



---

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

*(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)*

**DECRETO N° 23/2011 DEL 8 luglio 2011**

Oggetto:

---

**INTERVENTI IN MATERIA FARMACEUTICA AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA SPESA E DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - MODIFICA E INTEGRAZIONE D.G.R. N. 1086 DEL 02.10.2006 E N. 1539 DEL 27.12.2006.**

---

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**CONSIDERATO** che la predetta deliberazione individua, quale specifica funzione attribuita al Commissario, la realizzazione di interventi prioritari tra cui gli interventi sulla spesa farmaceutica per la completa realizzazione degli obiettivi del Piano;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 13.01.2010, siccome integrata dalla Deliberazione del 04.08.2010, con la quale la dr.ssa Giovanna Baraldi è stata nominata sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009;

*omissis*

**DATO ATTO altresì che**, effettuando il confronto dei dati della spesa farmaceutica convenzionata della Regione Abruzzo nel periodo gennaio – dicembre 2010 rispetto alle altre regioni ed alla media nazionale (*fonte dati Agenas 18.03.2011*), si evidenzia che **la Regione Abruzzo si colloca al di sopra della media nazionale per quanto riguarda la spesa lorda pro-capite pesata (€ 230,52 a fronte di € 215,43 quale media nazionale e di € 176,56 della Regione Toscana);**

**DATO ATTO** che da un'analisi della graduatoria- ordinata per spesa per assistibile pesata - dei medici di medicina generale di tutte le ASL della Regione Abruzzo relativa ai dati dell'anno 2010, pur avendo scorporato la spesa lorda dal costo sostenuto per l'erogazione dei farmaci del PHT – la cui prescrizione notoriamente è di provenienza specialistica – è stata evidenziata una variazione notevole con un *range* che va da € 33 ad € 379, le cui motivazioni necessitano di essere approfondite;

**RICHIAMATA** l'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009 (cd. *Patto per la Salute*) - definita per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010/2012 – ove all'art. 1, comma 1 si stabilisce che le Regioni **debbono assicurare l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza;**

**DATO ATTO CHE:**

- il Programma Operativo 2010 - approvato con delibera del Commissario ad acta n. 44 del 3 agosto 2010 – prevede, tra gli interventi di prodotto, l'Intervento 11 “Razionalizzazione della spesa farmaceutica”;
- l'azione 1 del predetto intervento prevede l'incentivazione di prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa;
- l'obiettivo perseguito è di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti, a parità di volumi di prescrizioni, ed evitare il fenomeno della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza della copertura brevettuale delle molecole;

**RICHIAMATA** la Deliberazione del Commissario ad acta n. 67/2010 del 03.11.2010 avente ad oggetto “Assistenza Farmaceutica Territoriale – Indirizzi alle aziende sanitarie” con cui – in esecuzione del predetto Programma Operativo - sono stati definiti gli obiettivi per i prescrittori in termini di:

1. incidenza minima dei farmaci equivalenti sul totale delle prescrizioni
2. incidenza dei farmaci equivalenti per determinate classi ATC selezionate;

*omissis*

**ATTESO** che: nel Programma Operativo 2011-2012, approvato con decreto del Commissario ad acta n. 22/2011 del 06.07.2011, si esplicita che:

- la Regione intende perseguire anche nel biennio 2011-2012 l'obiettivo di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'Art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010;
- al fine di perseguire il predetto obiettivo, la regione debba effettuare la **revisione dell'Accordo Integrativo Regionale con i MMG**, affinché il 50% della retribuzione variabile di questi sia collegata al raggiungimento nel 2011 del 30% dei risparmi ottenibili sulla base delle analisi messe a disposizione dal sistema Tessera Sanitaria (TS) per il 2010 e dell'ulteriore 50% nel 2012 portandosi a livelli di spesa in linea con le Regioni “virtuose”;

**RITENUTO** pertanto di dover aggiornare – alla luce dei dati di spesa e consumo dell'anno 2010 nonché del confronto con i dati nazionali (cfr. rapporto OSMED anno 2010) – il valore relativo all'incidenza minima percentuale di farmaci a brevetto scaduto sul totale della classe di appartenenza che il medico è tenuto a rispettare al fine di allineare gli obiettivi regionali a quelli nazionali, dando mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute in tal senso;

