



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO
UOC FARMACEUTICA CONVENZIONATA E TERRITORIALE

**Ai Farmacisti Titolari delle Farmacie
Convenzionate con la ASL Napoli 1 Centro**

**Ai Farmacisti Dirigenti SS.FF.DD. ASL Napoli 1
Centro**

**p.c. Alla U.O.D. Politiche del Farmaco e
Dispositivi Medici Regione Campania
Al Presidente di Federfarma Napoli
Al Presidente Federfar.Na**

**Oggetto: AGGIORNAMENTO ELENCHI FARMACI A-PHT (Distribuzione Per Conto -
Distribuzione Diretta - Convenzione) ASL NAPOLI 1 CENTRO IN VIGORE DAL 01/01/2020**

Con la presente si trasmettono in allegato i nuovi Elenchi Regionali aggiornati dei farmaci A-PHT, **in vigore dal 01/01/2020**, come da nota della Regione Campania prot. n. 783990 del 23/12/2019, suddivisi in base al canale di erogazione come di seguito riportato:

-Allegato A

Farmaci A-PHT oggetto della **Distribuzione per Conto (DPC)**.

L'elenco dei farmaci in DPC (Allegato A) è stato aggiornato e prevede l'inserimento in DPC del nuovo medicinale di recente immissione in commercio, precedentemente erogato in DD, SEMAGLUTIDE – OZEMPIC nei tre dosaggi 1PEN 0,25MG, 1PEN 0,5MG e 1PEN 1 MG.

Si invitano, pertanto, i Farmacisti Dirigenti delle SS.FF.DD. in indirizzo ad erogare fino ad esaurimento scorte il suddetto farmaco ed a indirizzare il paziente al MMG/PLS per la prescrizione su ricetta SSN per la successiva erogazione in DPC dal 01/01/2020.

-Allegato B

Farmaci A-PHT in **Distribuzione Diretta (DD)** da parte dei Servizi Farmaceutici della ASL Napoli 1 Centro, contenuti farmaci con indicazione terapeutica esclusiva per malattie rare o farmaci sottoposti ad obbligo di prescrizione ed erogazione sul sito AIFA e/o farmaci prescritti ai sensi della Legge n.648/96.

-Allegato C

Farmaci A-PHT da prescrivere ed erogare in regime di **Convenzione**.



Si ricorda:

- a. MMG/PLS sono tenuti a prescrivere su un'unica ricetta il numero di confezioni pari a soddisfare un mese di terapia;
- b. il numero di confezioni di farmaci prescritte deve sempre corrispondere alla posologia indicata sul MUP/Sani.Arpa;
- c. i Farmacisti dovranno erogare un numero di confezioni pari all'espletamento di un mese di terapia, anche nel caso in cui il MMG/PLS abbia prescritto un quantitativo superiore.

Inoltre, al fine di favorire l'accesso alla terapia ai pazienti, ove la ricetta redatta dal MMG/PLS, rechi un quantitativo inferiore alla terapia di 30 giorni, il farmacista potrà contattare il MMG/PLS invitandolo a redigere un'unica ricetta contenente la prescrizione pari ad un mese di terapia.

Al fine di agevolare i percorsi assistenziali di pazienti fragili che accedono a terapie croniche, la U.O.C. Farmaceutica Convenzionata ha pubblicato sul SITO ASLNA1CENTRO -Sez. Area Farmaceutica- Distribuzione per Conto- il nuovo Elenco dei Farmaci A-PHT.

U.O.C. Farmaceutica Convenzionata e Territoriale

Il Responsabile

Dott.ssa Simona Serao Creazzola



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

Direzione Generale

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2019. 0783990 23/12/2019 12,28

Nitt. : 900406 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : AI DIRETTORI GENERALI

Classifica : 50.4. Fascicolo : 27 del 2019



Ai Direttori Generali AA.SS.LL.

e per il loro tramite

- Ai Direttori Dipartimenti Farmaceutici delle AA.SS.LL.
- Ai Farmacisti Responsabili DPC delle AA.SS.LL.

