



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U.O. Attività Economiche e di Approvvigionamento
ER/fb

DELIBERAZIONE N. 2046 DEL 11 NOV. 2020

OGGETTO: Esito delle procedure di acquisto tramite trattativa diretta sul M.E.P.A. in attesa gara CRA, per la fornitura dei farmaci esclusivi AIMOVIG 70 e 140 mg. penna (p.a. erenumab), EMGALITY 120 mg. penna (p.a. galcanezumab), AJOVY 225 mg. siringa (p.a. fremanezumab), per il periodo 01.11.20 – 30.10.21, per un importo contrattuale complessivo di Euro 58.567,11 esclusa IVA al 10% ed Euro 64.423,82 IVA inclusa.

L'anno duemilaventi, addì 11 del mese di NOV., presso la sede Amministrativa dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, sito in Genova, Largo Rosanna Benzi n.10, presenti il Direttore Scientifico, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario,

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D. Lgs. 18 Aprile 2016, n. 50 di attuazione delle Direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE e il successivo decreto correttivo D. Lgs. n. 56/17;
- Premesso che con la nota R.U. 27313 del 02.10.20 A.Li.Sa ha trasmesso, tra l'altro, la delibera n. 329 del 23.09.20 con la quale questo Policlinico è stato individuato Centro Prescrittore per i farmaci in oggetto ;
- Dato atto che la U.O. Farmacia con l'allegata nota prot. n. 13064 del 01.10.20 ha comunicato i fabbisogni presunti annui dei farmaci esclusivi AIMOVIG 70 e 140 mg. penna (p.a. erenumab), EMGALITY 120 mg. penna (p.a. galcanezumab), AJOVY 225 mg. siringa (p.a. fremanezumab), utilizzati per il trattamento dell'emicrania cronica, aggiornati con successiva nota allegata prot. n. 39589 del 14.10.20;
- Atteso che il farmaco AIMOVIG 70mg. è stato aggiudicato al lotto 2484 della gara regionale 2020 n. 7625550, per il quale questo Policlinico non aveva trasmesso i propri consumi;
- Precisato che sono state avviate sulla piattaforma MEPA, ai sensi del D.Lgs. 50/2016 art. 36 comma 2, lettera A, le procedure di "Trattativa Diretta" n. 1438921, n. 1439538, n. 1439520, allegate al presente provvedimento, rispettivamente con le Ditte NOVARTIS FARMA S.p.A, ELI LILLY ITALIA S.p.A., TEVA ITALIA S.r.l. con validità fino al 31.10.21, in attesa di espletamento di procedura unificata;
- Atteso che, in data 20.10.20 e 23.10.20 sono pervenute tramite il portale MEPA le offerte, presentate dalle sopra citate società;

- Ritenuto, pertanto di acquistare i farmaci esclusivi AIMOVIG 70 e 140 mg. penna (p.a. erenumab), EMGALITY 120 mg. penna (p.a. galcanezumab), AJOVY 225 mg. siringa (p.a. fremanezumab), rispettivamente dalle società NOVARTIS FARMA S.p.A, ELI LILLY ITALIA S.p.A., TEVA ITALIA S.r.l. utilizzati per il trattamento dell'emicrania cronica, per il periodo 01.11.20 – 31.10.21, alle condizioni riportate nell'allegato "A" al presente atto, per un importo contrattuale di Euro 58.567,11 esclusa IVA al 10% ed Euro 64.423,82 compresa IVA, fatta salva l'anticipata revoca in dipendenza della definizione di nuova procedura di gara regionale;
- Dato atto che i costi presunti di cui al presente provvedimento relativi al periodo 01.11.20 – 31.12.20 ammontano ad Euro 9.763,06 esclusa IVA al 10% ed Euro 10.739,37 IVA compresa, da imputarsi al C.E. 120.005.005.001 autorizzazione n. 1200 del Bilancio 2020;
- Rilevato che al fine di garantire la continuità assistenziale, in considerazione dell'urgenza manifestata dalla U.O. Farmacia, in seguito alla trasmissione delle proposte nn.14037 del 25.08.20, 17716 del 28.10.20, sono stati emessi alla società NOVARTIS FARMA S.p.A. ordini per il farmaco AIMOVIG per i quantitativi e alle condizioni riportate nell'allegato "B" al presente atto, per un importo complessivo di Euro 10.286,45 IVA al 10% compresa, imputato al C.E. 120.005.005.001 sulle sub-autorizzazioni n. 1200/195 e 1200/206 del Bilancio 2020;
- Su conforme proposta, del Direttore della U.O. Attività Economiche e di Approvvigionamento;
- Preso atto del parere favorevole espresso, per quanto di competenza dal Direttore Scientifico, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni in premessa:

