NERV. il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. |
| N05AH03  | OLANZAPINA                                                   | ZYPERXA, OLANZAPINA GENERICO, ZALASTA                                   |    |  | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE SIST. NERV. il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE SIST. NERV. il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. |
| N05AH04  | QUETIAPINA                                                   | SEROQUEL, QUETIAPINA GENERICO, QUENTIX                                  |    |  | Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE SIST. NERV. il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE SIST. NERV. il farmaco, ai sensi della legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle A.A.S.S.L.L. |
| N05AH05  | ASENAPINA                                                    | SYCRIST                                                                 |    |  | Fatta eccezione per i casi "Medicini" al sensi dell'Allegato C del Decreto Comunitario del 02/12/2013 - Anticipato al 01/01/2014. - Comunque, per i particolari casi di disagio, l'AMG/PLS sono autorizzati alla prescrizione diretta degli ospedali ed ospiti.                                                                                                                                                     |
| N05AX08  | RISPERIDONE                                                  | RISPERDAL, RISPERIDONE GENERICO                                         |    |  | Fatta eccezione per i casi "Medicini" al sensi dell'Allegato C del Decreto Comunitario del 02/12/2013 - Anticipato al 01/01/2014. - Comunque, per i particolari casi di disagio, l'AMG/PLS sono autorizzati alla prescrizione diretta degli ospedali ed ospiti.                                                                                                                                                     |
| N05AX12  | ARIPIPRAZOLE                                                 | ABILIFY, ARIPIRAZOLE GENERICO                                           |    |  | Fatta eccezione per i casi "Medicini" al sensi dell'Allegato C del Decreto Comunitario del 02/12/2013 - Anticipato al 01/01/2014. - Comunque, per i particolari casi di disagio, l'AMG/PLS sono autorizzati alla prescrizione diretta degli ospedali ed ospiti.                                                                                                                                                     |
| N05AX13  | PALIPERIDONE                                                 | INVEGA                                                                  |    |  | Fatta eccezione per i casi "Medicini" al sensi dell'Allegato C del Decreto Comunitario del 02/12/2013 - Anticipato al 01/01/2014. - Comunque, per i particolari casi di disagio, l'AMG/PLS sono autorizzati alla prescrizione diretta degli ospedali ed ospiti.                                                                                                                                                     |
| N06BA07  | MODAFINIL                                                    | PROVIGIL                                                                |    |  | Fatta eccezione per i casi "Medicini" al sensi dell'Allegato C del Decreto Comunitario del 02/12/2013 - Anticipato al 01/01/2014. - Comunque, per i particolari casi di disagio, l'AMG/PLS sono autorizzati alla prescrizione diretta degli ospedali ed ospiti.                                                                                                                                                     |
| N06BA09  | ATOMOXETINA                                                  | STRATTERA                                                               |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N06DA02  | DOHEPEZIL                                                    | ARICEPT, MEMAC, DONEPEZIL GENERICO, YASNAL, YASTORIO, DESTEDIL, LIZIDRA | 85 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N06DA03  | INVASTIGMINA                                                 | EXOLON, INVASTIGMINA GENERICO, HINXVASTID, PHOMETAX                     | 85 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N06DA04  | GALANTAMINA                                                  | REARNIL, GALINDRA R.P.                                                  | 85 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N06DA021 | MEMANTRINA                                                   | EBIRA, EZEMANTIS, MARDINO, MEMANTINA GENERICO                           | 85 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N07J002  | RILUZOLO                                                     | RILUTEK CPR - TEGLUKX.SOSP.                                             |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| P01C003  | PENTAMIDINA ISOTRONATO                                       | PENTACAMVAT                                                             |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| P03DA05  | OMALIZUMAB                                                   | XOLAIR                                                                  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| P03J0007 | BOFLUMILAST                                                  | DAVAS                                                                   |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| P07AA01  | FOLEINE DI GRAMINACEE                                        | GRAZAK, GRALAR                                                          |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| V03AE02  | SEVELAMER                                                    | REWAGEL, REHEVA, SEVELAMER                                              |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| V03AE03  | LANTANIO CARBONATO                                           | FOZINOL                                                                 |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| V03AE09  | OSSIDROSSIDO SUCREFERRICO                                    | VELPHORO                                                                |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| V03AF01  | MESNA                                                        | URDMITICAN                                                              |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|        |                |                |    |  |  |
|--------|----------------|----------------|----|--|--|
| VOJAGO | CALCIO FOSFATO | SANFOLIN 50 MG | 11 |  |  |
|--------|----------------|----------------|----|--|--|