



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO
DIPARTIMENTO DEL FARMACO
TEL 0922-442058 FAX 0922-442022

**VADEMECUM PER LA CORRETTA ATTUAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE PER
CONTO DEI FARMACI PHT (PRONTUARIO OSPEDALE-TERRITORIO)**



Agrigento
Marzo 01/03/2014

Redatto da:

D.ssa Stefania Terrazzino – Dirigente Farmacista
Dr. Antonino Moribondo – Direttore Dipartimento del Farmaco



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO
DIPARTIMENTO DEL FARMACO
TEL 0922-442058 FAX 0922-442022

Vademecum per Pazienti, Medici e Farmacisti:

Precisazioni in merito alle prescrizioni ed erogazioni di farmaci A-PHT ora disponibili presso le farmacie aperte al pubblico:

Attivazione del canale della DPC.

(D.A. del 08/01/2014)

Il presente specchietto illustrativo vuole schematizzare e semplificare il più possibile gli adempimenti tecnico-burocratici cui i medici sono tenuti ad espletare all'atto della prescrizione dei piani terapeutici e/o delle ricette SSN secondo il seguito di rispettiva competenza.

----- **La Prescrizione del Farmaco** -----

- *Quali documenti utili?*

Piano terapeutico + Ricetta/e SSN.

- *Dove recarsi ?*

Per reperire il Piano terapeutico (in una o più copie).

→ **SPECIALISTA** del centro prescrittore individuato: (Ospedale o casa di Cura Accreditata)

Adempimenti del Medico:



- 1. Compilare** il piano terapeutico così come previsto della normativa vigente avendo cura di **riportare il nome del principio attivo.**
- 2. Produrre e Consegnare** un numero di copie, con timbro e firma in originale, coincidenti al numero delle ricette SSN necessarie ad evadere la terapia.
- 3. Apporre** in ogni piano terapeutico il numero delle confezioni che verranno evase con la ricetta, compilata dal MMG e abbinata a ciascuno di essi.
(D.A. 255/13 e circolari esplicative n. 1301 del 15/02/2013 e n. 35984 DEL 22.04.13).

Con riferimento ai farmaci per i quali l'AIFA ha predisposto uno specifico Template (modello unico prestampato di piano terapeutico), *“il medico specialista prescrittore redigerà il piano terapeutico consegnando al paziente un numero di copie pari al numero di ricette SSN che occorreranno per la fornitura dei farmaci per tutta la durata del piano, avendo cura di apporre firma e timbro in originale su ciascuna copia. Lo specialista dovrà altresì riportare su ciascuna copia di P.T. il numero di confezioni che successivamente dovrà essere trascritto sulla relativa ricetta SSN. Tale numero deve essere conforme a quanto previsto dalla normativa vigente inerente il modello unico della ricetta SSN***

Con riferimento ai farmaci per i quali l'AIFA non ha predisposto uno specifico Template, si rimanda al D.A. 255/13 che dispone:

*“Il medico specialista prescrittore redigerà il piano terapeutico (P.T.), secondo il modello regionale, consegnando al paziente un numero di copie di P.T. (con firma e timbro in originale) pari al numero di ricette SSN che occorreranno per la fornitura dei farmaci per tutta la durata del piano (massimo sei mesi). Lo specialista dovrà altresì riportare su ciascuna copia di P.T. il numero di confezioni che successivamente dovrà essere trascritto sulla relativa ricetta SSN. Tale numero deve essere conforme a quanto previsto dalla normativa vigente inerente il modello unico della ricetta SSN***

Per la compilazione della/e Ricetta/e SSN.

→ **MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)**

Adempimenti del Medico:



1. Prescrivere, su ricetta SSN** con l'indicazione del principio attivo (salvo nei casi previsti dal D.A. 65/13) i farmaci oggetto dell'Accordo, apponendo la dizione “DPC”.
2. Prescrivere, su ricetta SSN** con l'indicazione del principio attivo (salvo nei casi previsti dal D.A. 65/13) i farmaci oggetto dell'Accordo, apponendo la dizione “DPC”.
3. Accertarsi che le suddette ricette non rechino la prescrizione contemporanea di farmaci diversi, non inclusi in questa forma di distribuzione.

**** DUE CONFEZIONI PER RICETTA.** Fanno eccezione, secondo la L.405/01, art. 9:

- la prescrizione dei medicinali destinati al **trattamento delle patologie** individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, è limitata al **numero massimo di tre pezzi per ricetta**. La prescrizione **non può comunque superare i sessanta giorni di terapia**.
- come per gli antibiotici iniettabili in confezione monodose, **per i medicinali a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica** è confermata la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta, ai sensi dell'articolo 9, comma 1, della legge 23 dicembre 1994, n. 724

→ **Importante: Precisazione per i casi di “Non sostituibilità”.**

Si ricorda che, nel caso in cui uno specialista o un medico di medicina generale apponga la vincolante dicitura “**Non sostituibile**” per motivi di ipersensibilità, intolleranza o controindicazione ad eccipienti del farmaco distribuito secondo l’accordo, **la prescrizione dovrà essere corredata dal modello ministeriale di scheda di reazione avversa, compilata correttamente in ogni sua parte, e preliminarmente spedita e accettata dal Responsabile di Farmacovigilanza dell’Azienda Sanitaria di competenza.** (D.A. 65/13, allegati)

L’accettazione e la notifica da parte della struttura pubblica è attestata dalla presenza in alto a destra, sulla scheda, del CODICE SEGNALAZIONE, che può essere apposto **esclusivamente** dal Referente dell’Azienda Sanitaria.