**RITENUTO** di individuare le classi terapeutiche che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica convenzionata della regione Abruzzo e su cui ci si discosta maggiormente dal valore nazionale (cfr. rapporto OSMED anno 2010) sia in termini di DDD che di spesa, nelle seguenti categorie di farmaci destinati prioritariamente ai pazienti adulti:

1. ATC A02BC – Inibitori della pompa acida;
2. ATC C09CA – Antagonisti dell'angiotensina II non associati;
3. ATC C09DA - Antagonisti dell'angiotensina II associati con diuretici;
4. ATC C10AA – Inibitori della HMG coA reduttasi;
5. ATC C10BA – Inibitori della HMG coA reduttasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi;

6. ATC A10BH – Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP 4) e le loro associazioni (A10BD);
7. ATC A10BX – altri ipoglicemizzanti (escluse le insuline)

**RITENUTO** altresì di individuare le classi terapeutiche che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica convenzionata relativamente alla popolazione in età pediatrica, nelle seguenti categorie di farmaci:

1. ATC J01C – J01D Antibatterici beta-lattamici;
2. ATC J01FA Macrolidi;
3. ATC J01MA Fluorochinoloni;
4. ATC R03BA Glucorticoidi;
5. ATC R03DC Antagonisti dei leukotrieni;

**RICHIAMATO** l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale stipulato, ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, in data 23 marzo 2005 – testo integrato con l'ACN 29 luglio 2009;

**RICHIAMATO in particolare** l'art. 27 del predetto Accordo avente ad oggetto "Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse" il quale dispone espressamente che :

- Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, ad assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali nonché ad operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche (comma 1);
- Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda (comma 5);

*omissis*

**RITENUTO** indispensabile, al fine di consentire alle AA.SS.LL. di assicurare l'**equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza** – attivare nelle stesse AA.SS.LL. la Commissione per l'appropriatezza prescrittiva di cui all'art. 27 comma 5 del citato ACN, dando mandato in tal senso ai Direttori Generali delle AA.SS.LL.;

**VISTO** il documento "Metodologia del sistema di valutazione per i Medici di Medicina Generale" (**allegato 2** - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) ove viene esplicitato il criterio applicato per la valutazione della performance dei MMG in termini di spesa farmaceutica e viene definito il cd. "alto spendente";

*omissis*

**RITENUTO** quindi che - allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni – tutti i medici abilitati alle funzioni prescrittive siano tenuti a conformare le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa;

**RITENUTO** al fine di agevolare il medico nella propria attività prescrittiva, demandare al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute– che si avvarrà nello specifico della Commissione Regionale del Farmaco e del Centro Regionale di Informazione Indipendente sui Medicinali - la definizione di specifiche Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica con i farmaci appartenenti alle categorie indicate;

**RITENUTO** inoltre necessario intervenire anche nelle modalità di erogazione di talune categorie specifiche di farmaci;

**RICHIAMATA** la D.G.R. 579 del 29.05.2006 *“Disposizioni relative alla prescrizione ed alla dispensazione dei farmaci genericabili”* relativa alla prescrizione, alla dispensazione dei farmaci equivalenti o genericabili ed in particolare alla loro sostituibilità;

*omissis*

**ATTESO** che l'applicazione della predetta DGR 579/2006 – siccome espressamente disposto al punto 2) della delibera stessa – aveva una durata massima di tre mesi;

**RITENUTO** al fine di garantire maggiore tutela della compliance terapeutica nei pazienti pluritrattati, di ripristinare la possibilità - qualora sia apposta da parte del medico la dichiarazione di non sostituibilità ed il cittadino rifiuti la sostituzione - l'obbligo della non sostituibilità dei farmaci equivalenti – anche sugli unbranded con prezzo uguale a quello di riferimento - limitatamente ai pazienti in corso di terapia cronica evidenziabili con l'apposito codice di esenzione ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b) del D.lgs. n. 124/1998;

**ATTESO** inoltre che con proprie Determinazioni l'Agenzia Italiana del Farmaco ha approvato l'autorizzazione all'immissione in commercio delle specialità medicinali appartenenti alla classe farmaci incretino-mimetici exenatide (A10BX04) e liraglutide (A10BX07)- exenatide e dei DPP-4 inibitori appartenenti alla classe ATC A10BH (sitagliptin, vildagliptin e saxagliptin) nonché le loro associazioni (A10BD), le quali prevedono che:

- la prescrizione ai fini della rimborsabilità avviene esclusivamente da parte delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del Servizio sanitario nazionale o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, sulla base di una scheda di arruolamento paziente e di uno specifico e strutturato piano terapeutico su modello AIFA della durata di quattro mesi (o trimestrale);
- il rinnovo del Piano terapeutico è obbligatorio e coincide temporalmente con la compilazione della scheda informatica di follow-up per il monitoraggio da parte delle strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario nazionale o convenzionate;
- la definizione ed il rinnovo del piano terapeutico, della scheda di arruolamento e di follow up da parte delle strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario nazionale o convenzionate costituiscono adempimento ai fini dell'accesso alla rimborsabilità;
- la classificazione A/RRL-PT-PHT non pregiudica e non esclude la prescrizione e la distribuzione diretta da parte delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del Servizio sanitario nazionale o convenzionate;

**VISTO** il Comunicato dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 11.08.2010 pubblicato sulla propria home-page, mediante il quale, a seguito delle determinazioni AIFA del 26 luglio 2010 pubblicate sulla G.U. n. 164 del 26.07.2010, si rendeva noto che:

- per tutti i farmaci contenenti exenatide, sitagliptin e vildagliptin la compilazione della scheda di reclutamento secondo le indicazioni contenute nel Registro deve intendersi non obbligatoria a partire dall'11 agosto 2010;
- la prescrizione dei farmaci rimane soggetta a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RRL), dietro compilazione di un piano terapeutico secondo una scheda cartacea pubblicata sul Registro, ma è data facoltà alle Regioni di mantenere un sistema di monitoraggio web-based;
- contestualmente entrano nel monitoraggio d'uso intensivo, dietro compilazione di una scheda analoga a quelle precedentemente usate per i farmaci di cui sopra, i farmaci contenenti liraglutide e saxagliptin, per i quali la compilazione della scheda web rimane requisito fondamentale per la rimborsabilità;

**VISTI** i dati desunti dal Registro Farmaci Antidiabetici sottoposti a monitoraggio. Rapporto farmaci incretino mimetici e DPP-4 inibitori (febbraio 2008-agosto 2010) ...*omissis*...da cui si evince nella

Regione Abruzzo una prescrizione (N. piani terapeutici attivati /popolazione regionale x 10.000) pari a 19,64, superiore alla media nazionale pari a 16,47 e di gran lunga superiore alla regione "più virtuosa";

**VISTA** la determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 29.07.2010 pubblicata in G.U. n. 185 del 10.08.10 con la quale è stato stabilito il regime di rimborsabilità e prezzo di vendita della specialità medicinale Multaq (dronedarone), classificato come A/RR – PT-PHT indicato in pazienti adulti clinicamente stabili con anamnesi di fibrillazione atriale (FA) oppure con FA non permanente in corso, per prevenire una recidiva di FA o per diminuire la frequenza ventricolare;

**ATTESO** che la prescrizione del medicinale è soggetta a diagnosi - piano terapeutico (PT) templatato AIFA che limita la prescrizione del farmaco SSN ai seguenti specialisti: cardiologo, internista, geriatra e medico di medicina d'urgenza, consentendo la rimborsabilità del medicinale, come alternativa all'amiodarone ai soli pazienti che abbiano riscontrato:

- ipersensibilità allo iodio;
- precedente distiroidismo da amiodarone documentato;
- altre precedenti reazioni avverse o controindicazioni all'amiodarone ;
- alta probabilità di distiroidismo da amiodarone basato su: alterazione della funzione tiroidea; malattia immune tiroidea; gozzo o altre condizioni cliniche;

**VISTA** la nota informativa importante concordata con l'Agenzia Italiana del Farmaco e l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) il 21.01.2011, sul danno epatico grave associato all'uso di dronedarone;

**ATTESO** che relativamente al dronedarone, sulla base della scheda di valutazione presentata dalla Segreteria Scientifica della Commissione Regionale del Farmaco vengono effettuate sia valutazioni di carattere farmacoeconomico che considerazioni del profilo di sicurezza, la Commissione Regionale del Farmaco ha ritenuto opportuno proporre uno specifico piano terapeutico a valenza regionale, ...omissis... (allegato 4);