1. di affidare la fornitura dei farmaci esclusivi AIMOVIG 70 e 140 mg. penna (p.a. erenumab), EMGALITY 120 mg. penna (p.a. galcanezumab), AJOVY 225 mg. siringa (p.a. fremanezumab), rispettivamente dalle società NOVARTIS FARMA S.p.A, ELI LILLY ITALIA S.p.A., TEVA ITALIA S.r.l. utilizzati per il trattamento dell'emicrania cronica, alle condizioni riportate nell'allegato "A" al presente atto, per il periodo 01.11.20 – 30.10.21, fatta salva l'anticipata revoca in dipendenza della definizione di procedura di gara regionale unificata, per l'importo contrattuale di Euro 58.567,11 esclusa IVA al 10% ed Euro 64.423,82 compresa IVA;
2. di dare atto che i costi di cui al presente provvedimento relativi al periodo 01.11.20 – 31.12.20 ammontano ad Euro 9.763,06 esclusa IVA al 10% ed Euro 10.739,37 IVA compresa, da imputarsi al C.E. 120.005.005.001 autorizzazione n. 1200 del Bilancio 2020;
3. di assumere in prima istanza sub-autorizzazione sul sopra citato conto economico per Euro 100,00 riservandosi l'integrazione delle stesse fino all'importo sopra indicato;

4. di ratificare gli ordini emessi alla società NOVARTIS FARMA S.p.A. per il farmaco AIMOVIG 70 mg. e 140 mg., per i quantitativi e alle condizioni riportate nell'allegato "B" al presente atto, per un importo complessivo di Euro 10.286,45 IVA al 10% compresa, imputato al C.E. 120.0005.005.001 sulle sub-autorizzazioni n. 1200/195 e n. 1200/206 del Bilancio 2020.

Il Direttore proponente
U.O. Attività Economiche e di Approvvigionamento
(Dr.ssa Stefania Rizzuto)

ASSUNTE SUB-AUTORIZZAZIONI
n. 1200/207 – 1200/208 – 1200/209
Euro 100,00 C.E. 120.005.005.001

Il Direttore Amministrativo
(Dr. Salvatore Giuffrida)

Il Direttore Sanitario
(Dott.ssa Franca Martelli)

Il Direttore Scientifico
(Prof. Antonio Uccelli)

Il Direttore Generale
(Dott. Giovanni Ucci)



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U.O.C. Farmacia
Direttore f.f. Dott.ssa S. Beltramini

Responsabile procedimento: Dott.ssa E. Sasso
Elisabetta.sasso@hsanmartino.it
Prot.

Genova li,

Protocollo Produzione n. 0013064/20 del 01/10/2020

**Al Direttore U. O. Attività
Economali e di Approvvigionamento
Dott.ssa S. Rizzuto**

Oggetto: trasmissione fabbisogni di AIMOVIG , AJOVY, EMGALITY

Si trasmette la presente per rendere noto che in data 23/09/2020 Alisa, con prot. 329, ha individuato il Policlinico San Martino in qualità di centro prescrittore dei seguenti farmaci per l'emicrania cronica, sottoposti a monitoraggio Aifa : Aimovig , Ajovy, Emgality.