Alcune prescrizioni che il medico dovrà attenzionare

- **Antipsicotici atipici** :



Salvo casi particolari vanno ritirati
in farmacia aperta al pubblico.*

Per le specialità medicinali a base di: aripiprazolo, asenapina, olanzapina, paliperidone, quetiapina e risperidone, **non** è più necessaria la prescrizione su piano terapeutico redatto da parte dello specialista per indicazioni registrate per i farmaci in classe A con ricetta ripetibile.

Permane l’obbligo del piano terapeutico per i farmaci contenenti **Clozapina**. Le prescrizioni devono contenere l’esecuzione (settimanale per le prime 18 settimane e mensile successivamente) della conta e della formula leucocitaria e la compatibilità dei valori riscontrati con l’inizio, la prosecuzione o la ripresa del trattamento. (GU n.119 del 23-5-2013)

* Nel caso di impieghi al di fuori delle indicazioni registrate (off -label) nulla è mutato come specificato dall’AIFA nel comunicato del 4 luglio 2013. Sono confermate, pertanto, le modalità di prescrivibilità dei farmaci antipsicotici nei pazienti con demenza, secondo quanto già indicato nel comunicato AIFA del 2006, ripreso ed aggiornato nel comunicato dell’8 maggio 2009. **I FARMACI PER TALI INDICAZIONI SONO DISTRIBUITI IN FORMA DIRETTA ATTRAVERSO LE FARMACIE DELLE ASP.**

Inoltre è confermata la prescrivibilità con P.T. dei farmaci antipsicotici che sono attualmente inseriti nell’elenco di cui alla legge 648/96, cioè per le indicazioni pediatriche. **ANCHE I FARMACI PER TALI INDICAZIONI SONO DISTRIBUITI IN FORMA DIRETTA ATTRAVERSO LE FARMACIE DELLE ASP.**



- **Eparine**

Solo alcuni dosaggi di eparine e con specifiche indicazioni, secondo quanto previsto dalla classificazione AIFA, ricadono in fascia A-PHT e pertanto risultano inseriti nell'accordo DPC. (Determina AIFA 266 del 16 luglio 2013, GURI n.175 del 27-7-2013)

Le indicazioni sono le seguenti:

“profilassi della TVP e continuazione della terapia iniziata in ospedale, sia dopo intervento ortopedico maggiore, che dopo intervento di chirurgia generale maggiore”.

Essendo tali farmaci **prescritti a seguito ricovero e dimissione ospedaliera**, l'Assessorato Regionale ha emanato uno specifico decreto (il D.A. 166/14) che prevede, in caso di prescrizione di eparine in PHT:

- la corretta compilazione, con indicazione della diagnosi da parte dello specialista, della scheda di dimissione ospedaliera;
- l'erogazione del primo ciclo di terapia da parte delle farmacie ospedaliere delle aziende sanitarie fino ad un massimo di trenta giorni;
- la dicitura “PHT”, apposta sulla ricetta SSN dal Medico di Medicina Generale, in caso di prosecuzione di cura a seguito primo ciclo. La ricetta dovrà contenere esclusivamente la prescrizione di EBPM, senza l'aggiunta di altri farmaci.

Per quanto concerne il ***fondaparinux***, **tutte le indicazioni** sono invece classificate in fascia A-PHT e pertanto la prescrizione dovrà avvenire sempre secondo le modalità stabilite dalla DPC

Molecola	PROFILASSI IN CHIRURGIA GENERALE	PROFILASSI IN CHIRURGIA ORTOPEDICA
BEMIPARINA Ivor®	2.500 ui 0,2 ml	3.500 UI 0,2 ml
DALTEPARINA Fragmin®	2.500 ui 0,2 ml	5.000 ui 0,2 ml
ENOXAPARINA Clexane®	2000 ui 0,2 ml 4000 ui 0,4 ml	2000 ui 0,2 ml 4000 ui 0,4 ml
Clexane T®	NO	NO
NADROPARINA Fraxiparina®, Seleparina®	2.850 UI 0,3 ml	* 2.850 UI 0,3 ml 3.800 UI 0,4 ml 5.700 UI 0,6 ml
Fraxodi, Seledie	NO	NO
PARNAPARINA Fluxum®	3.200 UI 0,3 ML	4250 UI 0,4 ML
REVIPARINA Clivarina®	1750 UI 0,25 ml	4200 UI 0,6 ml

* relativamente al peso del pazienti.

- **Farmaci erogabili a totale carico del S.S.N. ai sensi della legge 648/96.**

La legge 648/96 prevede la rimborsabilità a carico del SSN per alcune indicazioni off-label per farmaci inseriti negli elenchi AIFA e scaricabili sul sito:

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/normativa-di-riferimento-sperimentazione-clinica>

Tali farmaci sono distribuiti esclusivamente per il tramite delle farmacie territoriali della ASP di residenza del paziente,
dietro presentazione di piano terapeutico e consenso informato.

