



con il patrocinio di:



aslnapoli3sud



**TORRE  
DEL GRECO**  
17 GIUGNO 2017  
**PRESIDIO  
BOTTAZZI**  
Via Guglielmo Marconi, 66

# **APPROPRIATEZZA DELLE RISORSE E CONTENIMENTO DEI COSTI: L'INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI TRA OSPEDALE E TERRITORIO**

Responsabile scientifico:  
**Guido Corbisiero**

**Dottssa Anna Italia Pisacreta**  
**UOC MEDICINA-PS PO "A. Maresca" Torre del Greco**  
**potdg.mege@aslnapoli3sud.it**

## PROGRAMMA

- Ore 8.30 **Registrazione Partecipanti**  
Ore 9.00 **Saluti istituzionali:** Gennaro Volpe  
Ore 9.15 **Introduzione:** Primo Sergianni - Ugo Trama

## SESSIONE UNICA

**Moderatore:** Guido Corbisiero

- Ore 9.30 **Razionale scientifico degli indicatori Decreto 66** - Luca Gallelli  
Ore 10.00 **Il ruolo dei farmaci equivalenti - La guida AIFA** - Luca Gallelli  
Ore 10.30 **Obiettivi e rationale degli strumenti di razionalizzazione della spesa farmaceutica**  
Eduardo Nava - Adriano Vercellone
- Ore 11.00 **Coffee break**
- Ore 11.30 **Criticità nell'imprescindibile rapporto ospedale - territorio:**  
proposte operative per la gestione del paziente acuto - Anna Italia Pisacreta
- Ore 12.00 **Criticità nell'imprescindibile rapporto ospedale territorio:**  
proposte operative per la gestione del paziente cronico - Vincenzo Schiavo
- Ore 12.30 **Il contributo del Farmacista al pubblico** - Giovanni Pisano
- Ore 13.00 **Discussione:**  
**Opportunità e vincoli del decreto 66**  
**Intervengono:**  
Pasquale Annunziata - Giuseppe Boccia - Agnese Borrelli - Guido Corbisiero - Luca Gallelli  
Luciano Improta - Salvatore Langella - Eduardo Nava - Salvatore Piede Palumbo  
Annaitalia Pisacreta - Giovanni Pisano - Ferdinando Primiano - Domenico Russo  
Martino Santarpià - Vincenzo Schiavo - Antonio Secondulfo - Primo Sergianni  
Antonella Siciliano - Luigi Stella Alfano - Ugo Trama
- Ore 13.30 **Conclusioni e take home messages**  
Ore 13.40 **Test ECM e chiusura dei lavori**

**Criticità !? nell'imprescindibile  
rapporto ospedale-territorio  
territorio-ospedale**

**Proposte operative  
per la gestione del paziente acuto**

**Appropriatezza** prescrittiva Ospedale-Territorio  
Territorio-Ospedale

=

**Sostenibilità** Assistenza Farmaceutica

# APPROPRIATEZZA CLINICO-PRESCRITTIVA

La qualità di un intervento curativo

In termini di corretta indicazione ed efficacia

Nei confronti di una specifica patologia

...il farmaco giusto

Al momento giusto

Dal medico giusto

Nel setting giusto

Al costo giusto !!!

# Primum...non nocere

"Primum non nocere" and the principle of non-maleficence.

[R Gillon](#)

[Br Med J \(Clin Res Ed\)](#). 1985 Jul 13; 291(6488): 130–131

[J Clin Pharmacol](#). 2005

Origin and uses of primum non nocere--above all, do no harm!

[Smith CM](#)<sup>1</sup>.

**INERZIA TERAPEUTICA...IPERTROFIA PRESCRITTIVA....**

# L'uso dei Farmaci in Italia

---

Rapporto Nazionale  
gennaio-settembre 2016



*Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Gennaio-Settembre 2016. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2017.*

*The Medicines Utilization Monitoring Centre. National Report on Medicines use in Italy. January-September 2016. Rome: Italian Medicines Agency, 2017.*

**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**

**Direttore Generale: *M. Melazzini***

**Gruppo di lavoro del presente Rapporto**

## **Contributi**

37. Azienda Sanitaria Locale di Caserta (Regione Campania) Referenti: M. Ignozzi, A. Di Giorgio, C. Pagliaro, C. Troncone e D.U. Tari;
38. Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud (Regione Campania) Referenti: E. Nava, A. Vercellone, R. Castaldo, R. Pagnotta;

# La spesa farmaceutica totale 2016

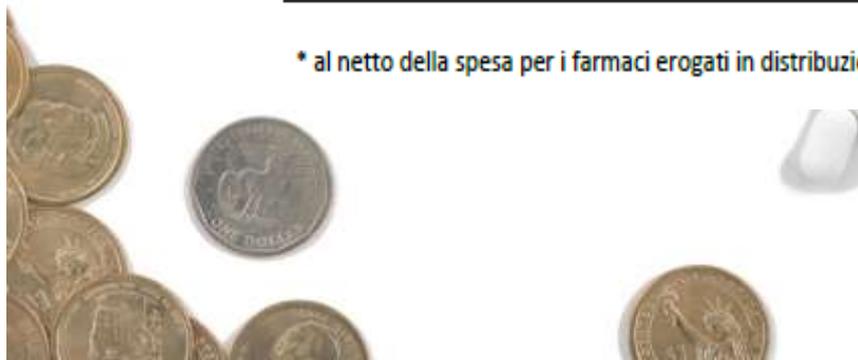
Rapporto OsMed 2016

**21,9 miliardi di euro**

**77.4% rimborsato dal SSN**

	Spesa (milioni di euro)	%	Δ% 16/15
Spesa convenzionata lorda	7.950	36,4	-3,0
Distr. Diretta e per conto di fascia A	4.104	18,8	19,1
Classe A privato	902	4,1	-3,2
Classe C con ricetta	2.260	10,3	0,8
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	1.780	8,1	-1,8
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari*	4.871	22,3	2,2
<b>Totale</b>	<b>21.867</b>	<b>100,0</b>	<b>2,8</b>

\* al netto della spesa per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto di fascia A e della spesa per vaccini



# Andamenti regionali

Nel corso dei primi nove mesi del 2016 le tre regioni che hanno fatto registrare la **spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN** (Tabella 5) più elevata sono state la Campania con 162,3 euro pro capite, la Puglia 158,6 euro e la Calabria 153,1 euro; al contrario la Provincia Autonoma di Bolzano, l'Emilia Romagna e la Valle d'Aosta hanno mostrato la spesa pro capite più bassa, pari rispettivamente a 95,9 euro, 98,7 euro e 106,0 euro; tali valori si assestano ben al di sotto della media nazionale di 130,2 euro.

I più alti livelli di **consumo in regime di assistenza convenzionata** sono stati osservati in Puglia (1.253,3 DDD/1000 ab die) e Lazio (1.251,5 DDD/1000 ab die) e Campania (1.226,8 DDD/1000 ab die), mentre i consumi più bassi sono stati riscontrati nella Provincia Autonoma di Bolzano (929,2 DDD/1000 ab die), in Valle d'Aosta (935,8 DDD/1000 ab die) e in Liguria (94 DDD/1000 ab die) (Tabella 3).

