

Prot. n° 10995
del 19 GEN. 2018

A Tutte le Farmacie
Ai Direttori di Distretto
Ai MMG/PLS per il tramite dei Direttori di Distretto
A Responsabile DPC
A Responsabili Farmacie Distrettuali
p.c. A Direttore Generale
A Direttore Sanitario

oggetto: procedura DPC.

Con nota prot. 0846675/2017, pervenuta il 16.01.2018, il Dirigente Regionale - UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi -, dr. Trama, ha fatto pervenire circolare, di pari oggetto, con la quale, unitamente al gruppo di Lavoro DPC, composto dai referenti delle ASL Campane, sentiti anche i referenti Sani.Arp, dispone alcune modifiche al sistema Integrato Sani.Arp/Web-dpc al fine di ottimizzare il percorso di accesso ed erogazione dei farmaci in regime di Distribuzione per Conto.

In particolare:

- ✓ al punto 1. si provvede ad aggiornare l'elenco dei farmaci A-PHT definendo 3 allegati sulla base di valutazioni tecniche, scientifiche ed economiche:

1. **Allegato A – Farmaci A-PHT in Distribuzione per Conto (DPC)**
2. **Allegato B – Farmaci A-PHT in Distribuzione Diretta ASL**
3. **Allegato C – Farmaci A-PHT da distribuire in convenzione**

La nota circolare, inoltre, dispone che tutti i farmaci A-PHT di nuova immissione in commercio, in mancanza di specifica comunicazione da parte delle regioni e fino al successivo aggiornamento degli elenchi, debbono essere erogati, anche al fine di contenere la spesa farmaceutica, direttamente dalle farmacie dell'ASL.

- ✓ al punto 2., alla luce di quanto già disposto circa l'obbligo da parte dei MMG/PLS di redigere la ricetta con un numero di confezioni pari e non superiore alla copertura di 30 giorni di terapia, si dispone, che dal 01.01.2018, Sani.Arp predisporrà una funzione di blocco per impedire distribuzioni superiori e possibili sprechi dovuti all'erogazione di confezioni in eccesso rispetto a quanto necessario ad assicurare i fabbisogni terapeutici.

Tale blocco, nella prima fase, sarà attivato per le seguenti categorie farmacologiche:

1. **farmaci cardiovascolari**
2. **farmaci antidiabetici per via orale**
3. **ormone somatotropo**

Successivamente, e progressivamente, il blocco sarà esteso ad altre categorie di farmaci erogati in DPC.

- ✓ Lo stesso punto 2., consequenzialmente, dispone e conferma:

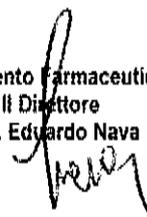
1. **i MMG/PLS debbono prescrivere sulle ricette SSR-DPC sempre una confezione di farmaco in cp. predisponendo una nuova ricetta SSR-DPC sempre da una confezione per il soddisfacimento e completamento del fabbisogno terapeutico come indicato nel corrispondente MUP/P.T. Sani.Arp, fermo restando che per una sola volta nell'arco del piano terapeutico semestrale o annuale il MMG/PLS possa prescrivere due confezioni (confezioni da 28)**
2. **i farmacisti, che sulle ricette SSR-DPC rilevano prescrizioni per un numero di confezione superiore al fabbisogno mensile, sono tenuti a dispensare nel rispetto di quanto sopra indicato (pari e non superiore alla copertura di 30 giorni di terapia salvo l'unica volta in cui è possibile l'erogazione di due confezioni).**

- ✓ al punto 3. vengono fornite indicazioni operative per attivare su web-dpc la funzione di consultazione anagrafe assistiti Sani.Arp per escludere le richieste di farmaci in DPC intestate ad assistiti fuori regione in analogia a quanto già avviene per la ASL di Caserta e Napoli Centro.