Al fine di facilitare l'individuazione delle molecole, si riporta di seguito l'elenco delle molecole presenti anche in 648/96:

1. Antipsicotici atipici in età pediatrica: Clozapina, Olanzapina, quetiapina	12. Lanreotide
2. Cinacalcet	13. Lenograstim
3. EBPM: Nadroparina in oncologia	14. Levocarnitina
4. EBPM: Enoxaparina e Deltaparina in età pediatrica.	15. Octreotide (anche LAR)
5. Epoetina alfa	16. Paracalcitolo
6. Epoetina beta	17. Tacrolimus
7. Epoetina zeta	18. Teriparatide
8. Everolimus	19. Valganciclovir
9. Filgrastim	
10. Interferoni (alfa, alfa2a, alfa2b, pegilato alfa2a e 2b)	
11. Lamivudina	



- **Farmaci Antidiabetici:**

Riguardo i **farmaci antidiabetici** “ La prescrizione è soggetta a template AIFA on-line, con scheda per la prima prescrizione e per il follow-up. **NELLE MORE DELLA DEFINIZIONE DEL PT ON-LINE DOVRÀ ESSERE COMPILATO IL PIANO TERAPEUTICO CARTACEO CON DURATA MASSIMA DI SEI MESI. Al piano terapeutico dovrà essere allegata scheda cartacea di eleggibilità o di follow-up.**”

(nota prot. 468 del 07/01/2014 dall'Assessorato Regionale Salute)

- **Farmaci Prescritti su P.T. redatti da Centri fuori Regione:**

La dispensazione dei suddetti Farmaci deve avvenire esclusivamente in forma diretta da parte delle aziende Sanitarie Provinciali di residenza del paziente.



(nota N. 35984 del 22/04/2013 Assessorato Della Salute)



- **Importanti integrazioni agli allegati di cui al D.A. del 08/01/2014:**

Relativamente ai farmaci per cui l'Assessorato ha già emanato le schede di appropriatezza di cui all'Accordo, **si integrano le disposizioni in vigore con quanto segue:**

- **ERITROPOIETINE E FATTORI DI CRESCITA GRANULOCITARI:** vedi **prospetto allegato**, riportante le disposizioni e gli addebiti derivanti da accertate inapproprietezze. Si invitano i clinici prescrittori ad osservare quanto disposto dal PTORS onde evitare inutili disservizi al paziente dovuti a mancata consegna del farmaco o a ritardi nella consegna da parte delle farmacie per la rettifica dei piani terapeutici errati.
Si invitano altresì i medici di medicina generale a non dare seguito su ricetta SSN a prescrizioni non conformi con la normativa regionale vigente in materia di biosimilari.
- **Eritropoietina biosimilare BINOCRIT:**
I dosaggi: 1.000ui, 2.000ui, 3.000ui, 4.000ui, 5.000ui, 6.000ui, 8.000ui, 10.000ui, 20.000ui vanno erogati ai pazienti affetti da insufficienza renale cronica **SOLO SE DIALIZZATI**, in quanto, per tale indicazione il farmaco non è somministrabile sottocute.
- **Filgrastim biosimilare:**
in caso di prescrizione di filgrastim si dovranno erogare le seguenti specialità:
ZARZIO o NIVESTIM: per i pazienti NAIVE possono essere erogati entrambi indifferentemente, avendo essi il medesimo prezzo d'acquisto
ZARZIO: qualora un paziente sia in continuità terapeutica con lo stesso farmaco
NIVESTIM: qualora un paziente sia in continuità terapeutica con lo stesso farmaco
TEVAGRASTIM: qualora un paziente sia in continuità terapeutica con lo stesso farmaco, poiché, pur essendo un biosimilare, è stato aggiudicato ad un prezzo maggiore rispetto agli altri.
GRANULOKYNE: qualora un paziente sia in continuità terapeutica con lo stesso farmaco
- **NOTA 51. Principio attivo TRIPTORELINA:**
in caso di prescrizione di triptorelina 3,75 mg si dovrà erogare la specialità:
GONAPEPTYL 3,75 mg, per le indicazioni: carcinoma della prostata, endometriosi, pubertà precoce, trattamento pre-chirurgico della durata di 3 mesi: per gli interventi di miomectomia e isterectomia della paziente metrorragia o della durata di 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via isteroscopica e fibromi uterini non operabili
DECAPEPTYL 3,75 mg, per le indicazioni: carcinoma della mammella
- **ORMONE SOMATOTROPO.**
Per un mero errore di stampa risulta mancante nella scheda assessoriale una indicazione autorizzata. La tabella si intende pertanto integrata come segue:

INDICAZIONI NOTA 39 E POSOLOGIE AUTORIZZATE	Bassa statura da deficit di GH		S. di Turner citogenetica- mente dimostrata	S. di Prader Willi in soggetti prepuberi	Insufficienza renale cronica	Soggetti nati SGA	Deficit staturale associato ad alterata funzione del gene SHOX, confermata da analisi del DNA.
	BAMBINI	ADULTI					
GENOTROPIN	X	X	X	X	X	X	
HUMATROPE	X	X	X		X	X	X
NORDITROPIN	X	X	X		X	X	
NUTROPIN AQ	X	X	X		X		
OMNITROPE	X	X	X	X	X	X	
SAIZEN	X	X	X		X	X	
ZOMACTON	X		X				



- **Biosimilari** **

Come comportarsi con i Biosimilari: Si riportano a scopo esemplificativo alcuni casi possibili con relativi addebiti.

