



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

**DECRETO n. 27 del 15.03.2013**  
rif. lettera g)

Oggetto: misure di incentivazione della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci biosimilari

PREMESSO che:

- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo i programmi operativi previsti dall'art. 2, comma 88, della legge n.191/2008, tenuto conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, , con particolare riferimento a specifici azioni ed interventi, identificati in venti punti;
- con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari 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 del 29.04.2010;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 prende atto delle dimissioni del dott. Achille Coppola e assegna al dott. Mario Morlacco anche i compiti precedentemente svolti dal dott. Achille Coppola, con riferimento, tra gli altri, a quello di cui alla lettera g) "*razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata*";

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189;

VISTA la legge 135 del 07-08.2012, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (spending review) che all'art. 15 prevede, tra gli altri, i seguenti interventi sulla spesa farmaceutica:

- per il 2012, il comma 2, ridetermina nella misura del 13,1% del Riparto FSN, dall'antecedente 13,3%, il tetto della spesa farmaceutica territoriale, lasciando invariate le regole di ripiano dell'eventuale sfioramento, a carico della filiera distributiva;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario*

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

- per il 2013, il comma 3 dell'art. 15, ridetermina nella misura dell'11,35% l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Aggiunge, inoltre, che *“gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripiano sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sfioramento del tetto registrato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla quota di accesso delle singole regioni al riparto”*; innovazione, questa, che potrebbe penalizzare le Regioni che sfiorano il tetto di spesa del l'assistenza farmaceutica territoriale;

VISTI i Programmi Operativi 2013 / 2015;

VISTA la nota AIFA 13 del 14 novembre 2012 *“Modifica alla Nota 13 di cui alla determina n. 163 del 15 luglio 2011”*;

CONSIDERATO che la tale nota AIFA non interferisce con l'obiettivo di implementazione della prescrizione del farmaco a brevetto scaduto stabilito nel decreto commissariale n. 133 del 10.10.2012;

TENUTO CONTO

- del Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale effettuato dall'AIFA ai sensi della Legge 222/2007, sulla base dei dati di spesa convenzionata dell'OsMed e delle DCR, dei dati della tracciabilità (DM 15 luglio 2004), della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007);
- che dagli indicatori di appropriatezza prescrittiva monitorati nel Cruscotto TS, elaborati dall'AIFA ai sensi dell'art. 11, comma 7, lett. b) del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla legge n. 122 del 30 luglio 2010 emerge che la Regione Campania potrebbe conseguire risparmi potenziali per oltre 70 milioni di euro se utilizzasse farmaci a brevetto scaduto e quantità di farmaci (DDD/abitanti) in misura analoga a quanto rilevato nelle regioni più virtuose;
- dei più stringenti tetti di spesa farmaceutica territoriale e della nuova procedura di ripiano introdotti dall'art. 15 della citata L. 135/2012;
- dell'andamento della spesa farmaceutica della regione Campania nel 2012, con uno sfioramento dei tetti fissati sia per l'assistenza farmaceutica territoriale che per la spesa farmaceutica ospedaliera;
- che nel periodo gennaio/novembre 2012 la spesa farmaceutica convenzionata netta della Regione Campania è calata rispetto allo stesso periodo del 2011, ma di una percentuale inferiore del 20% alla riduzione media nazionale;

VALUTATA la necessità di introdurre misure che promuovano ulteriormente l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

## TENUTO CONTO

- che i brevetti di alcune molecole di elevato utilizzo ed impatto sulla spesa regionale sono scaduti di recente o sono in via di prossima scadenza;
- della propensione alla prescrizione di farmaci con brevetto scaduto e delle differenze riscontrate tra le AASSLL campane;

VALUTATO che l'utilizzo del farmaco a brevetto scaduto e dei farmaci biosimilari in pazienti "naive", ovvero mai trattati prima, in assenza di indicazioni contrarie, può apportare un ulteriore e considerevole contributo all'incremento della quota di tali farmaci sul totale delle prescrizioni farmacologiche;