Si precisa che sinora i trattamenti di Aimovig 70 mg e Emgality 120 mg sono stati acquisiti dal nostro Policlinico ad un costo di un euro a penna, in quanto sino al 23/09 sono stati entrambe farmaci di fascia CNN.

Si trasmettono pertanto le stime del Clinico per un fabbisogno puramente indicativo di dodici mesi .

Aimovig 35 penne (quantitativo da considerarsi per i dosaggi 70 e 140 mg)

Emgality 120 mg 35 penne

Ajovy 225 mg 35 penne

Si allegano le stime del Clinico.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono Distinti Saluti.

Il Direttore f.f.
Dott.ssa S. Beltramini

Allegato¹ alla deliberazione n° 2046 del
composto da n°⁸ pagine numerate da 1 a

7 1 NOV. 2020

Sasso Elisabetta

Da: Cinzia Finocchi <cfinocchi@neurologia.unige.it>
Inviato: 01/10/2020 11:49
A: Sasso Elisabetta
Oggetto: Re: aimovig emgality ajovy

Gentile Dr.ssa Sasso,
non ci è possibile fare una previsione più precisa rispetto a quello che le ho già fatto, dipende dalla affluenza dei pazienti al centro cefalee e dalla verifica dei requisiti previsti dal Piano Terapeutico.
Visto un vizio presente nel piano terapeutico che non permette di aumentare Aimovig da 70 a 140 penso che in quasi tutti i pazienti a cui prescriveremo Aimovig inizieranno con il 140.
Cordiali saluti
Cinzia Finocchi

Sasso Elisabetta <elisabetta.sasso@hsanmartino.it> ha scritto:

- > Gentilissima Dottoressa, avrei necessità che indicasse il numero di
- > pazienti che intende trattare in 12 mesi con aimovig 70 e 140 mg,
- > emgality , ajovy, in quanto devo trasmettere al Provveditorato i
- > consumi, al fine di potere eseguire gli acquisti.
- > Resto in attesa di suo cortese riscontro.
- > Ringrazio e porgo distinti saluti
- >
- > ES
- >
- >
- > Dott.ssa Elisabetta Sasso
- > Ospedale Policlinico San Martino
- > L.go R. Benzi 10
- > Genova
- > U.O.C. Farmacia
- > tel.010.5557827/7828/7824
- > fax. 010.5556981
- >
- >
- >
- >
- > ---Messaggio originale---
- > Da: Cinzia Finocchi [mailto:cfinocchi@neurologia.unige.it]
- > Inviato: 28/09/2020 08:38
- > A: Sasso Elisabetta
- > Cc: FV.sperimenta.farmaci
- > Oggetto: Re: previsioni aimovig
- >
- > Gentile Dr.ssa Sasso,
- > siamo stati individuati centro prescrittore di tutti e tre gli
- > anticorpi monoclonali anti CGRP: Aimovig, Emgality Ajovi. Penso che i
- > due centri Cefalee, il mio e quello del Dr Farinini, metteranno in
- > trattamento circa un centinaio di pazienti il primo anno più o meno
- > equamente distribuiti tra i tre. Dipenderà molto dall'affluenza dei
- > pazienti che immagino sarà alta. Per Aimovig in particolare occorre
- > anche contare che proseguiranno per ancora qualche mese il trattamento
- > buona parte dei soggettiche avevamo già in trattamento con modalità

Sasso Elisabetta

Da: Cinzia Finocchi <cfinocchi@neurologia.unige.it>
Inviato: 28/09/2020 08:38
A: Sasso Elisabetta
Cc: FV.sperimenta.farmaci
Oggetto: Re: previsioni aimovig