Le regioni in cui è stata osservata la spesa pro capite più elevata per i **farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche** sono state la Sardegna (184,0 euro), la Campania (182,0 euro) e la Toscana (178,9 euro), mentre la Provincia Autonoma di Trento (111,4 euro), la Valle d'Aosta (113,8 euro) e il Friuli Venezia Giulia (122,7 euro) sono caratterizzate da valori di : molto inferiori rispetto alla media nazionale pari a 150,9 euro pro capite.

La complessiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata nazionale nei primi nove mesi del 2016, rispetto al 2015, è riconducibile prevalentemente alla componente della riduzione dei prezzi che ha assunto le dimensioni più accentuate nella Valle d'Aosta (-5,2%), nella Provincia Autonoma di Bolzano (-4,2%) e nelle Marche (-3,9%) (Tabella 5). Tale riduzione dei prezzi è parzialmente controbilanciata, a livello nazionale, dall'effetto derivante da una crescita dei consumi (effetto quantità: +1,0% in termini di DDD totali) con gli incrementi più elevati in Provincia Autonoma di Bolzano (+3,9%) ed in Campania (+3,4%); al contrario hanno mostrato riduzioni dei consumi più consistenti la Valle d'Aosta (-8,4%) ed il Molise (-3,0%). L'effetto mix negativo registrato durante i primi nove mesi del 2016, in realtà sottende un'ampissima variabilità regionale, compresa tra il valore massimo della Valle d'Aosta (+4,5%) e quello minimo della Sardegna (-4,5%) (Tabella 5).

In regime di assistenza convenzionata, l'utilizzazione di medicinali si concentra su un numero limitato di principi attivi; infatti, le prime 30 sostanze rappresentano quasi il 40% della spesa farmaceutica lorda. I primi tre principi attivi a maggior spesa sono stati il pantoprazolo (3,4 euro pro capite), la rosuvastatina (3,1 euro pro capite) e l'atorvastatina (2,7 euro pro capite)



**Tabella 9. Primi trenta principi attivi per spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2012-2016**

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	%	Rango 2016	Rango 2015	Rango 2014	Rango 2013	Rango 2012
A	Pantoprazolo	3,40	2,60	1	1	2	3	5
C	Rosuvastatina	3,15	2,41	2	2	1	1	1
C	Atorvastatina	2,67	2,04	3	5	6	9	4
A	Lansoprazolo	2,42	1,85	4	4	4	4	3
R	Salmeterolo e altri anti-asmatici	2,37	1,81	5	3	3	2	2
A	Colecalciferolo	2,22	1,70	6	14	24	42	63
C	Simvastatina e ezetimibe	2,15	1,64	7	8	9	12	12
A	Omeprazolo	2,12	1,62	8	6	5	5	7
J	Amoxicillina e inibitori enzimatici	2,11	1,61	9	7	7	6	8
G	Dutasteride	1,92	1,47	10	11	13	16	17
A	Esomeprazolo	1,85	1,42	11	9	8	11	14
C	Olmesartan medoxomil	1,80	1,38	12	12	12	13	15
B	Enoxaparina sodica	1,80	1,38	13	10	10	10	10
C	Olmesartan medoxomil e diuretici	1,63	1,25	14	16	16	17	19
N	Pregabalin	1,60	1,22	15	15	17	19	21
C	Ramipril	1,51	1,15	16	17	15	18	16
C	Bisoprololo	1,49	1,14	17	18	22	27	36
R	Tiotropio bromuro	1,47	1,13	18	13	11	8	9
R	Formoterolo e altri anti-asmatici	1,41	1,08	19	20	20	26	33
C	Simvastatina	1,33	1,01	20	19	18	20	18
C	Omega-3-trigliceridi	1,30	0,99	21	21	14	7	6
S	Timololo, associazioni	1,27	0,97	22	22	25	28	29
A	Mesalazina (5-ASA)	1,24	0,95	23	24	26	31	35
A	Insulina lispro	1,20	0,92	24	25	28	32	37
C	Amlodipina	1,18	0,90	25	26	23	25	26
A	Insulina aspart	1,14	0,87	26	27	27	29	31
B	Acido acetilsalicilico	1,10	0,84	27	29	31	23	22
C	Ezetimibe	1,09	0,83	28	39	59	80	128
C	Olmesartan med. e amlodipina	1,04	0,80	29	37	53	59	60
A	Rifaximina	1,03	0,79	30	30	30	35	45
	<b>Totale</b>	<b>52,02</b>	<b>39,77</b>					
	<b>Totale spesa SSN</b>	<b>130,80</b>	<b>100,00</b>					





*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per l'attuazione del*  
*Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano*  
*(Deliberazione Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015)*

**DECRETO N. 66 del 14.07.2016**

ASL	numero assistibili pesati nell'ambito della regione	Spesa farmaceutica convenzionata netta				DDD				costo medio DDD		
		Spesa farmaceutica convenzionata netta (da DCR)	spesa netta pro capite	scostamento % rispetto media regionale	scostamento % rispetto asl più virtuosa	per 1000 ass. pesati/die	scostamento % rispetto alla media regionale	scostamento % rispetto all'asl più virtuosa	€	scostamento % rispetto media regionale	scostamento % rispetto asl più virtuosa	
201	ASL AVELLINO	456.059	70.280.001	154,10	0,71%	10,93%	960,78	-3,96%	0,00%	0,54	-1,06%	7,00%
202	ASL BENEVENTO	306.736	47.840.979	155,97	1,93%	12,27%	985,03	-1,54%	2,52%	0,54	-0,79%	7,30%
203	ASL CASERTA	884.882	122.924.613	138,92	-9,22%	0,00%	1.007,79	0,74%	4,89%	0,50	-8,18%	0,00%
204	ASL NAPOLI 1 CENTRO	1.019.990	163.690.947	160,48	4,88%	15,52%	1.038,40	3,80%	8,08%	0,54	-0,16%	7,98%
205	ASL NAPOLI 2 NORD	965.566	143.091.911	148,19	-3,15%	6,68%	995,15	-0,53%	3,58%	0,53	-1,65%	6,36%
206	ASL NAPOLI 3 SUD	1.049.216	159.729.234	152,24	-0,51%	9,59%	976,13	-2,43%	1,60%	0,56	3,16%	11,57%
207	ASL SALERNO	1.145.617	184.225.187	160,81	5,09%	15,76%	1.007,47	0,71%	4,86%	0,57	5,66%	14,27%
Totale		5.828.055	891.782.872	153,02			1.000,41			0,54		

Fonte Sistema TS e DCR



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per l'attuazione del  
Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015)*

RITENUTO al fine di incentivare l'utilizzo di farmaci di pari efficacia terapeutica ma di minor costo:

- a) che tutti i medici prescrittori, debbano privilegiare nelle prescrizioni farmaceutiche, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate i farmaci con brevetto scaduto, alla stessa maniera di quanto riscontrato tramite sistema Tessera Sanitaria (TS) nelle Regioni che fanno maggior uso di tali farmaci, o, quantomeno, alla media delle Regioni, ferma restando la facoltà dei medici di prescrivere in scienza e coscienza;

ASL	A02BC	C08CA	C09DA	C09CA	C09BA	C10AA	J01
	DDD / 1000 assistibili pesati die	% BREVETTO SCADUTO	% BREVETTO SCADUTO	% BREVETTO SCADUTO	% BREVETTO SCADUTO	costo per DDD	DDD / 1000 ASSISTIBILI PESATI DIE
<b>Obiettivo</b>	74	92	86	92	78	0,27	23
201 - ASL AVELLINO	73,1	86,6%	86,0%	86,9%	73,4%	€ 0,27	25,8
202 - ASL BENEVENTO	90,8	88,5%	79,8%	88,9%	77,4%	€ 0,28	22,8
203 - ASL CASERTA	85,3	91,3%	76,7%	91,5%	75,1%	€ 0,29	28,6
204 - ASL NAPOLI 1 CENTRO	94,2	92,0%	78,7%	91,7%	78,1%	€ 0,32	26,1
205 - ASL NAPOLI 2 NORD	83,0	91,0%	74,5%	91,1%	76,8%	€ 0,31	31,3
206 - ASL NAPOLI 3 SUD	83,7	90,6%	74,0%	90,8%	72,9%	€ 0,30	31,4
207 - ASL SALERNO	75,9	89,3%	76,4%	89,4%	74,9%	€ 0,29	25,2

Fonte: SistemaTs



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per l'attuazione del  
Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015)*

- 2.b.1) entro il 31.12.2016, nel ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra il risultato conseguito dalla propria ASL e l'Azienda best performer, per ogni specifico indicatore;
- 2.b.2) entro il 31.12.2017, nell'azzerare le differenze;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per l'attuazione del  
Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015)*

- 2.b.1) entro il 31.12.2016, nel ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra il risultato conseguito dalla propria ASL e l'Azienda best performer, per ogni specifico indicatore;
- 2.b.2) entro il 31.12.2017, nell'azzerare le differenze;
  - i. categoria ATC4 A02BC - Inibitori della pompa protonica - Il numero di Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die deve essere mantenuto, in ogni singola ASL, entro il limite di 74 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;
  - ii. categoria ATC4 C08CA – Antagonisti dell'angiotensina II non associati - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, in termini di consumi in DDD almeno il 92% del totale delle unità posologiche erogate;
  - iii. categoria ATC4 C09DA - *Antagonisti dell'Angiotensina e diuretici* – i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, in termini di consumi in DDD almeno il 86% del totale delle unità posologiche erogate
  - iv. categoria ATC4 C09CA - *Antagonisti dell'angiotensina II non associati* - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, in termini di consumi in DDD almeno il 92% del totale delle unità posologiche erogate
  - v. categoria ATC4 C09BA - ACE-inibitori e diuretici - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, in termini di consumi in DDD almeno il 78% del totale delle unità posologiche erogate;
  - vi. categoria ATC4 C10AA – inibitori delle HMG CoA reductasi - Il costo medio per DDD deve essere compreso entro il costo rilevato nell'Azienda best performer. La prescrizione deve seguire in tutti i casi le indicazioni riportate in nota 13;
  - vii. L'impiego dei farmaci Antibiotici (codice ATC=J01) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola ASL, su base annua, entro il limite di 23 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

ASL NAPOLI 3 SUD  
 Registro di Protocollo - Pendenza  
 N. 0109564 del 23/11/2015 - 17:53



- Ai Direttori Sanitari DD.SS.
- Al Direttore S.A.D.
- Ai MMG per il tramite delle  
 Direzioni Distrettuali
- Ai Componenti N.A.F.
- Ai Componenti delle U.U.C.A.D.
- e p.c. Al Dir. Gen. Per la Tutela della Salute
- Al Dirig. UOD Politiche del Farmaco

**Oggetto: Decreto Commissariale n. 56 del 29.05.2015.  
 ASI Napoli 3 SUD - Report Gen-Sett 2015.**

Si fa seguito a precedenti note riferite al decreto in oggetto al fine di ogni puntuale e diffusa applicazione per il raggiungimento degli obiettivi dallo stesso fissati.

Il DcA n. 56/2015 "Misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale", stabilisce misure di promozione della appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci appartenenti a diverse classi terapeutiche, stabilendo sia obiettivi in termine di confezioni di farmaco a brevetto scaduto erogate sia orientando la prescrizione a criteri di costo-efficacia nella scelta terapeutica.

In linea generale, viene ribadita per tutte le classi terapeutiche la necessità di indirizzare, ove possibile, la prescrizione medica verso i farmaci a brevetto scaduto.

Sono stabiliti i seguenti obiettivi in termini di confezioni a brevetto scaduto erogate da raggiungere entro il 2015 e il 2016:

**Tabella I**

ATC	Descrizione	Obiettivo al 31.12.2015	Obiettivo al 31.12.2016
C09BA	ACE inibitori e diuretici	72%	75%
C09CA	antagonisti Angiotensina II	87%	90%
C09DA	antagonisti Angiotensina II e diuretici	80%	85%
C10AA	Inibitori della HMG CoA reduttasi	82%	85%
C08CA	Calcio antagonisti diidropiridinici	90%	93%
J01MA	Fluorochinoloni	83%	85%
N03AX	Antiepilettici (altri)	68%	73%
N06AB	SSRI	96%	99%
R03AC	agonisti Beta-2 adrenergici	53%	55%

Inoltre, viene stabilito l'obiettivo di incidenza massima del 30% della prescrizione di confezioni di sartani sul totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina.



categoria ATC4 A02BC - Inibitori della pompa protonica - Il numero di Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die deve essere mantenuto, in ogni singola ASL, entro il limite di 74 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

**P.T.O.A. ASL NA 3 sud**

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	FORMA FARMAC.	NOTE
A01AB09	Miconazolo	2% 80gr	gel orale	
A02AD01	Magnesio idrossido alluminio idrossido	6,9% 200ml	sosp orale	
A02BA02	Ranitidina	150 mg	cpr	
A02BA02	Ranitidina	300 mg	cpr	
A02BA02	Ranitidina	50 mg/ 5 ml	fl	
A02BA02	Ranitidina	150 mg/10 ml	scir	
A02BB01	Misoprostolo	200 mcg	cpr	
A02BC01	Omeprazolo	10 mg	cps	
A02BC01	Omeprazolo	20 mg	cps	
A02BC01	Omeprazolo	40 mg	fl ev	
A02BC02	Pantoprazolo	20 mg	cpr	CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER PAZIENTI SOTTOPOSTI A PRECEDENTE TRATTAMENTO CON PANTOPRAZOLO FIALE E/O PAZIENTI NON ELEGGIBILI A TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
A02BC02	Pantoprazolo	40 mg	cpr	CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER PAZIENTI SOTTOPOSTI A PRECEDENTE TRATTAMENTO CON PANTOPRAZOLO FIALE E/O PAZIENTI NON ELEGGIBILI A TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
A02BC02	Pantoprazolo	40mg	fl	PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
A02BC05	Esomeprazolo	40 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA

RASSEGNA

## Interazione tra clopidogrel e inibitori di pompa protonica

Manuela Casula, Alessandra Cantoni, Elena Tragni

Centro Interuniversitario di Epidemiologia e Farmacologia Preventiva (SEFAP), Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari, Università degli Studi di Milano

February 2016

**Adverse Effects Associated With Proton Pump Inhibitors**

[Adam Jacob Schoenfeld, MD<sup>1</sup>; Deborah Grady, MD, MPH<sup>1,2</sup>](#)

*JAMA Intern Med.* 2016;176(2):172-174.