## RITENUTO

- al fine di incentivare l'utilizzo di farmaci di pari efficacia terapeutica ma di minor costo, che tutti i medici prescrittori, debbano prediligere 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 e ferma restando la facoltà dei medici di prescrivere in scienza e coscienza;
- di assegnare ai Direttori generali i seguenti obiettivi:
  - a) in generale, per tutti i farmaci compresi nel livello di classificazione ATC4 monitorati con il Sistema Tessera Sanitaria, un allineamento al comportamento prescrittivo osservato per il 2012 nella Regione più virtuosa, in termini di propensione alla prescrizione di medicinali con brevetto scaduto e, nel breve periodo, all'ASL più virtuosa a livello regionale;
  - b) per la prescrizione dei farmaci compresi nella categorie ATC4 di seguito riportate:
    - i. categoria ATC4 N06AB - inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione - I farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola Azienda, in termini di confezioni erogate almeno il 79% del totale delle confezioni erogate;
    - ii. categoria ATC4 C09BA - ACE-inibitori e diuretici - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate, almeno l'87% del totale delle confezioni erogate;
    - iii. 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, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate, almeno l'80% del totale delle confezioni erogate;
    - iv. categoria ATC4 C09DA - Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate, almeno il 75% del totale delle confezioni erogate;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

- v. categoria ATC4 C10AA – inibitori delle HMG CoA reduttasi - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate almeno l'82% del totale delle confezioni erogate;
- vi. di ribadire nel 30% l'obiettivo di incidenza massima della prescrizione di confezioni di sartani sul totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina, nonché quanto previsto ai punti 2 e 3 decreto commissariale n. 56 del 12.7.2011 ad oggetto “*appropriatezza terapeutica nella prescrizione di farmaci antipertensivi*”;

gli obiettivi della presente lettera b) vanno conseguiti come segue: per il 2013 l'incremento della quota prescritta di farmaci a brevetto scaduto, con una corrispondente riduzione della quota di farmaci coperta da brevetti, deve essere tale da consentire di ridurre di almeno un terzo la differenza riscontrata per l'ASL rispetto all'obiettivo indicato nei precedenti punti. Per il 2014 la differenza rispetto all'obiettivo assegnato deve essere ridotta di almeno due terzi; l'obiettivo deve essere completamente conseguito nel 2015;

- c) con riferimento al Decreto n. 133 del 10/10/2012:
  - i. di confermare l'obiettivo di implementazione della prescrizione del farmaco a brevetto scaduto;
  - ii. di chiarire che il decreto fa riferimento all'appropriatezza prescrittiva di tutti i farmaci utilizzati per il trattamento delle dislipidemie previsti dalla Nota AIFA n.13, ovvero alle classi: C10AA, C10AB e C10AX. La scheda di monitoraggio regionale, istituita da tale decreto 133, deve essere, dunque, utilizzata ogni volta non sia possibile la prescrizione di un farmaco a brevetto scaduto per tutte le categorie di farmaci utilizzati nel trattamento delle dislipidemie, quali: C10AA, C10AB e C10AX;
  - iii. la scheda “*allegato A*” del decreto 133/2012 ha validità annuale, dalla data di prima compilazione, e va intesa riferita alle classi: C10AA, C10AB e C10AX;
- d) che le Aziende Sanitarie debbano relazionare trimestralmente al Settore Farmaceutico dell'AGC 20 sulle iniziative intraprese per il graduale raggiungimento dei suddetti obiettivi, rispetto alla posizione conseguita nel 2012. Eventuali arretramenti, nel senso di riduzione di quota prescritta di farmaci a brevetto scaduto, in controtendenza rispetto alle altre Aziende sanitarie campane e alle altre regioni, non opportunamente motivati, oltre che essere elemento di valutazione negativa del direttore generale ai fini della conferma o revoca dell'incarico, potranno essere oggetto di specifico provvedimento di censura nei suoi confronti;