Al Referente Sani.ARP

Al Direttore CIRFF

A Federfarma Campania

Ad Assofarm Campania

Oggetto: Elenchi medicinali A-PHT. Aggiornamento del 1 gennaio 2020

Faendo seguito alle indicazioni del gruppo tecnico delle AA.SS.LL. per la DPC, si trasmettono i nuovi elenchi aggiornati dei medicinali classificati A-PHT, con decorrenza 1 gennaio 2020, suddivisi in base al canale di erogazione e revisionati a seguito dell'immissione in commercio dei nuovi medicinali A-PHT:

- ELENCO A: medicinali A-PHT in DPC
- ELENCO B: medicinali A-PHT in distribuzione diretta
- ELENCO C: medicinali A-PHT in convenzionata.

Si evidenzia il passaggio in DPC del nuovo medicinale a base di semaglutide a partire dal 1/01/2020. Al fine di garantire un passaggio della modalità di distribuzione progressivo ed agevole per gli assistiti, si invitano le farmacie distrettuali delle AA.SS.LL. ad erogare il medicinale anche dopo tale data, nel caso di assistiti non ancora informati della nuova procedura di distribuzione, indirizzandoli, per le successive forniture, ai MMG e alle farmacie di comunità.

UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi
Dott. Ugo Trama

ALLEGATO A: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

decorrenza:
1 gennaio 2020

ATC	Principio attivo	ESEMPI di Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifica Informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato - SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Note AIFA	Altre annotazioni
A07AA11	RIFAXIMINA	TIXTELLER			
A10AE04	INSULINA GLARGINE	LANTUS			
A10AE04	INSULINA GLARGINE	TOUJEO	SI (nei pazienti naive)		
A10AE04	INSULINA GLARGINE BIOSIMILARE	ABASAGLAR			
A10AE05	INSULINA DETEMIR	LEVEMIR			
A10AE06	INSULINA DEGLUTEC	TRESIBA			
A10AE54	INSULINA GLARGINE/LIXISENATIDE	SULIQUA	SI		
A10AE56	INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE	XULTOPHY	SI		
A10BD05	PIOGLITAZONE E METFORMINA	COMPETACT, GLUBRAVA	SI		
A10BD06	GLIMEPIRIDE E PIOGLITAZONE	TANDEMACT			
A10BD07	SITAGLIPTIN E METFORMINA	EFFICIB, VELMETIA, JANUMET	SI		
A10BD08	VILDAGLIPTIN E METFORMINA	EUCREAS	SI		
A10BD09	PIOGLITAZONE E ALOGLIPTIN	INCRESYNC	SI		