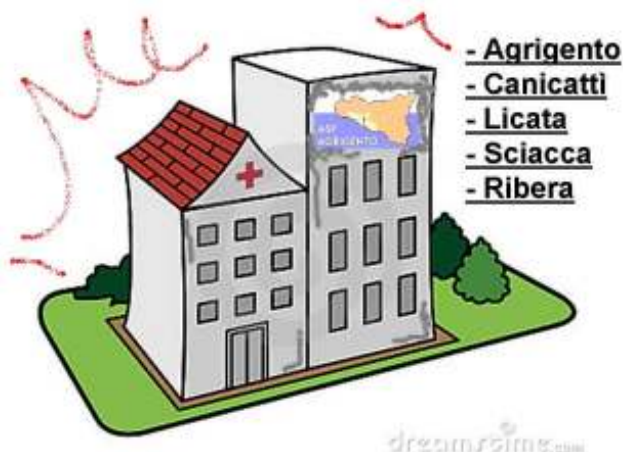
CASO	COMPORTAMENTO DEL FARMACISTA	IN CASO DI ACCERTAMENTO DELL'IRREGOLARITÀ, L'ASP PROVVEDE A
PRIMA PRESCRIZIONE Lo specialista prescrive su piano terapeutico IL PRINCIPIO ATTIVO ERITROPOIETINA ALFA	IL FARMACISTA EROGA IL BRAND	ADDEBITO ALLA FARMACIA
PRIMA PRESCRIZIONE Lo specialista prescrive su piano terapeutico UNO DEI PRINCIPI ATTIVI: ERITROPOIETINA BETA DARBEPOETINA ALFA METOSSIPOLIETILENGLICOLE ERITROPOIETINA BETA	IL FARMACISTA EROGA IL BRAND	ADDEBITO ALLA FARMACIA
PRIMA PRESCRIZIONE Lo specialista prescrive su piano terapeutico ERITROPOIETINA BETA DARBEPOETINA ALFA METOSSIPOLIETILENGLICOLE ERITROPOIETINA BETA	IL FARMACISTA EROGA IL BRAND PRESCRITTO VERIFICANDO CHE LA DOCUMENTAZIONE è COMPLETA	ADDEBITO ALLO SPECIALISTA SOLO IN CASO DI ACCERTATA INAPPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE

<u>LO SPECIALISTA ATTESTA LA NON SOSTITUIBILITÀ PER ACCERTATA ADR, CONTROFIRMATA E MOTIVATA E CORREDATA DELLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEBITAMENTE COMPILATA</u> *	IL FARMACISTA EROGA IL BRAND PRESCRITTO SENZA LA CONTROFIRMA O I DOVUTI ALLEGATI *	ADDEBITO ALLA FARMACIA
PRIMA PRESCRIZIONE Lo specialista prescrive su piano terapeutico ERITROPOIETINA BETA DARBEPOETINA ALFA METOSSIPOLIETILENGLICOLE ERITROPOIETINA BETA MA <u>IL PAZIENTE HA RITIRATO UN PRIMO CICLO DI TERAPIA CON FARMACO BRAND</u> oppure <u>IL PAZIENTE HA RICEVUTO LA SOMMINISTRAZIONE DI UN BRAND IN REPARTO</u>	IL MEDICO di MEDICINA GENERALE ALLEGA ALLA RICETTA IL MODULO di PRIMO CICLO o LA RELAZIONE DI DIMISSIONE ATTESTANTE LA SOMMINISTRAZIONE DEL BRAND	SEGNALAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA CHE PROVVEDERÀ ALL'ADDEBITO DANDONE RISCONTRO.
	IL FARMACISTA EROGA IL BRAND PRESCRITTO SENZA CONTROLLARE LA PRESENZA DELLA CONTROFIRMA O DEI DOVUTI ALLEGATI	ADDEBITO ALLA FARMACIA
PROSECUZIONE DI CURA Lo specialista prescrive su piano terapeutico ERITROPOIETINA BETA DARBEPOETINA ALFA METOSSIPOLIETILENGLICOLE ERITROPOIETINA BETA	IL FARMACISTA EROGA IL BRAND MA ALLA VERIFICA DELL'ASP IL PAZIENTE RISULTA NAIVE	SEGNALAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA CHE PROVVEDERÀ ALL'ADDEBITO DANDONE RISCONTRO.

*Relativamente alle segnalazioni di reazione avversa attenersi alle "PRECISAZIONI SUI CASI DI NON SOSTITUIBILITÀ" di cui sopra.