Si allegano:

- nota Dirigente UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi - prot. 0846675/2017
- Allegato A – Farmaci A-PHT in Distribuzione per Conto (DPC)
- Allegato B – Farmaci A-PHT in Distribuzione Diretta ASL
- Allegato C – Farmaci A-PHT da distribuire in convenzione

Dipartimento Farmaceutico
Il Direttore
dr. Eduardo Nava



Divisione Generale

Cep

DIF/10857

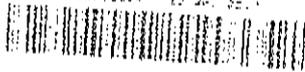
Città Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

U.O. Politica del Farmaco e Dispositivi

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2017. 0846676 22/12/2017 12.20

SEZIONE POLITICA DEL FARMACO E DISPOSITIVI



- DIPARTIMENTO FARMACUTICO
PER LA COMPETENZA

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Antonella Contarini

15 GEN. 2018

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Arrivi
N. 0007131 del 12/01/2018 - 13:59



Ai Direttori Generali AA.SS.LL.

Al Referente Sani.Arp

Dott. Michele Tari

A Federfarma Campania

Ad Assofarm Campania

A Studiofarma Software & Solution

E p.c. Il Commissario per la Sanità della Regione

Campania

Oggetto: Procedura DPC

Nei diversi incontri del gruppo di lavoro DPC con i referenti delle Asl Campane, nonché nella riunione tenutasi con i referenti di Sani.ARP del 17/11/2017, si è convenuto di applicare alcune modifiche al sistema integrato Sani.ARP Web-dpc, con il fine di ottimizzare il percorso di accesso ed erogazione dei farmaci in regime di Distribuzione Per Conto.

Di seguito si riepilogano i provvedimenti da adottare.

1. AGGIORNAMENTO ELENCHI FARMACI A-PHT

Si trasmette in allegato l'elenco aggiornato dei farmaci A-PHT oggetto del servizio DPC, già in vigore ai sensi del Decreto regionale n.97/2016 e ss.mm.ii. (Allegato A), recante alcune modifiche proposte dal gruppo di lavoro regionale per la DPC sulla base di valutazioni tecniche, scientifiche ed economiche.

Inoltre, al fine di favorire il lavoro dei medici prescrittori, dei MMG/PLS e dei farmacisti, si è ritenuto utile stilare ulteriori due elenchi relativi ai farmaci A-PHT esclusi dall'allegato A e precisamente:

- Elenco dei farmaci A-PHT da destinare esclusivamente alla distribuzione diretta delle ASL (Allegato B), contenente farmaci con indicazione terapeutica esclusiva per malattie rare, o farmaci sottoposti ad obbligo di prescrizione ed erogazione sul sito dell'AIFA;

Elenco contenente farmaci A-PHT con prezzo al pubblico inferiore al costo che le Aziende Pubbliche sosterebbero se provvedessero ad erogarli in D.P.C. (Allegato C).

In tali casi, dopo la prima erogazione a seguito di dimissione o visita programmata, risulta conveniente l'erogazione in regime convenzionale mediante le farmacie di comunità.

Si precisa che, tutti i farmaci che verranno immessi in commercio, classificati A-PHT, laddove non vi è comunicazione specifica da parte della scrivente UOD e fino al successivo aggiornamento degli elenchi, devono essere erogati, anche per contenere la spesa farmaceutica, direttamente dalle strutture pubbliche secondo le modalità in essere in Regione Campania.

2. Blocco NUMERO CONFEZIONI EROGABILI

Facendo seguito alla nota Regione Campania prot.2017.456874 del 03/07/2017, relativamente alla necessità da parte dei MMG/PLS di redigere la ricetta con un numero di confezioni pari e non superiore all'espletamento di 30 giorni di terapia, a partire dal 1 gennaio 2018, la piattaforma informatica regionale Sani.Arp. predisporrà una funzione di blocco delle confezioni erogabili per ciascun MUP informatizzato/Sani.ARP in funzione della posologia ivi indicata.

Tale strumento avrà lo scopo di impedire gli sprechi dovuti all'erogazione di confezioni in eccesso rispetto a quanto necessario a soddisfare i fabbisogni terapeutici dei pazienti aventi diritto.