A10BD10	SAXAGLIPTIN E METFORMINA	KOMBOGLYZE	SI		
A10BD11	LINAGLIPTIN E METFORMINA	JENTADUETO	SI		
A10BD13	METFORMINA E ALOGLIPTIN	VIPDOMET	SI		
A10BD15	METFORMINA E DAPAGLIFOZIN	XIGDUO	SI		
A10BD16	METFORMINA E CANAGLIFLOZIN	VOKANAMET	SI		
A10BD20	METFORMINA ED EMPAGLIFOZIN	SYNJARDY	SI		
A10BG03	PIOGLITAZONE	ACTOS, PIOGLITAZONE GENERICO, GLUSTIN	SI		
A10BH01	SITAGLIPTIN	JANUVIA, TESAVEL, XELEVIA	SI		
A10BH02	VILDAGLIPTIN	GALVUS	SI		
A10BH03	SAXAGLIPTIN	ONGLYZA	SI		
A10BH04	ALOGLIPTIN	VIPIA	SI		
A10BH05	LINAGLIPTIN	TRAJENTA	SI		
A10BJ01	EXENATIDE	BYETTA	SI		
A10BJ01	EXENATIDE RP	BYDUREON	SI		
A10BJ02	LIRAGLUTIDE	VICTOZA	SI		
A10BJ03	LIXISENATIDE	LYXUMIA	SI		
A10BJ05	DULAGLUTIDE	TRULICITY	SI		
A10BJ06	SEMAGLUTIDE	OZEMPIC	SI		
A10BK01	DAPAGLIFOZIN	FORXIGA	SI		
A10BK02	CANAGLIFLOZIN	INVOKANA	SI		
A10BK03	EMPAGLIFOZIN	JARDIANCE	SI		
B01AB01	EPARINA CALCICA - SODICA	CALCIPARINA, ECAFAST, ECASOLV, EMOKLAR, EPARINA GENERICA, REOFUS, SOSEFLUSS, TROMOLISIN, VISTER, EPSOCLAR 5000 U.I.			(2)
B01AB04	DALTEPARINA	FRAGMIN			
B01AB05	ENOXAPARINA 2.000 E 4.000	CLEXANE, INHIXA, ENOXAPARINA ROVI, GHEMAXAN (secondo aggiudicazione regionale)			(1-2) (1-2)
B01AB06	NADROPARINA	SELEPARINA			
B01AB07	PARNAPARINA	FLUXUM			(1-2)
B01AB08	REVIPARINA	CLIVARINA			(1-2)
B01AB12	BEMIPARINA	IVOR			(1-2)
B01AC22	PRASUGREL	EFIENT, PRASUGREL	SI		(1-2)
B01AC24	TICAGREROL	BRILIQUE	SI		
B01AC04	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL			
B01AC30	CLOPIDOGREL E AC. ACETILSALICILICO	DUOPLAVIN			
B01AE07	DABIGATRAN	PRADAXA	SI con Registro AIFA		
B01AF01	RIVAROXABAN	XARELTO	SI con Registro AIFA		
B01AF02	APIXABAN	ELIQUIS	SI con Registro AIFA		
B01AF03	EDOXABAN TOSILATO	LIXIANA	SI con Registro AIFA		
B01AX05	FONDAPARINUX	ARIXTRA			
B03XA01	ERITROPOIETINA ZETA	RETACRIT	SI		
B03XA01	ERITROPOIETINA BETA	NEORECORMON	SI		(3-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA ALFA	EPREX	SI		(3-4-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA ALFA BIOSIMILARE	BINOCRIT, ABSEAMED	SI		(3-4-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA TETA 10.000 U.I., 20.000 U.I. E 30.000 U.I.	EPORATIO	SI		(4-5)
B03XA02	DARBEPOIETINA ALFA	ARANESP	SI		(5)