.....**LESS IS MORE !?**

# IPP e H2-antagonisti : appropriatezza Nota 48

La prescrizione a carico del SSN è limitata al **TRATTAMENTO** :

•**durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane)**

- *ulcera duodenale o gastrica positive per Helicobacter pylori*
- *per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione*
- *ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa (primo episodio)*
- *MRGE con o senza esofagite (primo episodio)*

•**durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno**

- *sindrome di Zollinger-Ellison*
- *ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa recidivante*
- *malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite(recidivante)*

**Nel caso si debba utilizzare la terapia in maniera continuativa, è opportuna una progressiva riduzione delle dosi di IPP fino a raggiungere quella minima per mantenere lo stato di salute del paziente e prevenire la comparsa di lesioni o complicanze.**

# Sicurezza a lungo termine

- Alterazione Ph gastrico (carenze vit B12, Fe, Ca e rischio osteoporosi);
  - Rischio di infezioni enteriche ( Clostridium D.)
  - Polipi e cancro allo stomaco;
  - Cancro del colon;
  - Interazione con farmaci antiaggreganti ( es clopidogrel) e PPI;
  - Utilizzo di inibitori della pompa protonica e rischio di infarto miocardico (*AIFA: Pillole dal Mondo n. 799 - 22/06/2015*);
  - .....
- ..... ( *Farmacovigilanza!* )

iv. categoria ATC4 C09CA - *Antagonisti dell'angiotensina II non associati* - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, in termini di consumi in DDD almeno il 92% del totale delle unità posologiche erogate

C09CA01	Losartan	12,5mg	cpr riv	
C09CA01	Losartan	50mg	cpr riv	
C09CA01	Losartan	100 mg	cpr riv	
C09CA03	Valsartan	40 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR LIMITAMENTE A PAZIENTI CLINICAMENTE STABILI CON ISUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA O DISFUNZIONE SISTOLICA VENTRICOLARE SINISTRA ASINTOMATICA SECONDARIA A INFARTO MIOCARDICO
C09CA03	Valsartan	80 mg	cp	IN DEROGA AL PTOR LIMITAMENTE A PAZIENTI CLINICAMENTE STABILI CON ISUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA O DISFUNZIONE SISTOLICA VENTRICOLARE SINISTRA ASINTOMATICA SECONDARIA A INFARTO MIOCARDICO
C09CA03	Valsartan	160 mg	cp	IN DEROGA AL PTOR LIMITAMENTE A PAZIENTI CLINICAMENTE STABILI CON ISUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA O DISFUNZIONE SISTOLICA VENTRICOLARE SINISTRA ASINTOMATICA SECONDARIA A INFARTO MIOCARDICO
C09CA03	Valsartan	320 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR LIMITAMENTE A PAZIENTI CLINICAMENTE STABILI CON ISUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA O DISFUNZIONE SISTOLICA VENTRICOLARE SINISTRA ASINTOMATICA SECONDARIA A INFARTO MIOCARDICO
C09CA04	Irbesartan	75 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITAMENTE PER PAZIENTI IPERTESI DIABETICI CON NEFROPATIA
C09CA04	Irbesartan	150 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITAMENTE PER PAZIENTI IPERTESI DIABETICI CON NEFROPATIA
C09CA04	Irbesartan	300 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITAMENTE PER PAZIENTI IPERTESI DIABETICI CON NEFROPATIA
C09CA06	Candesartan	8 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITAMENTE PER PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO
C09CA06	Candesartan	16 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITAMENTE PER PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO
C09CA06	Candesartan	32 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITAMENTE PER PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO

- iii. categoria ATC4 C09DA - *Antagonisti dell'Angiotensina e diuretici* -- i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, in termini di consumi in DDD almeno il 86% del totale delle unità posologiche erogate

**P.T.O.A. ASL NA 3 sud**

C09DA01	Losartan + Idroclortiazide	50+12,5	cpr	
C09DA01	Losartan + Idroclortiazide	100+25	cpr	
C09DA06	Candesartan + Idroclortiazide	16 mg+12,5 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITATAMENTE PER PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO
C09DA06	Candesartan + Idroclortiazide	32 mg+25 mg	cpr	IN DEROGA AL PTOR, LIMITATAMENTE PER PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO

# ACE

C09AA01	Captopril	25 mg	cpr	PER PAZIENTI PEDIATRICI
C09AA03	Lisinopril	5 mg	cpr	
C09AA03	Lisinopril	20 mg	cpr	
C09AA05	Ramipril	2,5 mg	cpr div.	
C09AA05	Ramipril	5 mg	cpr div.	
C09AA05	Ramipril	10 mg	cpr div.	

vi. categoria ATC4 C10AA – inibitori delle HMG CoA reduttasi - Il costo medio per DDD deve essere compreso entro il costo rilevato nell'Azienda best performer. La prescrizione deve seguire in tutti i casi le indicazioni riportate in nota 13;

C10AA01	Simvastatina	10 mg	cpr	
C10AA01	Simvastatina	20 mg	cpr	
C10AA01	Simvastatina	40 mg	cpr	
C10AA05	Atorvastatina	10 mg	cpr	
C10AA05	Atorvastatina	20 mg	cpr	
C10AA05	Atorvastatina	40 mg	cpr	
C10AA05	Atorvastatina	80 mg	cpr	
C10AB02	Bezafibrato	400mg	cpr rp	
C10AB04	Gemfibrozil	600mg	cpr	
C10AB04	Gemfibrozil	900mg	cpr	
C10AB05	Fenofibrato	200mg	cps	
C10AC01	Colestiramina cloridrato	4 g	bust	
C10AX06	omega polienoici (esteri etilici di acidi grassi polinsaturi)	1 g	cps	<b>RICHIESTA NOMINATIVA</b>
C10AX09	Ezetimibe	10 mg	cpr	<b>RICHIESTA NOMINATIVA SOLO DOPO FALLIMENTO TERAPEUTICO (DOCUMENTATO) CON LA SOLA STATINA DI 2° LIVELLO</b>

vii. L'impiego dei farmaci Antibiotici (codice ATC=J01) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola ASL, su base annua, entro il limite di 23 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