Gentile Dr.ssa Sasso,

siamo stati individuati centro prescrittore di tutti e tre gli anticorpi monoclonali anti CGRP: Aimovig, Emgality Ajovi. Penso che i due centri Cefalee, il mio e quello del Dr Farinini, metteranno in trattamento circa un centinaio di pazienti il primo anno più o meno equamente distribuiti tra i tre. Dipenderà molto dall'affluenza dei pazienti che immagino sarà alta. Per Aimovig in particolare occorre anche contare che proseguiranno per ancora qualche mese il trattamento buona parte dei soggettiche avevamo già in trattamento con modalità CNN e che erano al momento

Cordiali saluti
Cinzia Finocchi

Sasso Elisabetta <elisabetta.sasso@hsanmartino.it> ha scritto:

> Gentilissima Dottoressa, al fine di attivare la procedura di acquisto
> chiedo di indicarmi il numero di pazienti che intende trattare con
> aimovig, in quanto Alisa ha individuato San Martino centro
> prescrittore.
> Resto in attesa di suo cortese riscontro e porgo distinti saluti.
>
> Elisabetta Sasso
>
> Dott.ssa Elisabetta Sasso
> Ospedale Policlinico San Martino
> I.go R. Benzi 10
> Genova
> U.O.C. Farmacia
> tel.010.5557827/7828/7824
> fax. 010.5556981
> [cfimage002.jpg@01D2BE7F.A1F75270]
>
>
> [http://urlsand.esvalabs.com/?u=http%3A%2F%2Faz.hsanmartino.it%2F5xmi%2Fle_2020.png&e=1265236c&h=03ad0590&f=n&p=y]

> CNN e che erano al momento 17.

> Cordiali saluti

> Cinzia Finocchi

>
>

> Sasso Elisabetta <elisabetta.sasso@hsanmartino.it> ha scritto:

>> Gentilissima Dottoressa, al fine di attivare la procedura di acquisto

>> chiedo di indicarmi il numero di pazienti che intende trattare con

>> aimovig, in quanto Alisa ha individuato San Martino centro

>> prescrittore.

>> Resto in attesa di suo cortese riscontro e porgo distinti saluti.

>>

>> Elisabetta Sasso

>>

>> Dott.ssa Elisabetta Sasso

>> Ospedale Policlinico San Martino

>> L.go R. Benzi 10

>> Genova

>> U.O.C. Farmacia

>> tel.010.5557827/7828/7824

>> fax. 010.5556981

>> [pubimage032.jpg@0102BE7F.A1F75270]

>>

>>

>> [

>> <https://urlband.esvalabs.com/?u=http%3A%2F%2Flaz.hsanmartino.it%2F5xm>

>> ille_2020.png&e=1265236c&h=03ad0590&f=n&p=y

>>]

>

>

>

>

> [

> <https://urlband.esvalabs.com/?u=http%3A%2F%2Flaz.hsanmartino.it%2F5xmi>

> ille_2020.png&e=1265236c&h=03ad0590&f=n&p=y]



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U.O.C. Farmacia
Direttore ff. Dott.ssa S. Beltrami.

Responsabile procedimento: Dott.ssa M. Bandelloni
michela.bandelloni@hsanmartino.it
Prot. n° 39589/20

Genova li, 14/10/2020

Al Direttore U. O. Attività
Economiche e di Approvvigionamento
Dott.ssa S. Rizzuto

Oggetto: gara regionale unificata di recente espletamento n.7625550 fornitura dei medicinali esclusivi senza fabbisogni e dei farmaci oggetto di lotti andati deserti o non presenti in gara.

In riferimento al protocollo n.0011981 del 10/09/2020, si trasmettono qui di seguito elenchi dei fabbisogni stimati dei farmaci esclusivi per cui bisogna trasmettere i fabbisogni aggiornati.