ALLEGATO A: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

decorrenza:
1 gennaio 2020

ATC	Principio attivo	ESEMPI di Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifa Informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato - SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Note AIFA	Altre annotazioni
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOIETINA BETA	MIRCERA	SI		(5)
C01BD07	DRONEDARONE	MULTAQ	SI		
C01EB17	IVABRADINA	CORLENTOR, PROCORALAN, IVABRADINA EQUIVALENTE			
C01EB18	RANOLAZINA	RANEXA			
C09DX04	SACUBITRIL/VALSARTAN	ENTRESTO	SI con Registro AIFA		
D06BB10	IMIQUIMOD	ALDARA, IMUCARE	SI		
D06BB12	TE' VERDE FOGLIE (EPIGALLOECATECHINA GALLATO)	VEREGEN	SI		
D11AH01	TACROLIMUS	PROTOPIC	SI		(24)
G03BA03	TESTOSTERONE	TOSTREX	SI		(6)
G03GA02	GONADOTROPINA UMANA DELLA MENOPAUSA (MENOTROPINA)	MEROPUR, MERIOFERT	SI	36	
G03GA04	UROFOLLITROPINA	FOSTIMON	SI	74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA	GONAL F	SI	74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA BIOSIMILARE	BEMFOLA, OVALEAP	SI	74	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	PUREGON	SI	74	
G03GA07	LUTROPINA ALFA	LUVERIS	SI	74	
G03GA08	CORIOGONADOTROPINA ALFA	OVITRELLE	SI	74	
G03GA09	CORIFOLLITROPINA ALFA	ELONVA	SI	74	
G03GA10	FOLLITROPINA DELTA	REKOVELLE	SI	74	
G03GA30	ASSOCIAZIONI (FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA)	PERGOVERIS	SI	74	
G03XB02	ULIPRISTAL	ESMYA	SI	74	
G04BE08	TADALAFIL 12cpr 20mg	CIALIS, TADALAFIL	SI	51	
G04BE10	AVAFANIL	SPEDRA	SI	75	
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN, SAIZEN, HUMATROPE, NORDITROPIN, ZOMACTON, ZIMOSER, NUTROPINAQ, OMNITROPE	SI	39	
H01AX01	PEGVISOMANT	SOMAVERT	SI		
H01BA02	DESMOPRESSINA	EMOSINT 20 MCG FL	SI		
H01CA01	GONADORELINA	KRYPTOCUR	SI		
H01CB02	OCTREOTIDE	LONGASTATINA, SANDOSTATINA, SIROCTID, TREJECT, OCTREOTIDE GENERICO	SI		(7)
H01CB03	LANREOTIDE	IPSTYL	SI		
H01CB05	PASIREOTIDE PAMOATO (Intramuscolare)	SIGNIFOR 1 sir. IM	SI		(8)
H05BX01	CINACALCET	MIMPARA	SI		
H05BX02	PARACALCITOLO	ZEMPLAR, PARACALCITOLO	SI		(9)
J02AC03	VORICONAZOLO	VFEND, VORICONAZOLO 200 MG CPR, 50 MG CPR e 40 MG/ML SOSP.	SI		(10)
J02AC04	POSACONAZOLO	NOXAFIL	SI		
J05AB04	RIBAVIRINA	RIBAVIRINA, COPEGUS, REBETOL, MODERIBA	SI		(11-12)
J05AB11	VALACICLOVIR	TALAVIR, ZELITREX, CREVIR, VALACICLOVIR GENERICO		84	(13)
J05AB14	VALGANCICLOVIR	VALCYTE, VALGANCICLOVIR	SI		
J05AF05	LAMIVUDINA	ZEFFIX, LAMIVUDINA GENERICO	SI		(14)
J05AF11	TELBIVUDINA	SEBIVO	SI		(15)
J06BB01	IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	IGAMAD, IMMUNORHO, RHESONATIV	SI		
J06BB04	IMMUNOBLOBULINA ANTIEPATITE B	IGANTIBE, IMMUNOHBS, ZUTECTRA			
L01BC06	CAPECITABINA	XELODA, CAPECITABINA	SI		
L01XX14	TRETINOINA	VESANOID	SI		(8)
L02AE01	BUSERELINA	SUPREFACT	SI		
L02AE02	LEUPRORELINA	ELIGARD, ENANTONE, LEPTOPROL, POLITRATE	SI	51	
L02AE03	GOSERELIN	ZOLADEX	SI	51	(16)
L02AE04	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL, GONAPEPTIL	SI	51	(16)
L02BB01	FLUTAMIDE	FLUTAMIDE GENERICO	SI	51	(16)
L02BB03	BICALUTAMIDE	CASODEX, BICALUTAMIDE GENERICO, LUTAMID, BIKADER, PRAXIS			(17)
L02BX02	DEGARELIX	FIRMAGON	SI		
L03AA02	FILGRASTIM	GRANULOKINE	SI		
L03AA02	FILGRASTIM BIOSIMILARE	ZARZIO, TEVAGRASTIM, NIVESTIM, ACCOCEL	SI		(18)
L03AA10	LENOGRASTIM	GRANOCYTE 34, MYEOSTIM 34	SI		
L03AA13	PEGFILGRASTIM	NEULASTA, PELGRAZ, ZIENTENZO	SI		(18)

