

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Direzione Sanitaria

Il Direttore Sanitario

Reggio Emilia,

Prot.

**Ai Medici di Medicina Generale  
Ai Pediatri di Libera Scelta  
Ai Medici Ospedalieri  
Ai Medici Specialisti Ambulatoriali  
Al Dipartimento Assistenza Farmaceutica**

**E p.c. ai Direttori di Distretto  
Ai Direttori di Cure Primarie  
Alla Direzione Sanitaria del Santa Maria Nuova  
Ai titolari e direttori delle farmacie aperte al pubblico  
LORO SEDI**

**Oggetto: Applicazione circolare regionale n. 18 del 22/11/2013**

La circolare regionale n. 18 ha stabilito che non è consentita la possibilità di erogare in regime convenzionale ordinario un farmaco diverso da quello disponibile in distribuzione per conto (DPC).

L'unica eccezione ammessa è nel caso in cui sia il medico a ritenere che il paziente necessiti di un medicinale diverso da quello distribuito in DPC.

Per prescrivere un farmaco non compreso tra quelli in DPC, il medico prescrittore deve presentare al Servizio Farmaceutico aziendale una motivata e circostanziata relazione sulla necessità del paziente di assumere uno specifico medicinale, allegando la documentazione a supporto, quale ad esempio una scheda di reazione avversa o un certificato di allergologia.

La data di inizio dell'applicazione della circolare 18 è fissata il giorno **12 gennaio 2014** per consentire ai cittadini ed ai medici prescrittori di recuperare la documentazione a supporto per la erogazione del medicinale in assistenza farmaceutica convenzionata.

La documentazione dovrà essere consegnata alle Unità Farmaceutiche Distrettuali che avranno il compito di inoltrarla alla Direzione del Servizio Farmaceutico territoriale.

Il Servizio Farmaceutico territoriale, valutata la documentazione, rilascerà, se del caso, l'autorizzazione, come da fac simile allegato ed organizzerà il monitoraggio delle prescrizioni.

Le farmacie aperte al pubblico potranno dispensare in regime convenzionale, cioè a carico del Servizio Sanitario Nazionale, le sole ricette "autorizzate", sulle quali il medico avrà indicato la non sostituibilità ed avrà apposto sul retro della ricetta il numero di autorizzazione rilasciato al suo assistito.

Direzione Sanitaria  
Via Amendola, 2 - 42122 Reggio Emilia  
T. +39.0522.335.157 - Fax +39.0522.335.120  
info.direzionesanitaria@aust.re.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
Sede Legale: Via Amendola, 2 - 42122 Reggio Emilia  
T. +39.0522.335.111 - Fax +39.0522.335.205  
www.aust.re.it  
C.F. e Partita IVA 01598570354



L'assistito dovrà aver cura di presentare ogni volta al medico prescrittore la autorizzazione di cui è in possesso, in assenza della quale non potrà ricevere a carico del SSN lo specifico medicinale.

In allegato, la circolare regionale n. 18, il modulo fac simile di autorizzazione e l'elenco aggiornato alla data odierna dei farmaci in distribuzione per conto.

Preme precisare che tale elenco potrà subire modifiche a seguito della aggiudicazione, mediante gara, dei farmaci.

Confidando in una scrupolosa applicazione della circolare regionale, un cordiale saluto

Il Direttore Sanitario  
Dr.ssa Daniela Riccò

Allegati

Circolare n.18  
Elenco farmaci in dpc  
Fac simile autorizzazione.