CODICE	PRODOTTO	CONSUMO
110607	ALBUNORM	15000
62934	AMBINEX	3000
111019	AIMOVIG*1PEN 140MG 1ML	144
110080	BRAFTOVI*42CPS 75MG	13000
108992	CABLIVI*SC EV 1FL 10MG+1SIR1ML	96
109660	EMGALITY*SC 1PEN 120MG 1ML	150
108147	ERLEADA*112CPR RIV 60MG	40320
106710	KYNTHIUM*2SIR 1,5ML 140MG/ML	48
110160	LIBTAYO*EV 1FL 350MG	80
110079	MEKTOVI*84CPR RIV 15MG	25000
106446	MISOONE 400 MCG 1CPR	900
106757	NEBID*1M FL 4ML 1000MG 4ML	24
110772	NUCALA*SC 1PEN 100MG/ML 1ML	390
110081	ODOMZO*30CPS 200MG	720
108752	ONPATTRO*EV FL 2MG/ML 5ML	60
104834	SKILARENCE*90CPR GASTR 120MG	90
104007	TAGRISSO*28CPR RIV 40MG	336
110102	TEGSEDI*SC 4SIR 189MG/ML 1,5ML	96

Si trasmette in una seconda tabella il consumo dei prodotti andati deserti nella gara regionale ed i relativi fabbisogni in modo da consentire la realizzazione di una gara ponte.

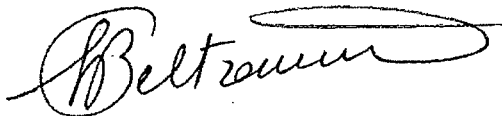
CODICE	PRODOTTO	CONSUMO
72004	ACY*OFT UNG 4,5G 3% (NO)	100
34307	ADALAT CRONO*14 CPR RIV.30MG (NO)	8400
100028	ADENOSINA ACC*6FL 2ML 6MG/2ML (NO)	1440
34362	ALDOMET*30 CPR 250 MG#	720
34377	ALTIAZEM*IV 5 FL 50 MG + 5 F#	120
71939	AMOXICILL. AC CLA SAN*EV 2G+200 MG (NO)	24000
34415	ANCOTIL*IV 5 FL 250 ML 2,5 G#	100
34495	ATOSSISCLEROL*5F 2ML 1% PROROGA	300
34496	ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 2%	300
86888	AZATIOPRINA ASP*50CPR RIV 50MG (NO)	4800
34551	BENTELAN*INIET 6F 1,5MG/2ML	3600
107811	BENZILPENICILLINA POTAS*1FL+1F	2000
34590	BLEOPRIM*15MG POLV 1FL=BLEOMICINAV NO	480
3.638	CALCIPARINA*10 F-SIR. 5000UI	960
34.639	CALCIPARINA*10 F-SIR.12500UI	1.800
34670	CARDIAZOL PARACODINA*GTT10ML	950
34671	CARDIOXANE*IV 1 FL 500 MG	12
84622	CARNITENE*2G/10ML OS 10CONT	1000
34689	CATAPRESAN TTS1*2CER 2,5MG	1000
34690	CATAPRESAN TTS2*2CER 5MG	1500
34686	CATAPRESAN 0,150 MG	1800
86667	CITARABINA ACC*1FL 2G 20ML (NO)	1600
67490	CLEXANE T*6000UI SC 10 SIR.(CRA 18)	50000
67004	CLEXANE T*8000UI SC 10 SIR.(CRA 18)	6000
93649	CLEXANE*6SIR 4000UI 0,4ML+SIST CRA/18	180000
34803	CLEXANE*SC 6SIR.0,2ML 2000UI(CRA 18)	43200
34817	COLCHICINA LIRCA*60 CPR 1MG	7200
34865	COXANTURENASI*IM 3F+3F 4ML ANTIDOTO BUNK	30
69656	CRESTOR*20MG 28 CPR(CRA 2017) (NO)	5040
70593	CRESTOR*28CPR RIV 10MG (NO)	6720
70589	CRESTOR*5MG 28 CPR (NO)	3360
40052	CUSTODIOL*6FL 1000ML	588
110360	DECADRON*20CPR 0,5MG (NO)	300
96667	DICLOCULAR*COLL 5ML 0,1G/100ML (NO)	100
68492	DIOSMECTAL*3G OS 30 BUST.(CRA/16) (NO)	8640
85406	DONAMET*INIET 5FL 500MG+5F 5ML (NO)	2400
90521	DORZOCLAR*COLL 1FL 5ML 20MG/ML (NO)	50
71664	EFFENTORA*100MCG 4CPR MUC OS	440
71465	EFFENTORA*200MCG 4CPR MUC OS(CRA)	720
72480	EFFENTORA*400MCG 4CPR MUC OS	1200
92146	ELLAONE*30MG 1CPR-SOLO PER PS	10
35085	ENTUMIN*30 CPR 40 MG	600
35086	ENTUMIN*IM IV 10F 4 ML 40 MG	1200
35087	ENTUMIN*OS GTT 10 ML 10%	400
80736	ERWINASE 10.000UI* 5 FIALE	50?
75603	ETOPOSIDE TEVA*FL 10ML 20MG/ML	1800
49216	ETOPOSIDE TEVA*FL 50ML 20MG/ML(1 GRAMMO)	360
86843	FENOFIBRATO * 200MG 20 CPS (NO)	2400