ALLEGATO A: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

decorrenza:
1 gennaio 2020

ATC	Principio attivo	ESEMPI di Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifica Informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato - SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Note AIFA	Altre annotazioni
L03AA14	LIPEGFILGRASTIM	LONQUEX	SI		
L03AB04	INTERFERONE ALFA-2A	ROFERON-A	SI		
L03AB05	INTERFERONE ALFA-2B	INTRON-A	SI		(19)
L03AB07	INTERFERONE BETA 1a	AVONEX, REBIF	SI		(20)
L03AB08	INTERFERONE BETA 1Ab	BETAIFERON, EXTAVIA	SI	65	
L03AB13	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	PLEGRIDY	SI	65	
L03AB10	PEGINTERFERONE ALFA-2B	PEGINTRON	SI	65	
L03AB11	PEGINTERFERONE ALFA-2A	PEGASYS	SI		(21)
L03AX13	GLATIRAMER ACETATO	COPAXONE, COPEMYL, COPEMYLTRI	SI		(21)
L04AA06	ACIDO MICOFENOLICO	CELLCEPT, MICOFENOLATO DI MOFETILE, MYFENAX, MYFORTIC	SI	65	
L04AA10	SIROLIMUS	RAPAMUNE	SI		
L04AA18	EVEROLIMUS	CERTICAN	SI		
L04AA13	LEFLUNOMIDE	ARAVA, LEFLUNOMIDE	SI		
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	AUBAGIO	SI		
L04AD02	TACROLIMUS	PROGRAF, TACNI	SI	65	
L04AD02	TACROLIMUS R.P.	ADVAGRAF, INVARSUS	SI		
M05BA06	ACIDO IBANDRONICO	BONDRONAT 50 MG, IBOSTOFAR 50 MG	SI		
M05BX04	DENOSUMAB 60 mg	PROLIA	SI con Registro AIFA	79	
N03AF04	ESLICARBAZEPINA	ZEBINIX	SI		
N03AX22	PERAMPANEL	FYCOMPA	SI		
N03AX23	BRIVARACETAM	NUBRIVÉO	SI		
N04BA03	LEVODOPA, INIBITORE DELLA DECARBOSSILASI E INIBIT. DELLA COMT	STALEVO, LEVODOPA-CARBIDOPA-ENTACAPONE GENERICO, CORBITA	SI		
N04BX01	TOLCAPONE	TASMAR	SI		
N04BX02	ENTACAPONE	COMTAN	SI		
N04BX04	OPICAPONE	ONGENTYS	SI		
N05AE04	ZIPRASIDONE	ZELDOX, ZIPRASIDONE GENERICO			
N05AE05	LURASIDONE	LATUDA			(22)
N05AH02	CLOZAPINA 100 MG	CLOZAPINA EQUIVALENTE 100 mg, LEPONEX 100 mg	SI		(22-23)
N05AH03	OLANZAPINA	ZYPREXA, OLANZAPINA GENERICO, ZALASTA			(22)
N05AH04	QUETIAPINA (tutti i dosaggi escluso 25mg)	SEROQUEL, QUETIAPINA GENERICO, QUENTIA			(22)
N05AH05	ASENAPINA	SYCREST			
N05AX08	RISPERIDONE	RISPERDAL, RISPERIDONE GENERICO			
N05AX12	ARIPIRAZOLO	ABILIFY, ARIPIRAZOLO GENERICO			(22)
N05AX13	PALIPERIDONE	INVEGA, PALIPERIDONE			(22)
N05AX15	CARIPRAZINA	REAGILA			(22)
N06BA07	MODAFINIL	PROVIGIL	SI		
N06BA09	ATOMOXETINA	STRATTERA	SI		
N06DA02	DONEPEZIL	ARICEPT, MEMAC, DONEPEZIL GENERICO, YASNAL, YASNORO, DESTEZIL, LIZIDRA	SI	85	
N06DA03	RIVASTIGMINA	EXELON, RIVASTIGMINA GENERICO, NIMVASTID, PROMETAX	SI	85	
N06DA04	GALANTAMINA	REMINYL, GALNORA R.P.	SI	85	
N06DX01	MEMANTINA	EBIXA, EZEMANTIS, MARIXINO, MEMANTINA GENERICO	SI	85	
N07XX02	RILUZOLO	RILUTEK CPR - TEGLUTIK SOSP.	SI		
N07XX09	DIMETILFUMARATO	TECFIDERA	SI	65	
P01CX01	PENTAMIDINA ISETIONATO	PENTACARINAT	SI		
R03DX05	OMALIZUMAB	XOLAIR	SI		
R03DX07	ROFLUMILAST	DAXAS	SI con Registro AIFA		
V01AA02	POLLINE DI GRAMINACEE	GRAZAX, ORALAIR	SI		
V03AE02	SEVELAMER	RENAGEL, RENVELA, SEVELAMER	SI		
V03AE03	LANTANIO CARBONATO	FOZNOL	SI		
V03AE05	OSSIDROSSIDO SUCEFERRICO	VELPHORO	SI		
V03AF01	MESNA	UROMITEXAN	SI		

Nota bene:

I Decreti 56/2015, 57/2015, 66/2016 prevedono che debbano essere prescritti mediante MUP-SANI.Arp tutti i farmaci ricompresi nel Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale - Territorio (PHT), indipendentemente dall'indicazione o meno del Piano Terapeutico nel decreto AIFA di classificazione e rimborsabilità. Tuttavia, ai fini dell'erogazione del farmaco su piattaforma WebDPC, la presenza del MUP-SANI.Arp risulta vincolante esclusivamente nel caso dei farmaci di cui AIFA prevede la necessità del Piano Terapeutico (vd. colonna accanto ai nomi commerciali)