SERVIZIO POLITICA DEL FARMACO

SERVIZIO RELAZIONI CON GLI ENTI DEL SSR,  
SISTEMI ORGANIZZATIVI E RISORSE UMANE IN AMBITO  
SANITARIO E SOCIALE, SUPPORTO GIURIDICOLA RESPONSABILE  
LUISA MARTELLIIL RESPONSABILE  
GIAMPIERO CILIONEINDICAZIONI RELATIVE ALLA SOSTITUIBILITÀ DEI FARMACI A BREVETTO SCADUTO EROGATI IN  
DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

La normativa nazionale, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata, consente la dispensazione, mediante pagamento della differenza di prezzo, della specialità anziché del generico prescritto, sia per volontà dell'assistito, sia su indicazione del medico, mediante apposizione di motivata clausola di non sostituibilità del farmaco prescritto. Le presenti indicazioni chiariscono se tale possibilità di dispensazione della specialità sussista anche nel caso di farmaco erogato mediante DPC.

Al riguardo si evidenzia che la DPC è stata prevista dalla legge 405/2001, come canale alternativo rispetto all'assistenza farmaceutica convenzionata, per rispondere all'esigenza economico finanziaria di contenimento della spesa sanitaria, assicurando al contempo l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

La DPC, che consiste nella distribuzione diretta dei farmaci acquistati con gli sconti delle gare a evidenza pubblica, è attuata attraverso le farmacie convenzionate che operano per conto delle Aziende USL ed è regolata da una disciplina nazionale specifica, la sopra richiamata L. 405/2001, diversa da quella relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata, integrata dalle previsioni contenute negli accordi regionali ed aziendali in materia.

Mediante tale modalità possono essere distribuiti esclusivamente i medicinali selezionati attraverso le gare ad evidenza pubblica e l'eventuale passaggio dalla distribuzione tramite DPC a quella tramite l'assistenza farmaceutica convenzionata comporta oneri aggiuntivi per il SSR.

Dalla mancata previsione, nella normativa propria della DPC, della possibilità di sostituzione dei farmaci e dalla necessità di ottimizzare le possibilità di risparmio attese dalla DPC, deriva che, in linea di principio, la sostituzione di un farmaco erogato in DPC costituisce un'eccezione non ammissibile.

Pertanto, nel caso in cui sia l'assistito a richiedere l'erogazione di un farmaco diverso da quello disponibile in DPC, non risulta possibile erogare il farmaco stesso in assistenza farmaceutica convenzionata e l'assistito deve assumersi, per intero, il costo del medicinale.

L'unica eccezione ammissibile può sussistere nel caso in cui sia il medico a ritenere che il paziente necessiti di un medicinale diverso da quello distribuito in DPC. In tal caso, poiché il farmaco prescritto non è disponibile in DPC, occorre attivare, con le modalità di seguito descritte, l'erogazione del medicinale in assistenza farmaceutica convenzionata.

A tal fine, il medico è tenuto a presentare al Servizio Farmaceutico aziendale una relazione a sostegno della necessità del paziente di assumere lo specifico medicinale prescritto e non quello

Viale Aldo Moro 21  
40127 Bolognatel 051.527.7291  
fax 051.527.7061segrpfm@regione.emilia-romagna.it  
www.regione.emilia-romagna.it

INDICE	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	LIV. 5	ANNO	NUM	SUB
a uso interno: DP/								
Classif.						Fasc.		

equivalente distribuito in DPC, allegando la documentazione a supporto (per esempio, una segnalazione di reazione avversa o un certificato di allergologia).

Il Servizio Farmaceutico aziendale, valutata completa e congrua la documentazione ricevuta, accoglie la richiesta e autorizza la dispensazione del medicinale prescritto in assistenza farmaceutica convenzionata. Nel rispetto delle norme che regolano tale ambito, qualora il farmaco erogato abbia prezzo maggiore di quello di riferimento, il paziente pagherà al farmacista l'eventuale differenza.

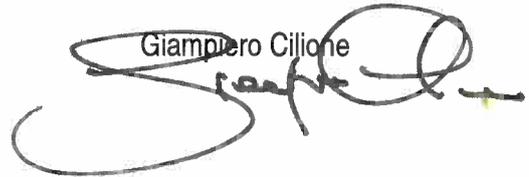
Si rimanda alle scelte organizzative delle Aziende sanitarie la definizione delle procedure per assicurare l'erogazione del farmaco all'assistito in attuazione delle indicazioni sopra date.