**VISTA** la determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 04.04.2011 pubblicata in G.U. n. 92 del 21.04.11, con la quale è stato stabilito il regime di rimborsabilità e prezzo di vendita della specialità medicinale Firmagon (degarelix), classificato come A/RR – PT-PHT indicato per il trattamento di pazienti maschi adulti con tumore della prostata ormono-dipendente in stadio avanzato;

**ATTESO** che:

- con Determina dirigenziale del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/74 del 06.07.2011 – è stato disposto l'inserimento nel Prontuario Terapeutico Regionale del degarelix;
- la Commissione Regionale del Farmaco, sulla base della scheda di valutazione agli atti della Segreteria Scientifica, ne ha proposto la distribuzione diretta esclusiva;

**PRESO ATTO** che, alla luce delle valutazioni della Commissione Regionale del Farmaco suriportate, è emersa – sia al fine di monitorare puntualmente la popolazione trattata sia per ragioni di sicurezza e di contenimento della spesa farmaceutica territoriale – la necessità di:

- proseguire nella distribuzione diretta esclusiva per i farmaci di cui all'allegato B alla DGR 1086/2006, siccome modificata dalla DGR 1539/2006, ad eccezione dei medicinali a base di clopidogrel e bicalutamide per i quali si ripristina la duplice via di distribuzione;
- proseguire nella distribuzione diretta esclusiva dei farmaci a base di clopidogrel + ASA;
- disporre la distribuzione diretta esclusiva dei farmaci incretino mimetici e DPP-4 inibitori , dei farmaci a base di prasugrel, dei farmaci a base di degarelix e dei farmaci a base di dronedarone;

**PRESO ATTO** che le classi di medicinali per le quali si dispone la distribuzione diretta esclusiva o la distribuzione in nome e per conto sono riportate analiticamente nell'**allegato B bis** (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), che sostituisce l'allegato B alla DGR 1086/2006, siccome modificato con DGR 1539/2006;

*omissis*

## **DECRETA**

*per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano*

1. di prendere atto che, da un'analisi della graduatoria - ordinata per spesa per assistibile pesata - dei medici di medicina generale di tutte le ASL della Regione Abruzzo relativa ai dati dell'anno 2010, pur avendo scorporato la spesa lorda dal costo sostenuto per l'erogazione dei farmaci del PHT - la cui prescrizione notoriamente è di provenienza specialistica - è stata evidenziata una variazione notevole con un range che va da € 33 ad € 379, le cui motivazioni necessitano di essere approfondite;
2. di aggiornare - alla luce dei dati di spesa e consumo dell'anno 2010 nonché del confronto con i dati nazionali (cfr. rapporto OSMED anno 2010) - il valore relativo all'incidenza minima % di farmaci a brevetto scaduto sul totale della classe di appartenenza che il medico è tenuto a rispettare al fine di allineare gli obiettivi regionali a quelli nazionali, dando mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute in tal senso;
3. di individuare le classi terapeutiche che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica convenzionata della regione Abruzzo e su cui ci si discosta maggiormente dal valore nazionale (cfr. rapporto OSMED anno 2010) sia in termini di DDD che di spesa, nelle seguenti categorie di farmaci destinati prioritariamente ai pazienti adulti:
  - ATC A02BC - Inibitori della pompa acida;
  - ATC C09CA - Antagonisti dell'angiotensina II non associati;
  - ATC C09DA - Antagonisti dell'angiotensina II associati con diuretici;
  - ATC C10AA - Inibitori della HMG coA reduttasi;
  - ATC C10BA - Inibitori della HMG coA reduttasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi;
  - ATC A10BH - Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP 4) e le loro associazioni (A10BD);
  - ATC A10BX - altri ipoglicemizzanti (escluse le insuline);
4. di individuare le classi terapeutiche che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica convenzionata relativamente alla popolazione in età pediatrica, nelle seguenti categorie di farmaci:
  - ATC J01C - J01D Antibatterici beta-lattamici;
  - ATC J01FA Macrolidi;
  - ATC J01MA Fluorochinoloni;
  - ATC R03BA Glucorticoidi;
  - ATC R03DC Antagonisti dei leukotrieni;
5. di disporre che le categorie terapeutiche di cui ai precedenti punti 3) e 4) siano oggetto di particolare attenzione nel corso del biennio 2011-2012, dando mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute - che si avvarrà nello specifico della Commissione Regionale del Farmaco e del Centro Regionale di Informazione Indipendente sui Medicinali - di definire specifiche linee di indirizzo sulla terapia farmacologica con i predetti farmaci;
6. di dare mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute di attivare - a far data dal mese di settembre 2011 e per l'intero anno 2012 - specifici corsi di formazione obbligatori per medici convenzionati e dipendenti sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci di cui ai precedenti punti 3) e 4);
7. di dare mandato ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di attivare - entro 30 giorni dalla data di approvazione del presente decreto - la Commissione per l'appropriatezza prescrittiva di cui all'art. 27 comma 5 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale e di relazionare trimestralmente al