➔ **** Si rimanda ad ulteriori aggiornamenti (ANCORA NON DISPONIBILI) in seguito alla Sentenza TAR Sicilia/Gurs n° 9 del 28 Febbraio 2014.**

- **Elenco delle molecole e dei farmaci in distribuzione diretta presso i "Punti ospedalieri di erogazione all'utenza esterna" dell'ASP di Agrigento presenti a**



Cod Atc	Principio Attivo	NOMI COMMERCIALI	PT	MOTIVAZIONE DELL'ESCLUSIONE DALLA DPC	DISPENSAZIONE PRESSO
A16AA04	mercaptamina	Cystagon		Riclassificato AIFA	Primi due mesi presso la farmacia ospedaliera; prosecuzione presso le farmacie territoriali ASP
A16AA05	acido carglumico	Carbaglu			
A16AA06	Betaina	Cystadane			
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	Ammonaps			

A16AX05	zinco acetato	Wilzin cpr			
A16AX06	Miglustat	Zavesca			
A16AX07	Sapropterin	Kuvan			
B01AC11	Iloprost	VENTAVIS			
B01AC22	prasugrel cloridrato	EFIENT	X	DISPOSIZIONE PTORS	CENTRI HUB e SPOKE con UTIC della Rete dell'infarto
B01AC24	Ticagrelor	BRILIQUE	X		
B01AE07	dabigatran etexilato mesilato	PRADAXA	X		
B01AX06	Rivaroxaban	XARELTO	X	DISPOSIZIONE PTORS; dabigatran e rivaroxaban sono inoltre riclassificati	per la profilassi in TVP: il centro prescrittore dispensa; per le strutture private dispensa l'ASP di residenza del paziente; per la FANV: ASP di residenza
B01AF02	Apixaban	ELIQUIS	X		Centro prescrittore dispensa; per le strutture private dispensa l'ASP di residenza
B02BD02	fattore VIII di coagulazione del sangue, liofilizzato o ricombinante	ADVATE* BERIATE P* EMO-CLOT* FANHDI* HAEMOC-TIN* HELIXATE NEXGEN* KOGENATE* REFACTO AF	X		
B02BD04	fattore IX di coagulazione	AIMAFIX*ALPHANINE*FIXNOVE*HAEMOBIONI NE* MONONINE	X		
B02BD05	fattore VII di coagulazione	PROVERTINUM	X	DISPOSIZIONE REG. DDG 30/01/08	Esclusivamente presso i punti di distribuzione delle ASP.
B02BD06	fattore di von Willebrand e fattore VIII in associazione	ALPHANATE* HAEMATE P* TALATE* WILATE	X		
B02BD09	nonacog alfa	BENEFIX	X		
B02BD10	fattore di von Willebrand	WILFACTIN	X		
C02KX	sildenafil citrato	REVATIO			
C02KX	Tadalafil	ADCIRCA			
C02KX01	bosentan monoidrato	TRACLEER		Riclassificato AIFA	primi due mesi presso la farmacia ospedaliera; prosecuzione presso le farmacie territoriali ASP
C02KX02	Ambrisentan	VOLIBRIS			
C02KX03	Sitaxentan	THELIN			
D11AH01	tacrolimus topico	PROTOPIC	X		
J01CE08	benzilpenicillina benzatinica	Benzilpenicillina Benzatinica Biopharma	X	DISPOSIZIONE PTORS	esclusivamente presso le farmacie ospedaliere
J01GB01	Tobramicina	BRAMITOB*TOBI			
J01XX08	Linezolid	ZYVOXID			
J02AC03	Voriconazolo	VFEND			
J02AC04	Posaconazolo	NOXAFIL			
J05AB04	Ribavirina	COPEGUS*REBETOL			
J05AF08	adefovir dipivoxil	HEPSERA	X		
J05AF10	Entecavir	BARACLUDE	X	Riclassificato AIFA	primi due mesi presso la farmacia ospedaliera; prosecuzione presso le farmacie territoriali ASP
J05AF11	Telbivudina	SEBIVO			
L01AX03	Temozolamide	TEMOZOLOMIDE generico* TEMODAL			
L01BB05	fludarabina fosfato	FLUDARA			
L01BC06	Capecitabina	XELODA			
L01BC53	tegafur, associazioni	UFT			

L01CA04	vinorelbina bitartrato	NAVELBINE			
L01XE01	imatinib mesilato	GLIVEC			
L01XX17	Topotecan	HYCANTIN			
L01XX23	Mitotano	LYSODREN			
L01XX25	Bexarotene	TARGRETIN			
L01XX35	Anagrelide	XAGRID			
L04AA06	acido micofenolico/ sale di mofetile	MYFORTIC*CELLCEPT*MICOFENOLATO			
M05BA06	acido ibandronico sale monosodico monoidrato	BONDRONAT			
M05BX04	Denosumab	PROLIA	X	DISPOSIZIONE PTORS	esclusivam. presso farmacie ASP
N07BC02	Metadone	EPTADONE, METADONE		Disposizioni Regionali	ASP SERT
N07BC51	buprenorfina, associazioni	SUBOXONE			
N07XA01	Pilocarpina	SALAGEN		Riclassificato AIFA	primi due mesi presso la farmacia ospedaliera; prosecuzione presso le farmacie territoriali ASP
N07XX02	Riluzolo	RILUTEK			
R05CB13	dornase alfa	PULMOZYME			presso i CENTRI PRESCRITTORI
V03AC02	Deferiprone	FERRIPROX			presso i CENTRI PRESCRITTORI; per prescrizioni ematologiche delle strutture private e convenzionate: farmacie ASP.
V03AC03	Deferasirox	EXJADE			