In coerenza con quanto sopra illustrato, qualora il farmacista riscontri su una ricetta relativa alla prescrizione di un farmaco erogato in DPC l'apposizione della clausola di non sostituibilità, non può procedere alla spedizione della ricetta ma deve informare l'assistito e il medico prescrittore circa la necessità di attivare il percorso sopra descritto.

Luisa Martelli



Giampiero Cijione



Atc	Principio Attivo	PRODOTTO IN CONSEGNA	piano terapeutico
A10AE04	INSULINA GLARGINE	LANTUS*SC 1FL 100UI/ML 10ML	no
A10AE04	INSULINA GLARGINE	LANTUS*SC 5CART 100UI/ML 3ML	no
A10AE04	INSULINA GLARGINE	LANTUS*SOLOST 5PEN 100UI/ML3ML	no
A10AE05	INSULINA DETEMIR	LEVEMIR*FLEX 5PEN 3ML 100UI/ML	no
A10BD05	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	COMPETACT*56CPR RIV 15MG+850MG	si
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	ACTOS*28CPR 15MG	no
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	ACTOS*28CPR 30MG	no
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	ACTOS*28CPR 45MG	no
B01AC04	CLOPIDOGREL	<b>CLOPIDOGREL DR REDDY'S 28 CPR 75MG</b>	no
B01AC04	CLOPIDOGREL CLORIDRATO	<b>CLOPIDOGREL MYLAN 30 CPR 75MG</b>	no
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*30X1CPS 110MG	sì
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*60X1CPS 110MG	sì
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*60X1CPS 150MG	sì
B01AF01	RIVAROXABAN	XARELTO*42CPR 15MG	sì
B01AF01	RIVAROXABAN	XARELTO*28CPR 20MG	sì
B01AF01	RIVAROXABAN	XARELTO*10CPR 10MG	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 10000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 1000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 2000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 30000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 3000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 4000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 5000UI	sì
B03XA01	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 6000UI	sì
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 10MCG 0,4ML	si
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 40MCG 0,4ML	si
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 500MCG 1ML	si
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 60MCG 0,3ML	si
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 80MCG 0,4ML	si
D06BB10	IMIQUIMOD	ALDARA*CREMA 5% 12BUST 250MG	si
G03BA03	TESTOSTERONE UNDECANOATO	ANDRIOL*60CPS 40MG	si
G03GA02	MENOTROPINA	MEROPUR*SC IM 10F 75UI+10F 75U	sì
G03GA02	MENOTROPINA	MEROPUR*SC IM FL 600UI+SIR 1ML	sì
G03GA02	MENOTROPINA	MEROPUR*SC IM FL1200UI+2SIR1ML	sì
G03GA04	UROFOLLITROPINA	FOSTIMON*1FL 75UI+1F	sì
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*(600UI) 1050UI/1,75ML	sì
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 1PEN 300UI/0,5ML+8A	sì
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 1PEN 900UI/1,5ML+20	sì
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 1PEN450UI/0,75ML+12	sì
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC FL 75UI+SIR 1ML	sì
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*IM SC 5FL 100UI/0,5ML	sì
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*IM SC 5FL 50UI/0,5ML	sì
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*SC 1CART 600UI/0,72ML	sì
G03GA06	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*SC 1CART 900UI/1,08ML	sì
G03GA07	LUTROPINA ALFA	LUVERIS*SC 1FL 75UI+1FL SOLV	sì
G03GA07	LUTROPINA ALFA	LUVERIS*SC 3FL 75UI+3FL SOLV	sì
G03GA08	CORIOGONADOTROPINA ALFA	OVITRELLE 250 MCG/0,5 ML PENNA	sì
G03GA30	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS*SC 10FL 150UI/75UI	sì
G03GA30	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS*SC 1FL 150UI/75UI	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,2MG(3,6	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,4MG(4,2	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,6MG(4,8	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,8MG(5,4	sì