RILEVATO che i prezzi di aggiudicazione, della piattaforma So.Re.SA. di farmaci biosimilari e dei corrispondenti farmaci biologici (originatori), evidenziano differenze superiori al 20% tra i farmaci biosimilari e del 50% tra farmaci biosimilari di minor costo e farmaci biologici (originatori);



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

CONSIDERATO che

- rappresenta un'opportunità di impiego razionale delle risorse l'utilizzo di farmaci biosimilari, nelle indicazioni autorizzate, a ragione della loro maggiore convenienza economica rispetto ai farmaci "originatori";
- l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in accordo con l' Agenzia europea (EMA), raccomanda cautela nell'effettuare la sostituzione del farmaco biologico originatore con il biosimilare ed esclude la possibilità di sostituzione automatica. Per i pazienti di nuova diagnosi o naive, invece, non vi sono motivi per consigliare cautela nell'utilizzo dei biosimilari, che rappresentano, pertanto, un'ulteriore opzione terapeutica;
- i farmaci biosimilari, secondo i dati inseriti nella Rete nazionale di farmacovigilanza (presso l'AIFA), non presentano un'incidenza maggiore di segnalazioni di sospette reazioni avverse rispetto agli "originator " e che comunque non esistono evidenze di inefficacia terapeutica dovute all'utilizzo dei farmaci biosimilari;

RITENUTO necessario che:

- il farmaco biosimilare, con costo terapia più basso, debba essere utilizzato come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate, salvo diverso giudizio clinico. In caso di documentata inefficacia terapeutica e/o intolleranza e/o effetti collaterali va garantito il ricorso ad altro farmaco biosimilare o al farmaco biologico (originatore);
- qualora il medico prescrittore non ritenga di poter utilizzare sui pazienti naive il farmaco biosimilare al costo più basso, è tenuto, contestualmente alla prescrizione del farmaco biologico (originatore), a produrre alla direzione Sanitaria della propria azienda sanitaria pubblica la scheda paziente di cui al decreto commissariale n. 15 del 30.11.2009 da cui siano rilevabili le motivazioni della scelta. Tale motivazione dovrà essere riportata sulla richiesta per singolo paziente da trasmettere alla farmacia ospedaliera, nel caso di pazienti ricoverati o ambulatoriali in cui si utilizzi la distribuzione diretta, o dovrà essere indicata sul piano terapeutico qualora la prescrizione avvenga con questa ultima modalità. In caso di centro prescrittore privato, le schede paziente vanno inviate all'ASL di competenza;
- i Direttori Generali abbiano l'obiettivo di conseguire un tasso di utilizzo di farmaci biosimilari pari almeno all'incidenza dei pazienti naive sul totale dei pazienti dell'Azienda sanitaria stessa. Del conseguimento di tale obiettivo relazioneranno in occasione delle verifiche trimestrali presso il Settore Programmazione dell'AGC 19. Lo stesso controllo dovrà essere effettuato nei confronti di tutti i centri prescrittori, pubblici e privati;
- i Direttori Generali notifichino, con cadenza trimestrale, ai centri prescrittori, pubblici e privati, di farmaci biologici (originatori) per i quali esistono farmaci biosimilari con le stesse indicazioni autorizzate, la spesa relativa a tali farmaci indotta dalle loro prescrizioni. Nei successivi 30 giorni, i centri prescrittori dovranno produrre adeguata motivazione dello scostamento rispetto all'obiettivo assegnato con il presente provvedimento e rispetto alla media aziendale;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