• **Elenco delle molecole e dei farmaci reperibili in farmacia privata:**



Cod Atc	Principio Attivo	COSA VIENE EROGATO IN DPC	PT*	NOTA
A10AE04	insulina glargine	LANTUS cartuccia / penna / fiala		
A10AE05	insulina detemir	LEVEMIR flexpen		
A10BD05	pioglitazone + metformina	COMPETACT compresse 15/850		
A10BD06	pioglitazone + glimepiride	TANDEMACT compresse 30mg/4mg		
A10BD07	sitagliptin + metformina	JANUMET compresse 850/50mg, 1000/50mg	T	

A10BD08	vildagliptin + metformina	EUCREAS compresse 50/850 e 50/1000	T	
A10BD10	saxagliptin + metformina	KOMBOGLYZE	T	NO PTORS
A10BD11	linagliptin + metformina	JENTADUETO	T	NO PTORS
A10BG03	pioglitazone cloridrato	ACTOS compresse 45 mg PIOGLITAZONE compresse 15mg (....) compresse 30mg		
A10BH01	sitagliptin fosfato monoidrato	XELEVIA compresse 100mg, 50mg, 25mg	T	
A10BH02	Vildagliptin	GALVUS compresse 50 mg	T	
A10BH03	Saxagliptin	ONGLYZA compresse 5 mg - 2,5 mg	T	
A10BH05	Linagliptin	TRAJENTA	T	NO PTORS
A10BX04	Exenatide	BYETTA fiala 5 mg / 10 mg BYDUREON fiala	T	
A10BX07	Liraglutide	VICTOZA fiala 6 mg	T	
A10BX10	Lixisenatide	LYXUMIA	X	NO PTORS
A16AA01	Levocarnitina	CARNITENE solo fiale 2G/10ML	R	8
A16AX04	Nitisinone	ORFADIN cpr 10mg, 5mg, 2mg	R	
B01AB	EBPM- BEMIPARINA	IVOR fiale 2.500ui, 3.500ui, 5.000ui, 7.500ui, 10.000ui		
B01AB	EBPM- DALTEPARINA	FRAGMIN fiale 2.500ui, 5.000ui, 7.500ui, 10.000ui, 12.500ui, 15.000ui		
B01AB	EBPM- ENOXAPARINA	CLEXANE 2.000ui, 4.000ui, 6.000ui		
B01AB	EBPM- NADROPARINA	SELEPARINA 2.850ui, 3.800ui, 5.700ui		
B01AB	EBPM- PARNAPARINA	FLUXUM 3.200ui, 4.250ui, 6.400ui, 8.500ui, 12.800ui		
B01AB	EBPM- REVIPARINA	CLIVARINA 1.750ui, 4.200ui, 6.300ui		
B01AC04	clopidogrel	CLOPIDOGREL MYLAN compresse 75mg		
B01AC30	clopidogrel + ASA	DUOPLAVIN compresse 75mg/100mg		
B01AX05	fondaparinux sodico	ARIXTRA fiale 1.5mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg		
B03XA01	epoetina alfa	EPREX fiale 1.000ui, 2.000ui, 3.000ui, 4.000ui, 5.000ui, 6.000ui, 8.000ui, 10.000ui, 40.000ui	T	
B03XA01	epoetina alfa	BINOCRIT fiale 1.000ui, 2.000ui, 3.000ui, 4.000ui, 5.000ui, 6.000ui, 8.000ui, 10.000ui, 20.000ui, 30.000ui, 40.000ui	T	
B03XA01	epoetina zeta (biosimilare dell'alfa)	RETACRIT fiale 1.000ui, 2.000ui, 3.000ui, 4.000ui, 5.000ui, 6.000ui, 8.000ui, 10.000ui, 20.000ui, 30.000ui, 40.000ui	T	
B03XA01	epoetina beta	NEORECORMON fiale 2.000ui, 3.000ui, 4.000ui, 5.000ui, 6.000ui, 10.000ui, 30.000ui	T	
B03XA02	darbepoetina alfa	ARANESP fiale 10mcg, 20mcg, 30mcg, 40mcg, 50mcg, 60mcg, 80mcg, 100mcg, 150mcg, 300mcg, 500mcg	T	
B03XA03	metossipolietilenglicole-epoetina beta	MIRCERA fiale 30mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg, 120mcg, 150mcg, 200mcg, 250mcg, 360mcg	T	
B06AC01	C-1 inibitore, plasma derivato	BERINERT flacone 500ui	R	
C01BD07	Dronedarone	MULTAQ compresse 400mg	T	
C01EB17	ivabradina cloridrato	CORLENTOR/PROCOROLAN compresse 5mg e 7,5mg		
C01EB18	Ranolazina	RANEXA cpr 375mg, 500mg, 750mg	T	
D06BB10	Imiquimod	ALDARA bustine	R	