Atc	Principio Attivo	PRODOTTO IN CONSEGNA	piano terapeutico
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 2MG(6UI)	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,2MG(0,6	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,4MG(1,2	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,6MG(1,8	
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,8MG(2,4	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 1MG(3UI)+	sì
H01AC01	SOMATROPINA	GENOTROPIN*1TBF 5,3MG (16UI)	sì
H01AC01	SOMATROPINA	HUMATROPE*1CART 12MG(36UI)+SIR	sì
H01AC01	SOMATROPINA	HUMATROPE*1CART 6MG (18UI)+SIR	sì
H01AC01	SOMATROPINA	NORDITROPIN SIMPLEXX*10MG1,5ML	
H01AC01	SOMATROPINA	NORDITROPIN SIMPLEXX*15MG/1,5M	sì
H01AC01	SOMATROPINA	NORDITROPIN SIMPLEXX*5MG/1,5ML	sì
H01AC01	SOMATROPINA	NUTROPINAQ*SC 1CART 10MG 2ML	sì
H01AC01	SOMATROPINA	OMNITROPE*SC CART 10MG/1,5ML	sì
H01AC01	SOMATROPINA	OMNITROPE*SC CART 5MG/1,5ML	sì
H01AC01	SOMATROPINA	SAIZEN*1FL 1,33MG(4UI)+1F 1ML	sì
H01AC01	SOMATROPINA	SAIZEN*1FL 8MG+1CART+CLICKEASY	sì
H01AC01	SOMATROPINA	ZOMACTON*SC 1FL 4MG+F 3,5 SOLV	sì
H01CB02	OCTREOTIDE	<b>OCTREOTIDE 1MG/5 ML BIOINDUSTRIA 1 FLAC.</b>	si
H01CB02	OCTREOTIDE	<b>OCTREOTIDE 0,5MG/1 ML BIOINDUSTRIA 1 FLAC.</b>	sì
H01CB02	OCTREOTIDE	<b>OCTREOTIDE 0,1MG/1 ML BIOINDUSTRIA 10 FLAC.</b>	sì
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO	SANDOSTATINA LAR 10 MG10 ML2,5 +SIR. FLAC PT	sì
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO	SANDOSTATINA LAR MG20 ML.2,5 +SIR. FLAC	sì
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO	SANDOSTATINA LAR MG30 ML.2,5 +SIR. FLAC	sì
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL MG.30 IM + SET FLE	sì
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL SOL.INIETT. MG.60 SIR	sì
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL MG.120 1M + SOLV SIRINGA	sì
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL MG.90 IM +SOLV.SIR. F.	sì
J05AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO	ZELITREX 1000 MG CPR	no
J05AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO	ZELITREX MG.500 CPR	no
J05AB14	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	DARILIN*60CPR RIV 450MG	sì
J05AF05	LAMIVUDINA	ZEFFIX*28CPR RIV 100MG	sì
J05AF05	LAMIVUDINA	ZEFFIX*OS FL 240ML 5MG/ML	sì
L01XX14	TRETINOINA	VESANOID*FL 100CPS 10MG	sì
L02AE01	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*1SIR 6,3MG RP	sì
L02AE01	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*DEPOT 1SIR 9,45MG	sì
L02AE01	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*INIET 1F 5,5ML1MG/ML	sì
L02AE01	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*SPRAY NAS 0,1MG/EROG	sì
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO	ELIGARD*INIET SIR+SIR 7,5MGKIT	sì
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO	ELIGARD*INIET SIR+SIR22,5MGKIT	sì
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO	ENANTONE*IM SC FL+SIR 11,25MG/	sì
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO	ENANTONE*IM SC FL+SIR 3,75MG/2	sì
L02AE03	GOSERELIN ACETATO	ZOLADEX*SC 1SIR 3,6MG RP	sì
L02AE03	GOSERELIN ACETATO	ZOLADEX*SC SIR 10,8MG RP	sì
L02AE04	TRIPTORELINA EMBONATO	DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR	si
L02AE04	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL*FL 3,75MG+2ML+1SIR	si
L02AE04	TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DEPOT*SIR 3,75MG+SO	sì
L02BB01	FLUTAMIDE	<b>FLUTAMIDE 250MG CPR</b>	no
L02BB01	FLUTAMIDE	<b>FLUTAMIDE 250MG CPR</b>	no
L02BB03	BICALUTAMIDE	<b>BICALUTAMIDE HIKMA 28CPR</b>	no
L03AA02	FILGRASTIM	ZARZIO*1SIR 30MU 0,5ML	sì
L03AA13	PEGFILGRASTIM	NEULASTA*6MG 1SIR 0,6ML SC	sì
L03AB04	INTERFERONE ALFA 2A	ROFERON A*SC 1SIR 3MUI/0,5ML	sì
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B	INTRONA*SC IV 1FL 18MUI 3ML	sì
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B	INTRONA*SC IV 1PEN 18MUI+12KIT	sì
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1FL 120MCG+1F	sì