In una prima fase il sistema di blocco verrà avviato sui MUP informatizzato/Sani.ARP relativamente alle seguenti categorie farmacologiche:

- Farmaci cardiovascolari;
- Farmaci antidiabetici per via orale
- Ormone somatotropo.

Successivamente il blocco verrà gradualmente esteso alle altre categorie farmacologiche di farmaci erogati in DPC.

E' opportuno comunque che le ASL per competenza territoriale dei MMG/PLS, invitino ad informare questi ultimi che il numero di confezioni di farmaci che prescrivono devono essere corrispondenti a quanto indicato sul MUP/ P.T. Sani.ARP. E'obbligo degli organi preposti delle ASL riscontrare comportamenti prescrittivi difformi che inducono aggravio di spesa Farmaceutica.

I Farmacisti che vedono indicate sulle ricette SSR-DPC un numero di confezioni superiore al fabbisogno terapeutico di un mese di terapia, sono tenuti a dispensare come previsto, il giusto quantitativo. Risulta infatti, a titolo di esempio che, molti MMG/PLS, relativamente alla prescrizione di confezioni di farmaci in cp. indichino sempre due confezioni, la qual cosa porta a raddoppiare il consumo dei farmaci. In merito è stato chiarito, (vedi confezioni da 28 cp) che per una sola volta nell'arco del piano terapeutico semestrale o annuale il MMG/PLS possa indicare due confezioni. Pertanto visto il disatteso obiettivo, si indica ai MMG/PLS di prescrivere sulle ricette SSR-DPC sempre una confezione di farmaco in cp., predisponendo una nuova ricetta SSR-DPC sempre da una confezione per il

Regione

Giunta Regionale della Campania



soddisfacimento e completamento del fabbisogno terapeutico indicato nel corrispondente MUP/P.T. Sani.ARP.

In considerazione del fatto che le ASL hanno in tempo reale le informazioni utili dal sistema DPC (MUP/P.T. Sani.ARP mediante accesso alla piattaforma informatica e dati delle ricette SSR-DPC dal sistema WEB-DPC fornito dalla Regione), si invitano queste ultime a controlli tempestivi sulla prescrizione/erogazione dei farmaci erogati.

3. Verifica dell'anagrafe assistiti

La ditta Studiofarma avrà cura di attivare sul web-dpc in tutto il territorio regionale e su tutti i farmaci DPC la funzione di consultazione dell'anagrafe assistiti disponibile in Sani.ARP, al fine di escludere dalle richieste di farmaci DPC quelle intestate ad assistiti fuori Regione, al pari di quanto già avviene per la Asl di Caserta ed ASL Napoli 1 Centro.