96612	FENPATCH*3CER 100MCG/ORA (NO)	720
96613	FENPATCH*3CER 12MCG/ORA (NO)	1944
96614	FENPATCH*3CER 25MCG/ORA (NO)	3600
96615	FENPATCH*3CER 50MCG/ORA (NO)	1440
105866	FIASP*FLEXTOUCH 5PEN 100U/ML	50
76551	FLAGYL*250MG 20 CPR (NO)	18000
90742	FLORINEF (ESTERO) 0,1mg. 100 cpr.	15000
35266	FOSCAVIR*IV FL 250 ML	300
48209	GLIVEC*120 CPS 100 MG	40320
35415	IGROTON*30 CPR 25 MG	3600
28603	IMOVAX TETANO*1SIR 0,5ML 40UI	1200
105355	INSULIN LISPRO SANOFI*SOLOS 5P	30
35475	INTRASTIGMINA*6 F 1ML 0,5 MG	4200
35542	KENACORT*INIET 3FL 1ML 40MG/ML	3600
86734	KONAKION*PI 2MG/0,2ML 5F PEDIATRICO (CRA	2040
98323	KONAKION*10 MG 1ML	8400
81069	LANTUS*SC 1FL 100UI/ML 10ML (NO)	660
101885	LANTUS*SOLOST 5PEN 100U/ML 3ML CRA 2016	100
94426	LENVIMA*30CPS 10MG	2160
67480	LYSODREN*100CPR 500 MG	3600
96505	METFORMINA EG*40CPR 850MG OPAC (NO)	6240
96475	METFORMINA EG*50CPR 500MG OPAC (NO)	38000
78704	METVIX*CREMA 2G 160MG/G	100
35822	MODURETIC*20CPR 5MG+50MG	3600
108479	MOTICLOD*IM EV 6F 100MG 3,3ML	300
35856	MYCOSTATIN*OS SOSP. 100 ML CRA/17 LOTTO	2640
35866	NALADOR*0,5MG IV SOLO GINECOLOGIA	100
103317	NEORECORMON*IV SC 6SIR 5000UI	50
107524	NIMENRIX*IM 1FL+1SIR+2AGHI	200
87086	NIVESTIM*30MU 300MCG/0,5ML 1S(CRA)	7200
74895	NOVASTAN*INF FL2,5ML 100MG/ML	10
109769	OPDIVO*INFUS 1FL 24ML 10MG/ML	2200
101456	OXERVATE*COLL 7FL 20MCG/ML 1ML	504
96609	OXICODONE ACC*28CPR 10MG RP (NO)	1344
96610	OXICODONE ACC*28CPR 40MG RP (NO)	672
96611	OXICODONE ACC*28CPR 80MG RP (NO)	672
88296	PACLITAXEL SAN*EV FL300MG 6MG/	1680
87041	PAFINUR*30CPR 10MG (NO)	6120
36082	PERSANTIN* 30 CONF. 75 MG	250
72881	PIPERACILLINA TA TE*EV 4G+0,5G	180.000
36110	PLACENTEX*POM. 25 G	720
68600	PLAVIX*30CPR RIV 300MG	300
68639	PNEUMOVAX*INIET 1SIR 0,5ML+2AG	20
46996	POLARAMIN*CREMA 25G 1% (NO)	900
36179	PROTAMINA	2500
36203	PURSENNID*12MG 30CPR RIV(CRA) (NO)	10800
28600	RABIPUR*1 FL 1D+1F	2
		2800
107711	REBETOL*140CPS 200MG	MAG.60
102476	REVLIMID*7CPS 10MG	1512
36263	RIFADIN*SCIR. 60 ML 2#	20