NOTE ALL'ALLEGATO A

N(...)	DESCRIZIONE
1	Per le indicazioni in L. 648/96 "Profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio" e "Trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti vitamina K (AVK) per manovre chirurgiche e/o invasive (Bridging)", nonché per l'indicazione nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGICHE "Utilizzo nella profilassi delle trombosi venose profonde in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio (KHORANA > 3)" il farmaco deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
2	DPC solo l'indicazione: "profilassi della TVP e continuazione della terapia iniziata in ospedale, sia dopo intervento ortopedico maggiore, che dopo intervento di chirurgia generale maggiore"
3	Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE il farmaco, ai sensi della Legge 648/96 e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOEMATOLOGIA il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
4	Per l'indicazione: "Sindromi mielodisplastiche" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
5	DPC solo in caso di trattamento dell'anemia sintomatica indotta da chemioterapia in pazienti affetti da tumore e trattamento predialitico (li dove previsto in scheda tecnica) .
6	Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE DERMATOLOGICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL. Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE DERMATOLOGICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
7	Per le indicazioni: "Diarrea secretoria refrattaria- Ipotensione ortostatica grave in disfunzioni generalizzate del SNV- Fistole pancreatiche- Angiomatosi non suscettibile di altri trattamenti farmacologici e/o chirurgici" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
8	Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
9	Per l'indicazione: "Ipercalcemia indotta da iperparatiroidismo secondario nei pazienti con trapianto renale" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
10	Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE GASTROINTESTINALE il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
11	Per l'indicazione Terapia della recidiva da HCV in pazienti già sottoposti a trapianto di fegato per epatopatia cronica C, in combinazione con interferone alfa ricombinante o peghilato o in monoterapia se esistono controindicazioni o intolleranza agli interferoni, il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.

NOTE ALL'ALLEGATO A

N(...)	DESCRIZIONE
12	Per l'indicazione Terapia dell'epatite cronica e della cirrosi compensata da virus dell'epatite C, in combinazione con gli interferoni peghilati, nei pazienti con talassemia major o talassemia intermedia che necessitano di terapia trasfusionale il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
13	Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETTIVI PEDIATRICI, il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
14	Per l'indicazione: "Trattamento pre-emptivo dell'infezione da CMV in pz sottoposti a trapianto di midollo osseo o di cellule staminali" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE TRAPIANTI e ONCOEMATOLOGIA, il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
15	Per le indicazioni: "Profilassi dell'epatite B in riceventi trapianto epatico da donatori HBSAG negativi e anti-HBC positivi - Profilassi della recidiva di epatite HBV correlata a trapianto di fegato, in pz HBV-DNA + prima del trapianto - Profilassi della riattivazione dell'epatite HBV in portatori inattivi di HBSAG in corso di terapia immuno soppressiva" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTINFETTIVI PEDIATRICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
16	Per l'indicazione: "Preservazione della funzionalità ovarica nelle donne in pre-menopausa affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a trattamento chemioterapico in gado di causare menopausa precoce e permanente e per le quali opzioni maggiormente consolidate non siano considerate adeguate" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
17	Per l'indicazione: "trattamento, in associazione ad un LH-RH analogo, di pazienti adulti affetti da carcinoma delle ghiandole salivari, recidivante e/o metastatico, che esprime recettori androgenici già trattati con chemioterapia" il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
18	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 AA.SS.LL.
19	Per le indicazioni: "Emangiomi che compromettono strutture vitali o causano complicazioni letali- Forme refrattarie della malattia Behcet- Trattamento della trombocitemia essenziali nei pz non trattabili con terapie diverse- Monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTIFETTIVI PEDIATRICI, ONCOEMATOLOGIA e ONCOLOGIA ADULTI il farmaco, ai sensi farmaci della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
20	Per le indicazioni: "Micosi fungoide-Emangiomi che compromettono strutture vitali o causano complicazioni letali - Forme refrattarie della malattia Behcet-Trattamento della trombo-citemia essenziale nei pz non trattabili con terapie diverse - Monoterapia nel trattamento dell'epatite acuta da HCV" e per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTINFETTIVI PEDIATRICI e ONCOEMATOLOGIA, il farmaco, ai sensi farmaci della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
21	Per le indicazioni riportate nelle LISTE AGGIUNTIVE ANTINFETTIVI PEDIATRICI il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.