Gruppo di Lavoro DPC

UOD-06 Politica del Farmaco e Dispositivi
Dott. Ugo Trama

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

ATC	Principio attivo	Specialità medicinali/farmaci generici in commercio. (Codifica informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato - SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Nota AIFA	Altre annotazioni
A07AA11	RIFAXIMINA	TIXTELLER			
A10AE04	INSULINA GLARGINE	LANTUS	SI (nei pazienti naive)		
A10AE04	INSULINA GLARGINE	TOUJEO			
A10AE04	INSULINA GLARGINE BIOSIMILARE	ABASAGLAR			
A10AE05	INSULINA DETEMIR	LEVEMIR			
A10AE06	INSULINA DEGLUDEC	TRESIBA	SI		
A10BD05	PIOGLITAZONE E METFORMINA	COMPETACT, GLUBRAVA			
A10BD06	GLIMEPIRIDE E PIOGLITAZONE	TANDEMACT			
A10BD07	SITAGLIPTIN E METFORMINA	EFFICIB, VELMETIA, JANUMET	SI		
A10BD08	VILDAGLIPTIN E METFORMINA	EUCREAS	SI		
A10BD09	PIOGLITAZONE E ALOGLIPTIN	INCRASYNC	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 CANAGLIFOZIN	VOKANAMET	SI		
A10BD20	METFORMINA ED EMPAGLIFOZIN	SYNJARDY	SI		
A10BG03	PIOGLITAZONE	ACTOS, PIOGLITAZONE GENERICO, GLUSTIN			
A10BH01	SITAGLIPTIN	JANUVIA, TESAVEL, XELEVIA	SI		
A10BH02	VILDAGLIPTIN	GALVUS	SI		
A10BH03	SAXAGLIPTIN	ONGLYZA	SI		
A10BH04	ALOGLIPTIN	VIPIDIA	SI		
A10BH05	LINAGLIPTIN	TRAJENTA	SI		
A10BX04	EXENATIDE	BYETTA	SI		
A10BX04	EXENATIDE RP	BYDUREON	SI		
A10BX07	LIRAGLUTIDE	VICTOZA	SI		
A10BX09	DAPAGLIFLOZIN	FORXIGA	SI		
A10BX10	LIXISENATIDE	LYXUMIA	SI		
A10BX11	CANAGLIFLOZIN	INVOKANA	SI		
A10BX12	EMPAGLIFLOZIN	JARDIANCE	SI		
A10BX14	DULAGLUTIDE	TRULICITY	SI		
A16AE56	INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE	XULTOPHY	SI		
B01AB01	EPARINA CALCICA SODICA	CALCIPARINA, ECAFAST, ECASOLV, EMOKLAR, EPARINA GENERICA, REOFLUS, SOSEFLUSS, TROMOLISIN, VISTER, EPSOCLAR 5000 U.I.			(2)
B01AB04	DALTEPARINA	FRAGMIN			(1-2)
B01AB05	ENOXAPARINA	CLEXANE 2.000 e 4.000, INHIXA			(1-2)
B01AB06	NADROPARINA	SELEPARINA			(1-2)
B01AB07	PARNAPARINA	FLUXUM			(1-2)
B01AB08	REVIPARINA	CLIVARINA			(1-2)
B01AB12	BEMIPARINA	IVOR			(1-2)
B01AC22	PRASUGREL	EFIENT	SI		
B01AC24	TICAGREOL	BRIQUE	SI		
B01AC04	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL			
B01AC30	CLOPIDOGREL E ACI 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	RETA CRIT	SI		(3-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA BETA	NEORECORMON	SI		(3-4-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA ALFA	EPREX	SI		(3-4-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA ALFA BIOSIMILARE	BINOCRIT, ABSEAMED	SI		(4-5)
B03XA01	ERITROPOIETINA TETA 10.000 U.I., 20.000 U.I. E 30.000 U.I.	EPORATIO	SI		(5)
B03XA02	DARBEOIETINA ALFA	ARANESP	SI		(5)

