

FARMACI DI SINTESI

ALLEGATO 2

ALLEGATO 1 PHT - FARMACI VINCITORI DI GARA REGIONALE (in vigore dal 23/4/2019)

| | |
|--------------------|--|
| Abilify | ARIPIRAZOLO ZENTIVA (5-10-15 mg) MYLAN (cpr oro 10-15 mg) |
| Aricept - Memac | DONEZEPIL AUROBINDO (5 mg) MYLAN (10 mg + orodispersibili) |
| Arava* | LEFLUNOMIDE MYLAN cpr 20 mg – ARAVA cpr 100 mg |
| Casodex | BICALUTAMIDE TEVA cpr |
| Ebixa* - Ezemantis | MEMANTINA MYLAN cpr (10-20 mg) – EBIXA soluzione orale |
| Exelon* | RIVASTIGMINA AURO (cps) MYLAN (cerotti 4,6 e 9,5 mg) EXELON 13,3 mg |
| Leponex | CLOZAPINA HEXAL cpr |
| Mirapexin | PRAMIPEXOLO TEVA cpr |
| Risperdal | RISPERIDONE AUROBINDO (1-2 mg) MYLAN (3-4 mg+gocce) |
| Seroquel | QUETIAPINA TEVA (cpr 100-200 mg) MYLAN (300 mg + RP) |
| Stalevo | LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE TEVA cpr |
| Talavir/Zelitrex | VALACICLOVIR MYLAN (500 e 1000 mg) |
| Zyprexa | OLANZAPINA MYLAN (2,5 mg) TEVA (5-10 mg) OLANZAPINA AUROBINDO (5-10 mg cpr oro) |

* limitatamente ad alcuni dosaggi

Per i **nuovi trattamenti** (Drug naive) il medico è tenuto a prescrivere il I° classificato (es. *Abasaglar, Accofil, Binocrit, Enoxaparina Inixa*) (**Allegato 1**). In alternativa può prescrivere il II° o III° classificato in ragione di particolari esigenze cliniche legate a: *a) Patologia da trattare* (ad es. per documentata inefficacia terapeutica di un prodotto farmaceutico); *b) Caratteristiche dei pazienti* (ad es. per intolleranze ad eccipienti e/o conservanti). In entrambi i casi (a e b) sulla base di **motivata relazione** da riportare sull'eventuale Piano Terapeutico e/o sulla ricetta (**Allegato 3**). Per i **pazienti già in trattamento** si potrà garantire la **continuità terapeutica** (**Allegato 2**) sulla base di **annotazione di "non sostituibilità"** in ricetta e con **ticket di 6 € a confezione** (ticket non dovuto per i **farmaci biologici** quali ad es. *Igamad, Saizen, Norditropin simplexx* e neanche per i **farmaci esclusivi** (es. *Entresto, Lixiana, Synjardi*) o **biologico esclusivi** (es. *Xultophy, Rekovelle, Toujeo, Meriofert, Norditropin Nordiflex*) per i quali non è richiesta la nota di non sostituibilità. *A cura di FIMMG Matera*