NOTE ALL'ALLEGATO A

N(...)	DESCRIZIONE
22	Ai sensi del comunicato AIFA del 17/09/2013, i farmaci antipsicotici atipici nei pazienti affetti da demenza sono prescrivibili su modello unico di inizio trattamento e successive schede di monitoraggio e devono essere erogati esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
23	Necessaria l'attestazione di conta e formula leucocitaria compatibile con il trattamento prescritto.

ATC	Principio attivo	ESEMPI di Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifica Informatore Farmaceutico)
A10BD19	LINAGLIPTIN * EMPAGLIFOZIN	GLYXAMBI
A10BD21	SAXAGLIPTIN * DAPAGLIFOZIN	QTERN
A16	MIGALASTAT CLORIDRATO	GALAFOLD CPR
A16AA04	CISTEAMINA BITARTRATO	CYSTAGON
A16AA05	ACIDO CARGLUMICO	CARBAGLU
A16AA06	BETAINA	CYSTADANE
A16AX03	SODIO FENIL BUTIRRATO	PHEBURANE
A16AX04	NITISINONE	ORFADIN, NITISONE
A16AX05	ZINCO ACETATO	WILZIN
A16AX06	MIGLUSTAT	ZAVESCA CPS, MIGLUSTAT, YARGESA
A16AX07	SAPROPTERINA DICLORIDRATO	KUVAN
A16AX09	GLICEROLO FENILBUTIRRATO	RAVICTI
A16AX10	ELIGLUSTAT TARTRATO	CERDELGA
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	VENTAVIS
B01AC27	SELEXIPAG	UPTRAVI
B02BD	COMPLESSO PROTROMBINICO UMANO	SPECIALITA' MEDICINALI PER L'EMOFILIA E ALTRE PATOLOGIE DELLA COAGULAZIONE
B02BD02	EFMOROTOCOG ALFA	
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO DA FRAZ. DEL PLASMA	
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	
B02BD02	MOROTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	
B02BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	
B02BD02	SIMOTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	
B02BD02	TUROTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	
B02BD02	LONOTOCOG ALFA	
B02BD02	SIMOTOCOG ALFA	
B02BD03	COMPLESSO PROTROMBINICO ANTIEMOFILICO UMANO ATTIVATO	
B02BD04	ALBUTREPENONACOG ALFA	
B02BD04	EFTRENONACOG ALFA	
B02BD04	FATTORE IX DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	
B02BD04	NONACOG ALFA (FATTORE IX DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)	
B02BD05	FATTORE VII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO	
B02BD06	FATTORE VIII UMANO DI COAGULAZIONE/FATTORE DI VON WILLEBRAND	
B02BX06	EMICIZUMAB	HEMLIBRA
B06AC01	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA	
C02KX01	BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER CPR, BOSENTAN
C02KX02	AMBRISANTAN	VOLIBRIS
C02KX04	MACITENTAN	OPSUMIT
C02KX05	RIOCIGUAT	ADEMPAS
C07AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	HEMANGIOL FLC ORALE
C10AX12	LOMITAPIDE MESILATO	LOJUXTA CPR
C10AX13	EVOLOCUMAB	REPATHA
C10AX14	ALIROCUMAB	PRALUENT
G04BE09	VARDENAFIL 12CPR 20MG	LEVITRA, VARDENAFIL
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO CPR (tutte le confezioni class. A-PHT)	REVATIO, SILDENAFIL CITRATO (solo le confezioni class. A-PHT)
G04BE08	TADALAFIL	ADCIRO, TALMANCO
H01CB05	PASIREOTIDE PAMOATO Sottocutaneo	SIGNIFOR 60 fl S.C.
H05BX04	ETELCALCETIDE	PARSABIV
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA	SIGMACILLINA
J01GB01	TOBRAMICINA	TOBI, BRAMITOB
J01XX08	LINEZOLID	ZYVOXID, LINEZOLID
J01XX	TEDIZOLID FOSFATO	SIVEXTRO CPR RIV
J02AB02	KETOCONAZOLO	KETOCONAZOLE CPR
J02AC05	ISAVUCONAZOLO	CRESEMBA
J05AE12	BOCEPREVIR	VICTRELIS
J05AE14	SIMEPREVIR	OLYSIO
J05AF08	ADEFOVIR DIPIVOXIL	HEPSERA
J05AF10	ENTECAVIR	BARACLUDE, ENTECAVIR
J05AF13	TENOFOVIR ALAFENAMIDE	VEMLIDY
J05AP56	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	VOSEVI
J05AX14	DACLATASVIR DICLORIDRATO	DAKLINZA
J05AX15	SOFOSBUVIR	SOVALDI