Atc	Principio Attivo	PRODOTTO IN CONSEGNA	piano terapeutico
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1FL 50MCG+1F	sì
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1FL 80MCG+1F	sì
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 100MCG+1AGO+	sì
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 120MCG+1AGO+	sì
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 50MCG+1AGO+2	sì
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 80MCG+1AGO+2	sì
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PEGASYS*SC SIR 0,5ML 135MCG+AG	sì
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PEGASYS*SC SIR 0,5ML 180MCG+AG	sì
L04AA13	LEFLUNOMIDE	ARAVA*3CPR RIV 100MG	si
L04AA13	LEFLUNOMIDE	<b>LEFLUNOMIDE MED 20 MG CPR</b>	si
L04AA18	EVEROLIMUS	CERTICAN*60CPR 0,25MG	sì
L04AA18	EVEROLIMUS	CERTICAN*60CPR 0,75MG	sì
N03AX11	TOPIRAMATO	TOPAMAX*60CPR RIV 100MG	no
N03AX11	TOPIRAMATO	TOPAMAX*60CPR RIV 200MG	no
N03AX11	TOPIRAMATO	TOPAMAX*60CPR RIV 25MG	no
N03AX11	TOPIRAMATO	TOPAMAX*60CPR RIV 50MG	no
N03AX11	TOPIRAMATO	TOPAMAX*60CPS 25MG	no
N03AX14	LEVETIRACETAM	KEPPRA*30CPR RIV 1000MG	no
N03AX14	LEVETIRACETAM	KEPPRA*60CPR RIV 500MG	no
N03AX14	LEVETIRACETAM	KEPPRA*OS 300ML 100MG/ML+1SIR	no
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 100+25+200MG	sì
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 125+31,25+200MG	sì
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 150+37,5+200MG	sì
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 200+50+200MG	sì
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 50+12,5+200MG	sì
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 75+18,75+200MG	sì
N04BX01	TOLCAPONE	TASMAR*FL 100CPR RIV 100MG	sì
N04BX02	ENTACAPONE	COMTAN*100CPR RIV 200MG	si
N05AH02	CLOZAPINA	CLOZAPINA CHIESI*28CPR 100MG	si
N05AH02	CLOZAPINA	CLOZAPINA CHIESI*28CPR 25MG	si
N05AH02	CLOZAPINA	LEPONEX MG25 CPR	si
N05AH03	OLANZAPINA	<b>OLANZAPINA 28 CPR 10MG OROD</b>	no
N05AH03	OLANZAPINA	<b>OLANZAPINA 28 CPR 5MG OROD</b>	no
N05AH03	OLANZAPINA	<b>OLANZAPINA 28 CPR 10MG</b>	no
N05AH03	OLANZAPINA	<b>OLANZAPINA 28 CPR 2,5MG</b>	no
N05AH03	OLANZAPINA	<b>OLANZAPINA 28CPR 5 MG</b>	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	<b>QUETIAPINA TE*30CPR RIV 25MG</b>	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 150MG RP	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 200MG RP	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 300MG RP	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 400MG RP	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 50MG RP	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	<b>QUETIAPINA TE*30CPR RIV 100MG</b>	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	<b>QUETIAPINA TE*30CPR RIV 200MG</b>	no
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO	<b>QUETIAPINA TE*30CPR RIV 300MG</b>	no
N05AX08	RISPERIDONE	<b>RISPERIDONE TEVA 1MG CPR RIV</b>	no
N05AX08	RISPERIDONE	<b>RISPERIDONE TEVA 2MG CPR RIV</b>	no
N05AX08	RISPERIDONE	<b>RISPERIDONE TEVA 3MG CPR RIV</b>	no
N05AX08	RISPERIDONE	<b>RISPERIDONE TEVA 4MG CPR RIV</b>	no
N05AX08	RISPERIDONE	RISPERDAL*OS GTT 100ML 1MG/ML	no
N05AX12	ARIPRAZOLO	ABILIFY 28 CPR 10 MG	no
N05AX12	ARIPRAZOLO	ABILIFY 28 CPR 10 MG	no
N05AX12	ARIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR 5MG	no
N05AX12	ARIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR ORODISP 15MG	no
N05AX12	ARIPRAZOLO	ABILIFY*OS FL 150ML 1MG/ML	no
N06BA07	MODAFINIL	PROVIGIL*30CPR 100MG	sì