G03BA03	testosterone undecanoato	ANDRIOL cps molli 40mg TESTOVIS fiale 100mg/2ml	R	36
G03GA02	Meno tropina	MEROPUR fiale 75ui, penna 600ui, penna 1.200ui	R	74
G03GA04	Urofollitropina	FOSTIMON confezione da 10fl / da 1 fl	R	74
G03GA05	follitropina alfa	GONAL F penna 1.050ui, 900ui, 450ui, 300ui, 75ui (cfz da 10fl / da 1 fl)	R	74
G03GA06	follitropina beta	PUREGON cartuccia da 50ui, 100ui, 300ui, 600ui, 900ui	R	74
G03GA07	lutropina alfa	LUVERIS confezione da 3fl / da 1 fl	R	74
G03GA08	coriogonadotropina alfa	OVITRELLE	R	NO PTORS
G03GA09	corifollitropina alfa	ELONVA fiala 100mcg, 150mcg	R	74
G03GA30	follitropina alfa + lutropina alfa	PERGOVERIS	R	NO PTORS
H01AC01	somatropina	GENOTROPIN fiala 0.2mg, 0.4mg, 0.6mg, 0.8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg, 5.3mg, 12mg	R	39
H01AC01	somatropina	OMNITROPE fiala 10mg, 5mg	R	39
H01AC01	somatropina	HUMATROPE fiale 6mg, 12mg	R	39
H01AC01	somatropina	SAIZEN fiala 8mg	R	39
H01AC01	somatropina	NUTROPIN-AQ fiala 10mg	R	39
H01AC01	somatropina	NORDITROPIN SYMPLEX fiala 15mg, 5mg	R	39
H01AC01	somatropina	ZOMACTON fiala 6mg	R	39
H01BA02	desmopressina acetato triidr.	EMOSINT fiala 20mcg	R	
H01AX01	pegvisomant	SOMAVERT fiale 10mg, 15mg, 20mg	R	
H01CA01	gonadorelina	KRYPTOCUR nasale 2fl 10g	R	
H01CB02	octreotide	OCTREOTIDE BIOINDUSTRIA fiala 0.1mg TREOJECT fiala 0,05mg/ml OCTREOTIDE SUN 1mg/5ml (200mcg/ml in 5ml) LONGASTATINA LAR 20mg SANDOSTATINA LAR 10mg, 30mg	R	40
H01CB03	lanreotide acetato	IPSTYL fiala 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	R	40
H05AA02	Teriparatide	FORSTEO penna 20mcg/80mcl	R	79
H05BX01	Cinacalcet	MIMPARA compresse 30mg, 60mg, 90mg	R	
H05BX02	Paracalci tolo	ZEMPLAR compresse 1mcg, 2mcg; fiale 5mcg	R	
J05AB11	valaciclovir	ZELITREX compresse 500mg, 1.000mg		84
J05AB14	valganciclovir	DARILIN compresse 450mg (...) sol.os	R	
J05AF05	Lamivudina	ZEFFIX sol.os; compresse 100mg	T	
J06BB01	immunoglobulina anti-D(RHO)	IMMUNORHO fiala 300mg/2ml (1.500ui)	R	
L01XX14	Tretinoina	VESANOID capsule 10mg	R	
L02AE01	buserelina acetato	SUPREFACT impianto 6.3mg, 9.45mg; spray nasale 10mg	R	51
L02AE02	leuprorelina acetato	ELIGARD fiale 7.5mg, 22.5mg ENANTONE fiale 3.75mg, 11.25mg LEPTOPROL fiale 3.6mg, 5mg	R	51
L02AE03	Goserelina	ZOLADEX fiale 3.6mg, 10.8mg	R	51