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

ATC	Principio attivo	Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifica informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Nota AIFA	Altre annotazioni
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOIETINA BETA	MIRCERA	SI		(5)
C01B007	DRONEDARONE	MULTAQ	SI		
C01EB17	IVABRADINA	CORLENTOR, PROCORALAN			
C01EB18	RANOLAZINA	RANEXA			
C09DX04	SACUBITRIL/VALSARTAN	ENTRESTO	SI con Registro AIFA		
D06BB10	IMIQUIMOD	ALDARA, IMUCARE	SI		
D11AH01	TACROLIMUS	PROTOPIC	SI		(6)
G03BA03	TESTOSTERONE	TOSTREX	SI	36	
G03GA02	GONADOTROPINA UMANA DELLA MENOPAUSA (MENOTROPINA)	MEROPLUR, MERIOFERT	SI	74	
G03GA04	UROFOLLITROPINA	POSTIMON	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	
G03GA30	ASSOCIAZIONI (FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA)	PERGOVERIS	SI	74	
G03XB02	ULIPRISTAL	ESMYA	SI	51	
G04BE08	TADALAFIL 12cpr 20mg	CIALIS, TADALAFIL	SI	75	
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, TROJECT, OCTREOTIDE GENERICO	SI		(7)
H01CB03	LANREOTIDE	IPSTYL	SI		(8)
H01CB05	PASIREOTIDE PAMOATO	SIGNIFOR	SI con Registro AIFA		
H05BX01	CINACALCET	MIMPARA	SI		(9)
H05BX02	PARACALCITOLE	ZEMPLAR, PARACALCITOLE	SI		(10)
J02AC03	VORICONAZOLO	VFEND, VORICONAZOLO 200 MG CPR, 50 MG CPR e 40 MG/ML SOSF.	SI		
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	SI		(14)
J05AF05	LAMIVUDINA	ZEFFIX, LAMIVUDINA GENERICO	SI		(15)
J05AF11	TELBIVUDINA	SEBIVO	SI		
J06BB01	IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	IGAMAD, IMMUNORHO, RHESONATIV	SI		
L01BC05	CAPECITABINA	XELODA, CAPECITABINA	SI		(8)
L01XX14	TRETINOINA	VESANOID	SI		
L02AE01	BUSERELINA	SUPREFACT	SI	51	
L02AE02	LEUPRORELINA	ELIGARD, ENANTONE, LEPTOPROL, POUTRATE	SI	51	(16)
L02AE03	GOSERELIN	ZOLADEX	SI	51	(16)
L02AE04	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL, GONAPEPTIL	SI	51	(16)
L02BB01	FLUTAMIDE	FLUTAMIDE GENERICO			
L02BB03	BICALUTAMIDE	CASODEX, BICALUTAMIDE GENERICO, LUTAMID, BIKADER, PRAXIS			(17)
L02BX02	DEGARELIX	FIRMAGON	SI		
L03AA02	FILGRASTIM	GRANULOKINE	SI		(18)
L03AA02	FILGRASTIM BIOSIMILARE	LENGRIL, LEVAFILGRASTIM, INVESTRIM, LEGRAL	SI		
L03AA10	LENOGRASTIM	GRANOCYTE 34, MYELOSTIM 34	SI		(18)
L03AA13	PEGFILGRASTIM	NEULASTA	SI		

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

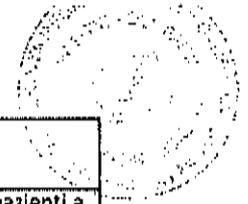
ATC	Principio attivo	Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifica Informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Note AIFA	Altre annotazioni
L03AA14	LIPEGILGRASTIM	LONQUEX	SI		
L03AB04	INTERFERONE ALFA-2A	ROFERON-A	SI		(19)
L03AB05	INTERFERONE ALFA-2B	INTRON-A	SI		(20)
L03AB10	PEGINTERFERONE ALFA-2B	PEGINTRON	SI		(21)
L03AB11	PEGINTERFERONE ALFA-2A	PEGASYS	SI		(21)
L04AA13	LEFLUNOMIDE	ARAVA, LEFLUNOMIDE	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		
N04BA03	LEVODOPA, INIBITORE DELLA DECARBOSSILASI E INIBIT. DELLA COMT	STALEVO, LEVODOPA-CARBDOPA-ENTACAPONE GENERICO, CORBITA	SI		
N04BX01	TOLCAPONE	TASMAR	SI		
N04BX02	ENTACAPONE	COMTAN	SI		
N05AE04	ZIPRASIDONE	ZELDOX, ZIPRASIDONE GENERICO			(25)
N05AH02	CLOZAPINA 100 MG	CLOZAPINA GENERICO, LEPONEX	SI		(25-26)
N05AH03	OLANZAPINA	ZYPREXA, OLANZAPINA GENERICO, ZALASTA			(25)
N05AH04	QUETIAPINA 100 MG	SEROQUEL, QUETIAPINA GENERICO, QUENTIA X			(25)
N05AH05	ASENAPINA	SYCREST			
N05AX08	RISPERIDONE	RISPERDAL, RISPERIDONE GENERICO			(25)
N05AX12	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY, ARIPIPRAZOLO GENERICO			(25)
N05AX13	PALIPERIDONE	INVEGA			(25)
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, NIMVASTIO, PROMETAX	SI	85	
N06DA04	GALANTAMINA	REMINYL, GALNORA R.P.	SI	85	
N06OX01	MEMANTINA	EBIXA, EZEMANTIS, MARIXINO, MEMANTINA GENERICO	SI	85	
N07XX02	RILUZOLO	RILUTEK CPA - TEGLUTIK SOSP.	SI		
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, RENLEVA, SEVELAMER	SI		
V03AE03	LANTANIO CARBONATO	FOZNOL	SI		
V03AE05	OSSIDROSSIDO SUCREFERRICO	VELPHORO	SI		
V03AF01	MESNA	UROMITEXAN	SI		

Nota bene:

Il Decreto 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.