J05AX	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	EPCLUSA CPR RIV
J05AX16	DASABUVIR	EXVIERA
J05AX18	LETERMOVIR	PREVYMIS
J05AX65	LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR	HARVONI
J05AX67	OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR	VIEKIRAX
J05AX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ZEPATIER
J06BA	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	HYQVIA
J06BB16	PALIVIZUMAB	SYNAGIS
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	TEMODAL
L01BB02	MERCAPTOPURINA	XALUPRINE
L01BB05	FLUDARABINA FOSFATO	FLUDARA
L01BC53	TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL	TEYSUNO
L01BC59	TRIFLURIDINA/TIPIRACIL CLORIDRATO	LONSURF
L01CA04	VINORELBINA BITARTRATO	NAVELBINE
L01XB01	PROCARBAZINA CLORIDRATO	NATULAN
L01XE01	IMATINIB MESILATO	GLIVEC, IMANIVEC, IMATINIB
L01XE10	EVEROLIMUS	VOTUBIA
L01XE21	REGORAFENIB	STIVARGA
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO	HYCAMTIN
L01XX23	MITOTANO	LYSODREN
L01XX25	BEXAROTENE	TARGRETIN
L01XX35	ANAGRELIDE CLORIDRATO	XAGRID, ANAGRELIDE CL
L04AA27	FINGOLIMOD CLORIDRATO	GILENYA
L04AA32	APREMILAST	OTEZLA
L04AC01	DACLIZUMAB	ZINBRYTA
L04AX07	DIMETILFUMARATO	SKILARENCE
M05BX04	DENOSUMAB 120 mg	XGEVA
N06BX13	IDEBENONE	RAXONE
N07AX01	PILOCARPINA CLORIDRATO	SALAGEN*5MG
N07BA03	VARENICLINA TARTRATO	CHAMPIX
N07BB03	ACAMPROSATO CALCICO	CAMPRAL CPR
N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE
N07BC02	METADONE CLORIDRATO	METADONE FLC ORALE
N07BC51	BUPRENORFINA CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO	SUBOXONE CPR SUBLING, NALNAR, ENORFINA CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO EQUIVALENTE
R03DX09	MEPOLIZUMAB	NUCALA
R03DX10	BENRALIZUMAB	FASENRA
R05CB13	DESOSSIRIBONUCLEASI	PULMOZYME
R07AX02	IVACAFTOR	KALYDECO
R07AX30	LUMACAFTOR/IVACAFTOR	ORKAMBI
V03AC01	DEFEROXAMINA MESILATO	DESFERAL, DEFEROXAMINA MESILATO
V03AC02	DEFERIPRONE	FERRIPROX
V03AC03	DEFERASIROX	EXJADE
V04CD01	METIRAPONE	CORMETO

ALLEGATO C: FARMACI PHT DA DISTRIBUIRE IN CONVENZIONE

ATC	Principio attivo	NOMI COMMERCIALI Più COMUNI	NOTE
A16AA01	LEVOCARNITINA	CARNITENE*OS 10FL 2G MONOD	
B01AC04	CLOPIDOGREL	esclusivamente BRAND NON SOSTITUIBILI	
G03BA03	TESTOSTERONE ENANTATO	ANDRIOL, TESTOVIS	
L04AA13	LEFLUNOMIDE	ARAVA*3CPR RIV 100MG	
N05AH02	CLOZAPINA 25MG	CLOZAPINA 25MG	
N05AH04	QUETIAPINA 25MG	QUETIAPINA 25MG	
N06BA04	METILFENIDATO CLORIDRATO	RITALIN*30CPR 10MG, MEDIKINET	
V03AF03	CALCIO FOLINATO	SANIFOLIN	(1)

(1) Per l'indicazione "Trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) negli adulti già in trattamento farmacologico prima del compimento del diciottesimo anno di età", il farmaco, ai sensi della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.