Atc	Principio Attivo	PRODOTTO IN CONSEGNA	piano terapeutico
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	<b>YASNORO 28CPR 10 MG OROD</b>	sì
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	<b>YASNAL*28CPR RIV 10MG</b>	sì
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	<b>YASNAL*28CPR RIV 5MG</b>	sì
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO	<b>YASNORO 28CPR 5 MG OROD</b>	sì
N06DA03	RIVASTIGMINA	EXELON*30CER 4,6MG/24H	sì
N06DA03	RIVASTIGMINA	EXELON*30CER 9,5MG/24H	sì
N06DA03	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	<b>NIMVASTID 1,5MG 56CPS</b>	sì
N06DA03	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	<b>NIMVASTID 3MG 56CPS</b>	sì
N06DA03	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	<b>NIMVASTID 4,5MG 56 CPS</b>	sì
N06DA03	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	<b>NIMVASTID 6MG 56CPS</b>	sì
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*28CPS 16MG RP	sì
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*28CPS 24MG RP	sì
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*28CPS 8MG RP	sì
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*56CPR RIV 12MG	sì
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*56CPR RIV 4MG	sì
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*56CPR RIV 8MG	sì
N06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO	EBIXA*28CPR RIV 20MG	sì
N06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO	EBIXA*56CPR RIV 10MG	sì
N06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO	EBIXA*OS SOLUZ 5MG/EROGAZIONE	sì



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

**Dipartimento Farmaceutico**

**Il Direttore**

Alla/ Al Sig.ra/Sig.....

E p.c. al Medico Curante

Oggetto: Erogazione del farmaco..... a carico del SSN

**Autorizzazione n°.....**

Vista la documentazione prodotta, si autorizza la prescrizione in regime convenzionale ordinario del farmaco denominato.....al posto del farmaco distribuito per conto AUSL.

**Sulla ricetta SSN dovrà essere indicata la non sostituibilità apposta dal medico proscrittore e sul retro della ricetta il numero di autorizzazione .**

Distinti saluti

Il Direttore del Dipartimento  
Dr Corrado Busani