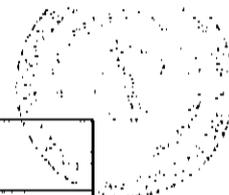
Tuttavia, al fini dell'erogazione del farmaco su piattaforma WebDPC, la presenza del MUP-SANI.Arp risulta vincolante esclusivamente nel caso dei farmaci di cui AIFA prevede la necessità del Piano Terapeutico (vd. colonna accanto ai nomi commerciali)

NOTE ALL'ALLEGATO C



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 (il 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 C



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 nel 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 C

N(...)	DESCRIZIONE
22	Per le indicazioni: "Malattia "trapianto verso ospite", nella forma sia acuta che cronica, resistente o intollerante al trattamento di 1a e 2 a linea, dopo trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche" il farmaco, ai sensi farmaci della Legge 648/96, deve essere erogato esclusivamente dalle Strutture Farmaceutiche Distrettuali delle AA.SS.LL.
23	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.
24	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 AA.SS.LL.
25	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.
26	Necessaria l'attestazione di conta e formula leucocitaria compatibile con il trattamento prescritto.

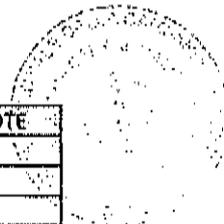
ALLEGATO B: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE DIRETTA

ATC	Principio attivo	NOMI COMMERCIALI PIU' COMUNI	
A16	MIGALASTAT CLORIDRATO	GALAFOLD CPR	
A16AA04	CISTEAMINA BITARTRATO	CYSTAGON	
A16AA05	ACIDO CARGLUMICO	CARBAGLU	
A16AA06	BETAINA	CYSTADANE	
A16AX03	SODIO FENIL BUTIRRATO	PHEBURANE	
A16AX04	NITISONE	ORFADIN	
A16AX05	ZINCO ACETATO	WILZIN	
A16AX06	MIGLUSTAT	ZAVESCA CPS	
A16AX07	SAPROPTERINA DICLORIDRATO	KUVAN	
A16AX10	ELIGLUSTAT TARTRATO	CERDELGA	
B01AC11	ILOPROST SALE DI TROMETAMOLO	VENTAVIS	
B02BD	COMPLESSO PROTROMBINICO UMANO	FARMACI PER L'EMOFILIA E ALTRE PATOLOGIE DELLA COAGULAZIONE	
B02BD02	EFMOROCTOCOG ALFA		
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO DA FRAZ. DEL PLASMA		
B02BD02	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE DEL SANGUE UMANO LIOFILIZZATO		
B02BD02	MOROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)		
B02BD02	OCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)		
B02BD02	SIMOCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)		
B02BD02	TUROCTOCOG ALFA (FATTORE VIII DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE)		
B02BD02	LONOCTOCOG 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		
B06AC01	PROTEINA DEL PLASMA UMANO ANTIANGIOEDEMA		
C02KX01	BOSENTAN MONOIDRATO		TRACLEER CPR, BOSENTAN
C02KX02	AMBRISENTAN		VOLIBRIS
C02KX04	MACITENTAN		OPSUMIT
C02KX05	RIOCIGUAT	ADEMPAS	
C07AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO	HEMANGIOL FLC ORALE	
C10AX12	LOMITAPIDE MESILATO	LOJUXTA CPR	
C10AX13	EVOLOCUMAB	REPATHA	
C10AX14	ALIROCUMAB	PRALUENT	
G03BA03	TESTOSTERONE ENANTATO	TESTO ENANT*IM 1F	
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO	REVATIO	
G04BE08	TADALAFIL	ADCIRCA, TALMANCO	
H05BX04	ETELCALCETIDE	PARSABIV	
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA	SIGMACILLINA	
J01GB01	TOBRAMICINA	TOBI, BRAMITOB	
J01XX08	LINEZOLID	ZYVOXID	
J01XX	TEDIZOLID FOSFATO	SIVEXTRO CPR RIV	
J02AB02	KETOCONAZOLO	KETOCONAZOLE CPR	
J02AC05	ISAVUCONAZOLO	CRESEMBA	
J05AE12	BOCEPREVIR	VICTRELIS	