J01FA01	Spiramona	3000000UI	cpr	DA UTILIZZARE SECONDO LE LIMITAZIONI ABA
J01FA09	Clarithromicina	250 mg	cpr	
J01FA09	Clarithromicina	500 mg	cpr	
J01FA09	Clarithromicina	500 mg/10 ml	fl ev	
J01FA09	Clarithromicina	125 mg/5 ml	os sosp	
J01FA09	Clarithromicina	250mg/5ml	os sosp	
J01FA10	Azitromicina	1,5 g	os sosp	
J01FA10	Azitromicina	500mg	cpr	
J01FA10	Azitromicina	500mg	fl	
J01FF01	Clindamicina	150 mg	cps	
J01FF01	Clindamicina	600mg/4ml	fl im ev	
J01FF02	Lincomicina	600mg/2ml	fl	
J01FF02	Lincomicina	500mg	cps	
J01GB01	Tobramicina	300mg/5ML	fl Nebul.	IN USO AMBULATORIALE/TERAPIALE SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI REGIONALI PRESENTI PER LA FARMACIA CERTA
J01GB03	Gentamicina	40 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	80 mg	fl	DA UTILIZZARE SECONDO LE LIMITAZIONI ABA
J01GB03	Gentamicina	120 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	160 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	240 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	360 mg	fl	
J01GB07	Netilmicina	15 mg	fl	IN USO SOLO AL FINE PER PAZIENTI SEVERI/IN PEDIATRIA
J01MA02	Ciprofloxacina	250 mg	cpr	
J01MA02	Ciprofloxacina	500 mg	cpr	
J01MA02	Ciprofloxacina	750 mg	cpr	
J01MA02	Ciprofloxacina	200 mg	fl ev	
J01MA02	Ciprofloxacina	400 mg	fl ev	
J01MA12	Levofloxacina	250 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO
J01MA12	Levofloxacina	500 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO
J01MA12	Levofloxacina	500 mg/100ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO
J01MB06	Cinoxacina	500 mg	cps	
J01XA01	Vancomicina cloridrato	500 mg	fl	
J01XA01	Vancomicina cloridrato	1g	fl	

J01XA02	Teicoplanina	200 mg	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO (CON ALLEGATO ANTIBIOGRAMMA) PER INFEZIONI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AGLI ALTRI ANTIBIOTICI PRESENTI IN PDA E PER PAZIENTI IN OSSERVAZIONE PRECOCE (DA NON UTILIZZARE IN PROFILASSI)
J01XB01	Colistimetato di sodio	1000000 UI/4ml	fl	SOLO PER UTILI PER PAZIENTI CON DOCUMENTATA INFEZIONE RESISTENTE AD ALTRI ANTIBIOTICI PRESENTI IN PDA
J01XD01	Metronidazolo	500 mg	flac	
J01XX08	Linezolid	2mg/ml	sacche	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO - FARMACO DA UTILIZZARE SOLO NEI CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA NELLE INFEZIONI GRAVI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI. EVENTUALE UTILIZZO IN ALTRI REPARTI SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIÀ INIZIATA NEI SUDDETTI CENTRI
J01XX08	Linezolid	600 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO - FARMACO DA UTILIZZARE SOLO NEI CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA NELLE INFEZIONI GRAVI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI. EVENTUALE UTILIZZO IN ALTRI REPARTI SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIÀ INIZIATA NEI SUDDETTI CENTRI
J01XX08	Linezolid	100mg/5ml	sosp	FARMACO DA UTILIZZARE SOLO NEI CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA NELLE INFEZIONI GRAVI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI. EVENTUALE UTILIZZO IN ALTRI REPARTI SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIÀ INIZIATA NEI SUDDETTI CENTRI
J01XX09	Daptomicina	350 mg	fl	RICHIESTA NOMINATIVA - DA UTILIZZARE SOLO QUANDO ALTRE TERAPIE ANTIBIOTICHE NON HANNO DATO RISPOSTA DOCUMENTATA

vii. L'impiego dei farmaci Antibiotici (codice ATC=J01) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola ASL, su base annua, entro il limite di 23 Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die;

J01AA02	Doxiciclina	100 mg	cpr	
J01AA12	Tigeciclina	50 mg	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APOSITO MODELLO - FARMACO DA UTILIZZARSI IN CASO DI NECESSITA' QUANDO ALTRE TERAPIE ANTIBIOTICHE NON HANNO DATO OPPORTUNE RISPOSTE DOCUMENTATE
J01BA01	Cloramfenicolo	1 g	fl	
J01CA01	Ampicillina	1 g	fl	
J01CA01	Ampicillina	500mg	cp	
J01CA01	Ampicillina	1gr	cp	
J01CA04	Amoxicillina	1 g	cpr	
J01CA04	Amoxicillina	5% 100ml	sosp.	
J01CA12	Piperacillina sale sodico	1 g	fl im /ev	
J01CA12	Piperacillina sale sodico	2 g	fl im/ev	
J01CA12	Piperacillina sale sodico	4 g	fl ev	
J01CE01	Benzilpenicillina potassica	4ml	fl	
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica	1200000 UI	fl	
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica	600000 UI	fl	

