



Giunta Regionale della Campania

Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il

Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

UOD 06 - Politiche del Farmaco e Dispositivi

Farmaceutici

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2017. 0456874 03/07/2017 11,38

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e disposi...

Dest. : ASSOFARM; DIRETTORI GENERALI E DIRETTORI SANITARI DELLE...  
FEDERFARMA CAMPANIA; SORESA

Classifica : 52. Fascicolo : 12 del 2017



- Ai Direttori Generali

- Ai Direttori Sanitari

AA.SS.LL.

E per il Loro tramite

Ai MMG/PLS

Ai Direttori dei Dipartimenti

- A FEDERFARMA Campania
- A ASSOFARM Campania
- Al Direttore del CIRFF Università Federico II
- Al Referente di Sani.arp
- Alla SO.RE.SA. spa

E p.c. Ai Direttori Generali

AA.OO. AA.UU. IRCCS

**Oggetto: Prescrizione / Erogazione farmaci A-PHT in Distribuzione Per Conto**

Per i farmaci di cui all'oggetto, i MMG e i PLS, nel redigere la *ricetta rossa SSR-DPC*, devono indicare un numero di confezioni pari e non superiore all'espletamento di 30 gg di terapia; resta inteso che in caso di prescrizioni contenenti farmaci il cui confezionamento per unità posologiche determini la mancata copertura o il superamento del mese di terapia, anche per frazioni di esso, è ammessa la prescrizione a copertura terapeutica per un periodo superiore, comunque non eccedente i 60 gg (sarà cura del MMG/PLS riscontrare, fatto salvo il garantire la copertura terapeutica, di non prescrivere confezioni di farmaco eccedenti oltre quanto legittimamente dovuto all'assistito per l'intero ciclo terapeutico). Ulteriormente si precisa che per i farmaci con confezionamento da 28 u.p. (CPR,CPS ecc.), o la cui singola confezione copra una terapia di 28 gg (SIR, PENNA, FIALE ecc.), la prescrizione di n° 2 confezioni è ammessa e giustificata una sola volta nell'anno di trattamento, in quanto "la tredicesima" confezione è sufficiente a coprire i giorni di terapia che nell'anno rimarrebbero scoperti con la prescrizione di una singola confezione per mese.

Si comunica altresì, che si è effettuata una disamina, in merito alla prescrizione/erogazione

dei farmaci contenenti il principio attivo CLOPIDOGREL. Valutato infatti l'elevato numero di assistiti, già in trattamento con farmaci la cui denominazione commerciale è diversa da quella presente nell'elenco dei farmaci A-PHT di cui al D.C. 97/2016 e ss.ii.mm. , se pur gli stessi sono considerati equivalenti tra loro da parte di AIFA, si ritiene necessario, fermo restando quanto previsto e normato in materia di farmacovigilanza che, laddove il MMG/PLS voglia rendere vincolante la prescrizione di uno specifico farmaco a base di CLOPIDOGREL, diverso da quello presente nel menzionato elenco D.P.C., lo potrà fare necessariamente attenendosi a quanto previsto dall'art. 11 comma 12 del D.L. 1/2012 convertito con modificazione dalla L. 27/2012, inserendo quindi sulla ricetta rossa SSR, la clausola di non sostituibilità, corredata da breve motivazione. Tale motivazione non potrà fare in nessun caso riferimento alla presunta o dichiarata volontà del paziente, né riferirsi, tautologicamente, a generiche valutazioni di ordine clinico o sanitario, ma dovrà, sia pur succintamente, indicare le specifiche e documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione al paziente di quel determinato farmaco.

Le farmacie convenzionate, al fine di consentire le opportune valutazioni, da parte delle competenti AA.SS.LL. sono invitate a consegnare dette ricette in coda a quelle genericamente denominate ricette rosse SSR.

Il Gruppo di Lavoro  
DPC Regionale

Il Dirigente  
Dott. Ugo Trama