ALLEGATO B: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE DIRETTA

J05AE14	SIMEPREVIR	OLYSIO
J05AF08	ADEFOVIR D PIVOXIL	HEPSERA
J05AF10	ENTECAVIR	BARACLUDE
J05AX14	DACLATASVIR DICLORIDRATO	DAKLINZA
J05AX15	SOFOSBUVIR	SOVALDI
J05AX	SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	EPCLUSA CPR RIV
J05AX16	DASABUVIR	EXVIERA
J05AX65	LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR	HARVONI
J05AX67	OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR	VIEKIRAX
J05AX68	ELBASVIR/GRAZOPREVIR	ZEPATIER
J06BA	IMMUNOGLOBULINA UMANA NORMALE	HYQVIA
J06BB16	PALIVIZUMAB	SYNAGIS
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	TEMODAL
L01B805	FLUDARABINA FOSFATO	FLUDARA
L01BC53	TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL	TEYSUNO
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
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A	AVONEX
L03AB13	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	PLEGRIDY
L04AA06	ACIDO MICOFENOLICO	CELLCEPT, MICOFENOLATO DI MOFETILE, MYFENAX, MYFORTIC
L04AA10	SIROLIMUS	RAPAMUNE
L04AA18	EVEROLIMUS	CERTICAN
L04AA27	FINGOLIMODI CLORIDRATO	GILENYA
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	AUBAGIO
L04AA32	APREMILAST	OTEZLA
L04AC01	DACLIZUMAB	ZINBRYTA
L04AD02	TACROLIMUS	PROGRAF, TACNI
L04AD02	TACROLIMUS R.P.	ADVAGRAF, INVARSUS
M05BX04	DENOSUMAB 120 mg	XGEVA
N07AX01	PILOCARPINA CLORIDRATO	SALAGEN*5MG
N07BB03	ACAMPROSATO CALCICO	CAMPRAL CPR
N07BB04	NALTREXONE CLORIDRATO	ANTAXONE FLC ORALE
N07BC02	METADONE CLORIDRATO	METADONE FLC ORALE
N07BC51	BUPRENORFINA CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO	SUBOXONE CPR SUBLING
N07XX09	DIMETILFUMARATO	TECFIDERA
R03DX09	MEPOLIZUMAB	NUCALA
R05CB13	DESOSSIRIBONUCLEASI	PULMOZYME
R07AX02	IVACAFTOR	KALYDECO
R07AX30	LUMACAFTOR/IVACAFTOR	ORKAMBI
V03AC01	DEFEROXAMINA MESILATO	DESFERAL
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	
A16AX04	NITISONE	ORFADIN	
B01AC04	CLOPIDOGREL 75mg	CLOPIDOGREL EQUIVALENTE, PLAVIX	
G03BA03	TESTOSTERONE ENANTATO	ANDRIOL, TESTO ENANT*IM 1F	
L04AA13	LEFLUNOMIDE	ARAVA*3CPR RIV 100MG	
N05AH02	CLOZAPINA 25MG	CLOZAPINA 25MG	
N05AH04	QUETIAPINA 25MG	QUETIAPINA 25MG	
N06BA04	METILFENIDATO CLORIDRATO	RITALIN*30CPR 10MG	(1)
V03AF03	CALCIO FOLINATO	SANIFOLIN	

(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.