- al Servizio Assistenza Farmaceutica e TrASFusionale della Direzione Politiche della Salute sugli esiti dell'attività svolta dalla predetta Commissione;
8. di approvare il documento "Metodologia del sistema di valutazione per i Medici di Medicina Generale" (**allegato 2** - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) ove viene esplicitato il criterio applicato per la valutazione della performance dei MMG in termini di spesa farmaceutica e viene definito il cd. "alto spendente";
  9. di disporre - limitatamente ai pazienti in corso di terapia cronica evidenziabili con l'apposito codice di esenzione ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b) del D.lgs. n. 124/1998 e qualora sia apposta da parte del medico la dichiarazione di non sostituibilità e/o il cittadino rifiuti la sostituzione - l'obbligo, per i farmacisti convenzionati, della non sostituibilità del farmaco equivalente prescritto - anche se unbranded con prezzo uguale a quello di riferimento -;
  10. di prendere atto dello specifico piano terapeutico a valenza regionale - di cui alla DG8/46 del 28.04.2011 - il cui utilizzo è vincolante per le prescrizioni di farmaci a base del principio attivo dronedarone (**allegato 4**);
  11. di sostituire l'allegato A "Condizioni e limitazioni per la prescrivibilità dei farmaci a carico SSN" alla DGR 1086/2006, con l'**allegato A bis** - parte integrante e sostanziale del presente atto - disponendo l'obbligo della monoprescrizione per talune categorie di farmaci;
  12. di dare mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e TrASFusionale della Direzione Politiche della Salute di provvedere - entro 30 gg. dalla data di approvazione del presente Decreto - all'aggiornamento del Prontuario di cui alla DGR 732/2008, in coerenza con il Prontuario Terapeutico Regionale vigente;
  13. di sostituire l'allegato B "Condizioni e limitazioni per l'erogazione dei farmaci a carico del SSN" alla DGR 1086/2006, , siccome modificato con DGR 1539/2006, nell'**allegato B bis** - parte integrante e sostanziale del presente atto - disponendo per alcune classi di medicinali, siccome espressamente indicate nell'allegato stesso, la distribuzione diretta esclusiva, contestualmente ripristinando la duplice via di distribuzione per i medicinali a base di clopidogrel - ad eccezione delle associazioni con ASA - e bicalutamide;
  14. di precisare che il ripristino della duplice via di distribuzione per i medicinali a base di clopidogrel e bicalutamide entra in vigore dal 1 settembre 2011;
  15. di precisare che l'esclusività distributiva ospedaliera per i nuovi farmaci di cui all'allegato B bis entra parimenti in vigore dal 1 settembre 2011, salvo che, entro la medesima data non si addivenga ad un accordo con le associazioni titolari di farmacia per la distribuzione in nome e per conto;
  16. di trasmettere il presente provvedimento alle OO.SS. mediche nonché ai Direttori Generali delle A.A.S.S.L.L. della Regione Abruzzo, ai Servizi Farmaceutici delle A.A.S.S.L.L. della Regione Abruzzo ed alle OO.SS. delle farmacie convenzionate pubbliche e private;
  17. di pubblicare il presente provvedimento per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo nonché sul Portale della Sanità della Regione Abruzzo <http://sanitab.regione.abruzzo.it> e sul sito [www.farmaci.abruzzo.it](http://www.farmaci.abruzzo.it)
  18. di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze per la relativa validazione.

**Il Sub Commissario ad acta**

**D.ssa Giovanna Baraldi**

*F.to*

**Il Commissario ad acta**

**Dr. Giovanni Chiodi**

*F.to*