101431	RIXATHON*EV 1FL 50ML 10MG/ML	2500
78964	SALAGEN*84CPR RIV 5MG	1260 MAG.60
46379	SELEPARINA*10SIR 5700UI/0,6ML	4800
46380	SELEPARINA*10SIR 7600UI/0,8ML	200
36335	SELEPARINA*SC 6 F-SIR.0,3 ML (CRA)	7800
36336	SELEPARINA*SC 6 F-SIR.0,4 ML (CRA)	16848
36371	SINTROM*20 CPR 4 MG(CRA)	720
80634	SOLIRIS*300MG IV 1 FL NON AGG.CRA20	450
86911	SUMATRIPTAN SUN*SC 2PEN 0,5ML ???	30
110102	TEGSEDI*SC 4SIR 189MG/ML 1,5ML	96
104384	TRIMBOW*SOLxINAL120D 87+5+9MCG	180
63915	TYSABRI*300MG IV FL 15ML (NO)	1050
87279	UGUROL*IV OS LOC 6F 5ML 500MG (NO)	14100
36687	VALPINAX*30CPR RIV 20MG+2,5MG	600
108283	VERZENIOS*28CPR RIV 100MG	2492
108195	VERZENIOS*28CPR RIV 150MG	7812
74445	VIMPAT*14CPR RIV 50MG	2800
106573	VIMPAT*56CPR RIV 150MG	1960
36755	VINCRISTINA TEVA*EV 1FL 1MG1ML (NO)	1200
51383	VIREAD*30CPR RIV 245MG - CRA 16 (NO)	1200 MAG.60
36823	ZAVEDOS*EV 1FL 5MG+F SOLV 5ML	20
54918	ZYPREXA*IM 1FL 10MG	50

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore f.f.
Dott.ssa S. Beltrami



FARMACI ESCLUSIVI AIMOVIG - EMGALITY - AJOVY

ALLEGATO "A"

DESCRIZIONE ARTICOLO	UM	QUANTITA' ANNUALE	PREZZO UNITARIO	IMPONIBILE	ALIQUOT A	IMPORTO IVA	TOTALE	DITTA
AIMOVIG 70 e 140 MG.	PENNA	144	176,44	25.407,3600	10	2.540,73600	27.948,096	NOVARTIS FARMA S.p.A.
EMGALITY 120 MG.	PENNA	150	176,44	26.466,0000	10	2.646,60000	29.112,600	ELI LILLY ITALIA S.p.A.
AJOVY 225 MG.	SIRINGA	35	191,25	6.693,7500	10	669,37500	7.363,125	TEVA ITALIA S.r.l.
				58.567,1100		5.856,71100	64.423,821	

Allegato alla deliberazione n° del
composto da n° pagine numerate da 1 a8
202
97 NOV 2020