

Prot. 1509/af

Roma, 28 marzo 2018

Alle Aziende Speciali Farmaceutiche,
agli Enti, Consorzi e Società Associate
Regione Emilia Romagna

Ai Servizi Farmaceutici Comunali
Associati
Regione Emilia Romagna

Egr. Dr.
Ernesto Toschi
Coordinatore Regionale A.S.SO.FARM.
Regione Emilia Romagna

Loro sedi

Oggetto: Aggiornamento elenco medicinali non coperti da brevetto (prezzi massimi di riferimento).

Rimettiamo in allegato la nota del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna che trasmette la determina regionale n. 3659 del 19 marzo 2018 con la quale è stato approvato l'elenco in oggetto, completo dei prezzi di riferimento in vigore dal 20 marzo 2018.

Rispetto all'ultimo aggiornamento sono stati aggiunte in elenco nuove confezioni di riferimento dei seguenti principi attivi:

- **BIMATOPROST (S01EE03) 30 UNITA' 0,4 ML 0,3 MG/ML – USO OFTALMICO SOLUZIONE**

ed è stata rimossa dall'elenco in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n.2546/2018 la seguente confezione di riferimento:

- **GLATIRAMER (L03AX13) 28 UNITA' 20 MG/ML USO PARENTERALE**

Segnaliamo la variazione del prezzo di rimborso per le seguenti confezioni di riferimento:

- **CLAROTROMICINA (J01FA09) 14 UNITA' 500 MG - USO ORALE (- 2,34 €)**
- **CLOZAPINA (N05AH02) 28 UNITA' 100 MG - USO ORALE (- 0,93 €)**

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO GENERALE
Francesco Schito



*Allegati: 1 Lettera Servizio Sanitario Emilia Romagna
2 Determina Giunta Regionale n. 3659
3 Lista ministeriale equivalenti X_AIC*

Associata a Cispel – Confederazione Italiana Servizi Pubblici Economici Locali

Associata a Federsalute – Membro dell'Unione Europea Farmacie Sociali