J01CF04	Oxacillina	1g	fl	
J01CR01	Ampicillina+ Sulbactam	500+250 mg	fl im	SOLO PER PAZIENTE PEDIATRICO
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	400+57mg	sosp	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	1 g	cpr	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	1000mg+200mg	fl	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	2000mg+200mg	fl	
J01CR05	Piperacillina + Tazobactam	2g+250mg	fl	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DB04	Cefazolina	1g	fl im	
J01DB04	Cefazolina	1g	fl iv	
J01DC02	Ceftriaxime	1g	fl im/ ev	
J01DC04	Cefaclor	250 mg/5ml	os sosp	
J01DC04	Cefaclor	500 mg	cps	
J01DD01	Cefotaxime	250mg	fl im/ ev	
J01DD01	Cefotaxime	500mg	fl im/ ev	
J01DD01	Cefotaxime	1g	fl im ev	
J01DD01	Cefotaxime	2g	fl ev	
J01DD02	Ceftazidima	250mg	fl im	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DD02	Ceftazidima	500mg	fl im	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DD02	Ceftazidima	1g	fl im	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DD02	Ceftazidima	2g	fl e v.	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DD04	Ceftriaxone	250 mg/2 ml	fl i.m.	
J01DD04	Ceftriaxone	500 mg/2 ml	fl i.m.	
J01DD04	Ceftriaxone	1000 mg/3,5 ml	fl i.m.	
J01DD04	Ceftriaxone	1 g/3,5 ml	fl e.v.	
J01DD04	Ceftriaxone	2 g	fl e.v.	
J01DD08	Ceftixima	100mg/5ml	os sosp	SOLO PER PAZIENTE PEDIATRICO IN EROGAZIONE PRECOCE
J01DE01	Cefepime	500mg	fl	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DE01	Cefepime	1g	fl	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DF01	Aztreonam	1g	fl im ev	SOLO SE INSERITO IN PROTOCOLLO TERAPEUTICO DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
J01DH02	Meropenem	500 mg	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA
J01DH02	Meropenem	1 g	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA
J01EE01	Sulfametossazolo + Trimetoprim	160+800 mg	cpr	
J01EE01	Sulfametossazolo + Trimetoprim	400 mg +80mg/5ml	fl	
J01EE01	Sulfametossazolo + Trimetoprim	400 mg +80mg/5ml	os sosp	
J01FA01	Entromicina	600 mg	cpr riv	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A10AB05	Insulina aspart	40 U.I./3ml	cartucce	
A10AB05	Insulina aspart	100 U.I./3 ml	penna	
A10AB06	Insulina glulisina	100UI/10ml	fl	
A10AB06	Insulina glulisina	100 U.I.	cart.	
A10AB06	Insulina glulisina	100 U.I.	solostar penna	
A10AC01	Insulina umana isofano ad azione intermedia	100 U.I.	fl/cart	
A10AC04	Insulina lispro-protamina	100 U.I.	cart/pen	
A10AD01	Insulina umana 30% + isulina umana isofano 70%	100 U.I.	Flac	
A10AD05	Insulina aspart 50% libera+50% protaminata	100 U.I.	penna	
A10AD05	Insulina aspart 30% libera+70% protaminata	100 U.I.	penna	
A10AD05	Insulina aspart 70% libera+30% protaminata	100 U.I.	penna	
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	fl	LIMITAMENTE ALLE CONDIZIONI PREVISTE DAL DGRG 30/4/2003 E SUE SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	optiset penna	LIMITAMENTE ALLE CONDIZIONI PREVISTE DAL DGRG 30/4/2003 E SUE SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	solostar penna	LIMITAMENTE ALLE CONDIZIONI PREVISTE DAL DGRG 30/4/2003 E SUE SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI
A10AE04	Insulina glargine	100 U.I.	cart.	LIMITAMENTE ALLE CONDIZIONI PREVISTE DAL DGRG 30/4/2003 E SUE SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI
A10AE05	Insulina detemir	100 U.I.	penne	
A10BA02	Metformina	500 mg	cpr riv	
A10BA02	Metformina	850 mg	cpr riv	
A10BA02	Metformina	1000 mg	cpr riv	
A10BB01	Glibenclamide	5mg	cpr	
A10BB09	Gliclazide	30 mg	cpr	
A10BB09	Gliclazide	30 mg	cpr RM	
A10BB09	Gliclazide	60 mg	cpr RM	
A10BB09	Gliclazide	80 mg	cpr	
A10BB12	Glimepiride	2 mg	cpr	
A10BB12	Glimepiride	3 mg	cpr	
A10BB12	Glimepiride	4 mg	cpr	
A10BD02	Glibenclamide+Metformina	2,5mg+400mg	cpr riv	
A10BD02	Glibenclamide+Metformina	5mg+400mg	cpr riv	
A10BD02	Glibenclamide+Metformina	5mg+500mg	cpr riv	



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per l'attuazione del  
Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015)

Insulina glargine: A10AE04

SPECIALITA'	PRINCIPIO ATTIVO	PREZZO SORESA/aziende sanitarie
Lantus SoloSTAR 5 X 3 ml (1500 UI)	insulina glargine (originator)	€ 39,99
Abasaglar KwikPen 5 X 3 ml (1500 UI)	insulina glargine (biosimilare)	€ 31,99
Lantus cartucce 5 X 3 ml (1500 UI)	insulina glargine (originator)	€ 39,99
Abasaglar cartucce 5 X 3 ml (1500 UI)	insulina glargine (biosimilare)	€ 31,99

# EBPM

## P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B01AB01	Eparina sodica	25000UI/5ml	fl	
B01AB02	Antitrombina III	500U.I.	fl	
B01AB02	Antitrombina III	1000 U.I.	fl	
B01AB05	Enoxaparina sodica	2.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA,PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	4.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	6.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA,PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	8.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA,PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	10.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA,PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB06	Nadroparina	2850 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	3800 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	5700 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	7600 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	9500 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	3200 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	4250 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	6400 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	8500 U.I.	fl	
B01AB12	Bemiparina sodica	2500UI	sir	IN DEROGA AL PTOR SU RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTITROMBOTICA PREOPERATORIA
B01AB12	Bemiparina sodica	3500UI	sir	IN DEROGA AL PTOR SU RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTITROMBOTICA PREOPERATORIA
B01AB12	Bemiparina sodica	5000 UI	sir	IN DEROGA AL PTOR SU RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTITROMBOTICA PREOPERATORIA
B01AB12	Bemiparina sodica	7500 UI	sir	IN DEROGA AL PTOR SU RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTITROMBOTICA PREOPERATORIA
B01AB12	Bemiparina sodica	10000 UI	sir	IN DEROGA AL PTOR SU RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTITROMBOTICA PREOPERATORIA
B01AC04	Clopidogrel	75 mg	cpr riv.	

**Tabella 21. Primi 30 principi attivi in ordine decrescente di spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto**

	Principio attivo	ATC I	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Sofosbuvir	J	A	1.258.960.429	19,4%	19,4%
2	Fattore VIII	B	A	200.578.540	3,1%	22,5%
3	Adalimumab	L	H	186.071.453	2,9%	25,4%
4	Daclatasvir	J	A	159.832.738	2,5%	27,8%
5	Ritonavir/Ombitasvir/ Paritaprevir	J	A	150.592.760	2,3%	30,2%
6	Etanercept	L	H	143.492.783	2,2%	32,4%
7	Lenalidomide	L	H	135.542.864	2,1%	34,5%
8	Imatinib Mesilato	L	A	124.984.810	1,9%	36,4%
9	Fingolimod	L	A	82.248.058	1,3%	37,7%
10	Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil	J	H	74.008.370	1,1%	38,8%
11	Abiraterone Acetato	L	H	72.581.700	1,1%	39,9%
12	Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil/ Rilpivirina	J	A/H/C	55.033.937	0,8%	40,7%
13	Rivaroxaban	B	A	69.693.916	1,1%	42,1%
14	Insulina Glargine	A	A	67.961.702	1,0%	43,1%
15	Bosentan	C	A/H	62.906.439	1,0%	44,1%
16	Somatropina	H	A	62.722.046	1,0%	45,1%
17	Entecavir	J	A/C	58.921.801	0,9%	46,0%
18	Apixaban	B	A	58.027.262	0,9%	46,9%
19	Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil/Rilpivirina	J	A/H/C	55.033.937	0,8%	47,7%
20	Everolimus	L	A/H/C	54.976.737	0,8%	48,6%
21	Dimetilfumarato	N	A	54.195.830	0,8%	49,4%
22	Dabigatran Etxilato	B	A	53.089.524	0,8%	50,2%
23	Golimumab	L	H	50.012.910	0,8%	51,0%
24	Darunavir	J	H	49.956.815	0,8%	51,8%
25	Darbepoetina Alfa	B	A	49.912.462	0,8%	52,5%
26	Epoetina Alfa	B	A/H	49.017.217	0,8%	53,3%
27	Abacavir Solfato/Lamivudina	J	H	47.973.205	0,7%	54,0%
28	Deferasirox	V	A	46.398.307	0,7%	54,7%
29	Nilotinib	L	H	45.981.111	0,7%	55,4%
30	Dasatinib	L	H	45.630.050	0,7%	56,2%
	<b>Totale Italia</b>			<b>6.485.511.858</b>	<b>100,0%</b>	

regione campania  
aslnapoli3sud



# MEDTORRE

- 18 posti letto
- Circa 1000 ricoveri /anno
- 2-3 ricoveri/die
- Circa 25000 accessi PS
- Età MEDIA alta
- Pazienti polipatologici-politerapie

# MEDTORRE



.....TIME.....