L02AE04	Triptorelina	DECAPEPTYL fiale 11.25 DECAPEPTYL 3.75 SOLO IN CASO DI CARCINOMA MAMMARIO GONAPEPTYL 3.75 PER TUTTE LE ALTRE INDICAZIONI	R	51
L02BB01	Flutamide	(...)		
L02BB03	Bicalutamide	BICALUTAMIDE TEVA cpr 50mg, 150mg	R	
L02BX02	Degarelix	FIRMAGON 2fiale 120mg, 1fiala 80mg		
L03AA02	filgrastim (originator e biosimilare)	NIVESTIM fiala 30mu, 48mu ZARZIO fiala 30mu, 48mu GRANULOKINE fiala 30mu solo per pazienti in continuità TEVAGRASTIM fiala 30mu solo per pazienti in continuità	T	
L03AA10	Lenograstim	MYELOSTIM fiala 33ui solo per pazienti in continuità	T	
L03AA13	Pegfilgrastim	NEULASTA penna 6mg solo per pazienti in continuità	T	
L03AB01	interferone alfa naturale	ALFAFERONE fiale 1mu, 3mu, 6mu	T	
L03AB04	interferone alfa-2°	ROFERON-A fiala 3mu, 6mu, 9mu	T	
L03AB05	interferone alfa-2b	INTRONA fiala 10mu, 18mu, 25mu penna 18mu, 30mu	T	
L03AB10	peginterferone alfa-2b	PEGINTRON fiala o penna 50mcg, 80mcg, 100mcg, 120mcg; fiala 150mcg	T	
L03AB11	peginterferone alfa-2a	PEGASYS fiala o penna 135mcg, 180mcg	T	
L04AA10	Sirolimus	RAPAMUNE compresse 0,5mg, 1mg, 2mg; sol.os 60mg	R	
L04AA13	Leflunomide	LEFLUNOMIDE SANDOZ cpr 20mg ARAVA cpr 100mg	R	
L04AA18	Everolimus	CERTICAN compresse 0.25mg; 0.75mg cpr dispers. 0.25mg	R	
L04AA27	Fingolimod	GILENYA compresse 0.5mg		
L04AD02	Tacrolimus	ADOPORT cpr 0.5mg, 1mg, 5mg ADVAGRAF cpr RP 1mg, 3mg, 5mg PROGRAF cpr 0.5mg, 1mg, 5mg SOLO PER CONTINUITÀ TERAPEUTICA**	R	
N04BA03	levodopa + carbidopa + entacapone	STALEVO compresse 50/12.5/200mg, 75/18.75/200mg, 100/25/200mg, 125/31.25/200mg, 150/37.5/200mg, 200/50/200mg	R	
N04BX01	Tolcapone	TASMAR compresse 100mg	R	
N04BX02	Entacapone	COMTAN compresse 200mg	R	
N05AE04	ziprasidone	ZELDOX compresse 20mg, 40mg, 60mg		
N05AH02	clozapina	CLOZAPINA HEXAL compresse 25mg, 100mg	R	
N05AH03	Olanzapina	OLANZAPINA TEVA cpr 2.5mg, 5mg, 10mg; cpr orodisp. 5mg, 10mg		
N05AH04	quetiapina fumarato	QUETIAPINA TEVA cpr 25mg, 100mg, 200mg, 300mg QUETIAPINA TEVA RP cpr 50mg, 200mg, 300mg, 400mg SEROQUEL cpr RP 150mg		
N05AH05	Asenapina	SYCREST compresse 5mg, 10mg		
N05AX08	risperidone (FU)	RISPERIDONE TEVA cpr 1mg, 2mg, 3mg, 4mg; RISPERIDONE MYLAN sol.os 100ml		
N05AX12	Aripiprazolo	ABILIFY compresse 5mg, 10mg, 15mg; cpr orodisp. 10mg, 15mg		
N05AX13	Paliperidone	INVEGA compresse 3mg, 6mg, 9mg		
N06BA04	Metilfenidato	RITALIN compresse 10mg	R	
N06BA07	Modafinil	PROVIGIL compresse 100mg	R	

N06BA09	atomoxetina cloridrato	STRATTERA compresse 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg	R	
N06DA02	donepezil cloridrato	DONEPEZIL ACTAVIS cpr 10mg, 5mg DONEPEZIL MYLAN cpr orodisp. 10mg, 5mg	R	85
N06DA03	rivastigmina tartrato acido	RIVASTIGMINA ACTAVIS cps 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg EXELON cerotto 4.6mg, 9.5mg	R	85
N06DA04	galantamina bromidrato	REMINYL compresse 4mg, 8mg, 12mg cpr RP 8mg, 16mg, 24mg	R	85
N06DX01	memantina cloridrato	EBIXA compresse 10mg, 20mg; sol.os 5mg	R	85
N07BB04	naltrexone cloridrato	NALTREXONE ACCORD fiala		
P01CX01	pentamidina disetionato	PENTACARINAT in.neb. 300mg	R	
R03DX07	Roflumilast	DAXAS compresse 500mcg	R	
V03AC01	deferoxamina mesilato	DESFERAL fiale 500mg	R	
V03AE02	sevelamer cloridrato	RENAGEL compresse 800mg	R	
V03AE02	sevelamer carbonato	REVELA compresse 800mg; bustine 2,4g	R	
V03AE03	lantano carbonato idrato	FOZNOL compresse 500mg, 750mg, 1.000mg; bustine 750mg, 1.000mg	R	
V03AF01	Mesna	UROMITEXAN fiala 400mg/4ml	R	
V03AF03	calcio folinato	SANIFOLIN fiala		11

* R=prescrivibile su piano Regionale; T=template aifa.

** Con la dicitura “NON SOSTITUIBILE” affinché non venga posta a carico dell’assistito la differenza fra il prezzo più basso ed il prezzo del farmaco (L.405/2001 art.7).

In ultimo si precisa che, al fine di minimizzare i disagi all’utenza, in questa prima fase di transizione, la dispensazione nelle Farmacie Ospedaliere dell’ASP continuerà, in doppia via con le Farmacie Private per tutto il mese di Marzo.

IL DIRIGENTE FARMACISTA

Dr.ssa Stefania Terrazzino

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

IL DIRETTORE

Dr.A. Moribondo

Collegamenti ipertestuali:

1. (D.A. del 08/01/2014)
2. (D.A. 255/13 e circolari esplicative n. 1301 del 15/02/2013 e n. 35984 DEL 22.04.13).
3. (D.A. 65/13).
4. (L. 405/01, art.9).
5. (Decreto legislativo n.124 del 29 aprile 1998).
6. (L. n. 724 del 23 Dicembre 1994, art. 9).
7. (GU n.119 del 23/05/2013).
8. (Comunicato AIFA del 04/07/2013 e s.m.i. dell'8/05/2009)
9. (Determina AIFA 266 del 16 luglio 2013, GURI n.175 del 27-7-2013).
10. (D.A. 166/14).
11. (nota prot. 468 del 07/01/2014 dall'Assessorato Regionale Salute).
12. (nota N. 35984 del 22/04/2013 Assessorato Della Salute).
13. (DDG del 30/01/08)
14. (DA166/2014).
15. (L.405/2001 art.7).