## **PRESCRIZIONE FARMACI: Quando per lo specialista ospedaliero?**



**IMPORTANTE**

Per la Terapia a domicilio  
paziente in dimissione o  
ambulatoriale in caso di:



**PRIMA PRESCRIZIONE  
FARMACOLOGICA**

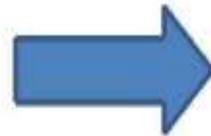


**CAMBIO DI TERAPIA  
FARMACOLOGICA**

**PRIVILEGIARE IL FARMACO BIOEQUIVALENTE  
PRIVILEGIARE IL FARMACO BIOSIMILARE  
PER I PAZIENTI NAIVE  
LADDOVE CLINICAMENTE SOSTENIBILE**

## Prescrizione Farmaco per terapia a domicilio paziente ambulatoriale o in dimissione

1) Erogazione attraverso  
la Farmacia ospedaliera



File F

Fascia H

Fascia A

I Ciclo (EBPM)

Doppio Canale, ecc

2) Erogazione attraverso  
le Farmacie del Territorio

La rimborsabilità è vincolata a:

- indicazioni di registrazione
- Note Aifa
- Piano Terapeutico
- Individuazione dei centri prescrittori

**DISTRIBUZIONE FARMACI PER LA CONTINUITA' TERAPEUTICA  
OSPEDALE-TERRITORIO APPLICAZIONE L.405/2001:  
ATTIVAZIONE 1° CICLO DI TERAPIA IN DIMISSIONE**

## **Quali farmaci??**

- In dotazione ospedaliera
- Con i quali è stata avviata terapia durante il ricovero
- Fascia A, nel rispetto note AIFA
- No farmaci H OSP1 e fascia C Q

**Innovazione Farmaci ad Alto costo-FileF Correttezza  
Compilazione Scheda AIFA per i medici abilitati dalla  
Direzione sanitaria della struttura di appartenenza (oggetto controllo ASL)**

<https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/>

Requisiti sistema per accesso :

Google Chrome 5.0, Netscape 7.01, Mozilla Firefox 1.5, Internet Explorer 7, Opera 9, Safari 2.0.3, Mozilla Firefox 1.0.2,



The screenshot shows the AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) website interface. At the top, there is the AIFA logo and the text 'Registri Farmaci sottoposti a Monitoraggio'. Below this, there is a login form with fields for 'Inserisci username:' and 'Inserisci password:', followed by an 'accedi' button. There are also links for 'Se non sei registrato clicca qui', 'Per effettuare il cambio password clicca qui', and 'Per effettuare il reset password clicca qui'. A large text box on the left side of the page contains a 'Novità' section dated 1 April 2014, a section dated 16 January 2013, and a section about visualizing the list of registers. At the bottom, there is a disclaimer about the use of the system's information.

**Registri Farmaci sottoposti a Monitoraggio**

Inserisci username:

Inserisci password:

Se non sei registrato [clicca qui](#)  
Per effettuare il cambio password [clicca qui](#)  
Per effettuare il reset password [clicca qui](#)

**Novità!** A partire dal 1 aprile 2014, è disponibile la nuova funzionalità che consente ad ogni medico e/o farmacista, in completa autonomia, di modificare o cancellare i dati del singolo trattamento, solo se riferito all'ultimo evento del monitoraggio censito a sistema (ultima scheda inserita). Per maggiori dettagli si rimanda al [comunicato](#) ed al manuale utente. La funzione si aggiunge a quelle rilasciate il 5 febbraio 2014 che consentono a ciascun medico di effettuare la modifica dei dati anagrafici dei pazienti e di cancellare l'intero trattamento.

A partire dal 16 gennaio 2013, è attivo il nuovo sistema di monitoraggio web per le specialità medicinali già sottoposte a monitoraggio all'interno della piattaforma AIFA precedentemente utilizzata.

Per visualizzare la lista aggiornata dei Registri pubblicati nella nuova piattaforma si prega di consultare le pagine dedicate ai Registri Farmaci sottoposti a Monitoraggio nel [portale istituzionale dell'AIFA](#).

Stare effettuando l'accesso ai sistemi informatici dell'Agenzia Italiana del Farmaco. L'accesso è consentito ai soli autorizzati; al fine di effettuare i necessari controlli, ogni attività sui sistemi sarà tracciata in appositi file di registrazione. L'accesso non autorizzato è punibile ai sensi dell'art. 615 ter del codice penale.



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015  
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi  
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta  
**Dr. Joseph Polimeni**  
Il Sub Commissario ad Acta  
**Dr. Claudio D'Amario**

DECRETO n. 14 del 01/03/2017

**OGGETTO** : Programmi Operativi 2016 – 2018. Approvazione

- **Intervento 20.4 - Farmaceutica territoriale: Incremento della quota di farmaci di fascia A del primo ciclo distribuita dagli ospedali**

L'art.8 lett.c) della legge 405/2001, prevede che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà, fra l'altro, *"di disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale"*.

L'attuazione della norma consentirebbe al SSR di conseguire due importanti obiettivi, in termini di qualità dell'assistenza ed in termini di razionalizzazione della spesa. Per quanto concerne il primo punto, all'atto di dimissione ospedaliera, il paziente potrebbe immediatamente vedersi consegnare i farmaci occorrenti al primo ciclo di terapia senza doversi recare dal MMG per la prescrizione e, quindi, nelle farmacie convenzionate per la dispensazione. La possibilità per le aziende sanitarie di distribuire direttamente una quota di farmaci, altrimenti, intercettata dalle farmacie convenzionate consentirebbe, inoltre, una riduzione della spesa per farmaci di almeno il 50% del costo. Su tale versante, la criticità riscontrata è rappresentata dalle carenze di farmacisti da parte dei presidi e delle aziende ospedaliere. Lo strumento che si propone è quello di incentivare almeno un protocollo di intesa A.O / ASL di riferimento territoriale, tenuto conto che i benefici ricadranno maggiormente sui bilanci delle ASL.

Per avere un'idea delle economie conseguibili e tenendo conto dell'attività in ricoveri per acuti erogata dalle sole aziende ospedaliere, basta considerare che mediamente in un anno ci sono all'incirca 200.000 schede di dimissione ospedaliera, cui si aggiungono oltre 160.000 ricoveri diurni per oltre 500.000 mila accessi.

# ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA MEDICINA GENERALE TESTO CONSOLIDATO

QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009, BIENNIO ECONOMICO 2006-2007  
BIENNIO ECONOMICO 2008-2009



## **ART. 49 - RAPPORTI TRA IL MEDICO DI FAMIGLIA E L'OSPEDALE.**

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il medico di assistenza primaria, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.

2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 61, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

- a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
- b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
- c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;
- d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

3. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.

5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

6. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.

10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del medico di assistenza primaria ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

# Prescrizione farmaceutica appropriata

## .....Garanzia continuità Ospedale-Territorio

- ....fornire adeguata motivazione nel rispetto normativa AIFA
    - √ del suggerimento prescrittivo/referto
    - √ del cambio terapeutico
    - √ prescrizione farmaco ad alto costo
- 
- MMG**
- Aderire ai PDTA territoriali già attivi per le cronicità (...BPCO, DIABETE,...)
  - Compilare laddove previsto PT AIFA e SCHEDE SANIARP

# Spesa Ospedale e Territorio

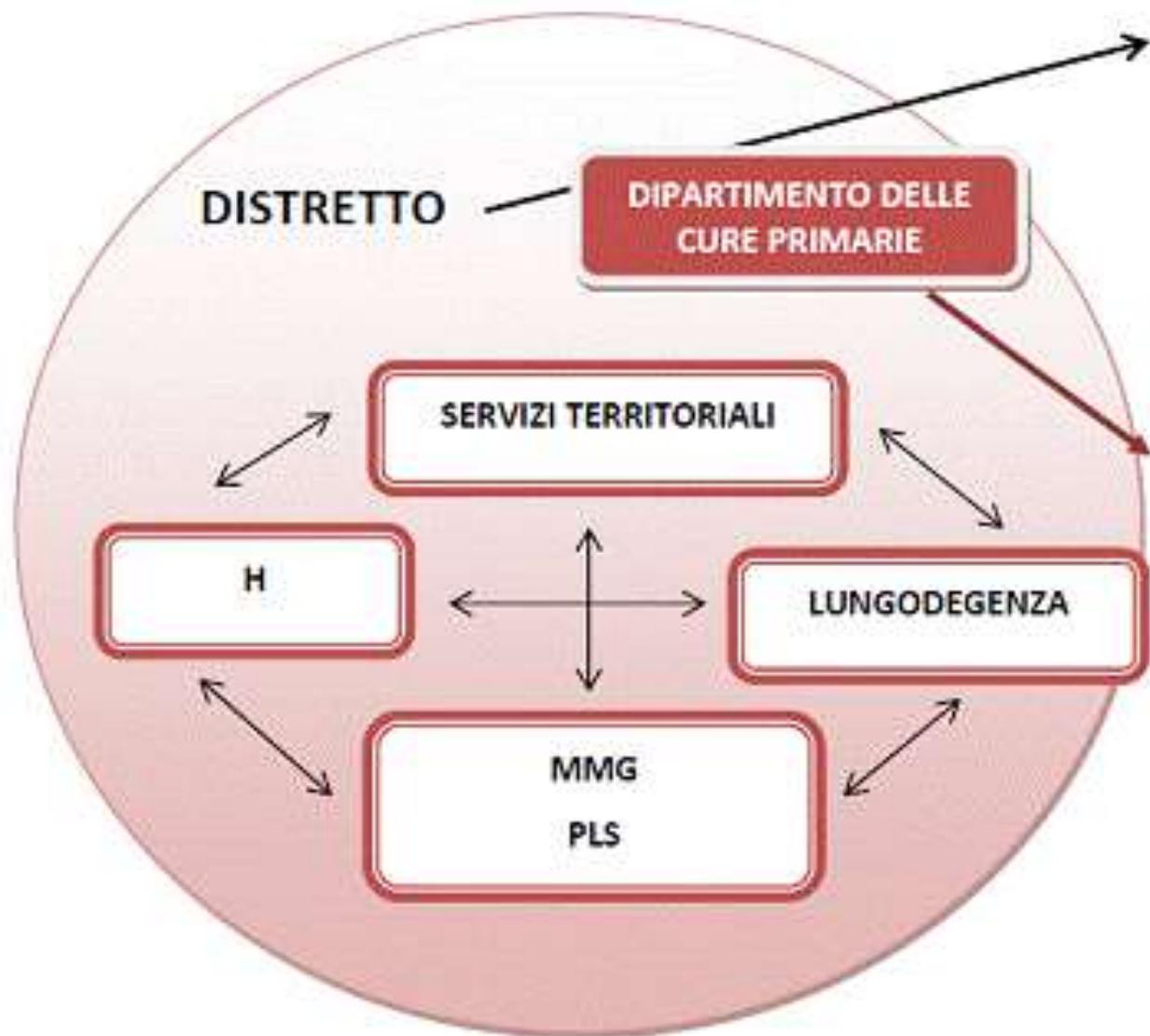
La stretta correlazione tra consumo territoriale e prescrizione ospedaliera rende necessarie iniziative che coinvolgano tutte le parti attive

MMG e Specialisti Ospedalieri e Ambulatoriali.

FONDAMENTALE:

- interazione e condivisione
- superare resistenze e divisioni culturali,
- seguire indicazioni autorizzate,
- rispettare i vincoli posti dalle note AIFA.

**L'adesione del MMG ad un "suggerimento terapeutico" di un medico specialista deve essere un momento condiviso.**



Il Distretto sanitario è l'ambito elettivo per perseguire **L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**, la quale si rende necessaria per diverse patologie e stati di non autosufficienza (anziani, disabili, persone in condizione di grave disagio, etc.).

IL DCP deve assicurare la indispensabile relazione, collaborazione ed integrazione tra i servizi territoriali e l'ospedale, sede dell'assistenza a pazienti acuti e delle unità di lungodegenza riabilitativa e assistenza post-acuzie (per quei malati che hanno superato la fase acuta delle malattie, ma hanno ancora bisogno di assistenza ospedaliera).

# GLI OSPEDALI NELLA SANITÀ MODERNA

**Gli Ospedali nella Sanità moderna presentano sempre di più le seguenti caratteristiche:**

- (+) tecnologia diagnostica (-) letti per osservazione
- Qualità = permanenza in ospedale il minimo possibile
- Sviluppo delle reti
  - ∅ cliniche
  - ∅ telematiche (diagnosi in ambulanza, teleconsulti, invio delle immagini)

**L'ospedale di medie...o piccole !!! dimensioni ha senso se:**

- ∅ ha adeguate dotazioni tecnologiche o vocazione di specialità!
- ∅ è in rete con gli "hub" di riferimento
- ∅ è in rete con i MMG associati

**Nuove criticità:**

- Sostenibilità economica
- Progressiva scarsità di professionisti (es infermieri ma anche Specialisti in alcune discipline)

**OSPEDALI AD INTENSITA' DI CURA.....**

**.....AFT...UCCP**

**.....OSPEDALI DI COMUNITA'**





**GRAZIE**