- il rispetto degli obiettivi di prescrizione di farmaci biosimilari sarà utilizzato quale criterio per la conferma o chiusura del centro prescrittore;
- i nuclei di controllo dell'appropriatezza farmaceutica di cui al decreto commissariale 15 del 30.11.2009, verificheranno il rispetto dell'appropriatezza e degli obiettivi del presente provvedimento da parte dei centri prescrittori, utilizzando quale criterio di selezione delle strutture da controllare lo scostamento dalla media aziendale, per maggior numero di farmaci biologici (originatori) prescritti. I direttori generali relazioneranno al Settore Programmazione dell'AGC 19, in occasione delle verifiche trimestrali, sul rispetto degli obiettivi, sui controlli eseguiti, sui procedimenti disciplinari e/o sanzionatori attivati;
- le misure previste nei precedenti punti costituiscano obiettivi prioritari per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e la loro attuazione sarà valutata ai fini della conferma o revoca dell'incarico medesimo;

**DECRETA**

Per le quanto espresso in narrativa che si intende integralmente approvato

1. al fine di incentivare l'utilizzo di farmaci di pari efficacia terapeutica ma di minor costo, che tutti i medici prescrittori, debbano prediligere 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 e ferma restando la facoltà dei medici di prescrivere in scienza e coscienza;
2. di assegnare ai Direttori generali i seguenti obiettivi:
  - a) in generale, per tutti gli ATC4 monitorati tramite Sistema Tessera Sanitaria (TS), un allineamento al comportamento prescrittivo osservato nella Regione più virtuosa, in termini di propensione alla prescrizione di medicinali con brevetto scaduto e, nel breve periodo, all'ASL più virtuosa a livello regionale;
  - b) per la prescrizione dei farmaci compresi nella categorie ATC4 di seguito riportate:
    - i. categoria ATC4 N06AB - inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione - I farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola Azienda, in termini di confezioni erogate almeno il 79% del totale delle confezioni erogate;
    - ii. categoria ATC4 C09BA - ACE-inibitori e diuretici - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate, almeno l'87% del totale delle confezioni erogate;
    - iii. 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, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate, almeno l'80% del totale delle confezioni erogate;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

- iv. categoria ATC4 C09DA – Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate, almeno il 75% del totale delle confezioni erogate;
- v. categoria ATC4 C10AA – inibitori delle HMG CoA reductasi - i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni Azienda Sanitaria, in termini di confezioni erogate almeno l'82% del totale delle confezioni erogate;
- vi. di ribadire nel 30% l'obiettivo di incidenza massima della prescrizione di confezioni di sartani sul totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina, nonché quanto previsto ai punti 2 e 3 decreto commissariale n. 56 del 12.7.2011 ad oggetto “*appropriatezza terapeutica nella prescrizione di farmaci antipertensivi*”.

Gli obiettivi della presente lettera b) vanno conseguiti come segue: per il 2013 l'incremento della quota prescritta di farmaci a brevetto scaduto, con una corrispondente riduzione della quota di farmaci coperta da brevetti, deve essere tale da consentire di ridurre di almeno un terzo la differenza riscontrata per l'ASL rispetto all'obiettivo indicato nei precedenti punti. Per il 2014 la differenza rispetto all'obiettivo assegnato deve essere ridotta di almeno due terzi; l'obiettivo deve essere completamente conseguito nel 2015;

- c) con riferimento al Decreto n. 133 del 10/10/2012:
  - i. di confermare l'obiettivo di implementazione della prescrizione del farmaco a brevetto scaduto;
  - ii. di chiarire che il decreto fa riferimento all'appropriatezza prescrittiva dei principali farmaci utilizzati per il trattamento delle dislipidemie previsti dalla Nota AIFA n.13, ovvero alle classi: C10AA, C10AB e C10AX. La scheda di monitoraggio regionale, istituita da tale decreto 133, deve essere, dunque, utilizzata ogni volta non sia possibile la prescrizione di un farmaco a brevetto scaduto per tutte le categorie di farmaci utilizzati nel trattamento delle dislipidemie, quali: C10AA, C10AB e C10AX;
  - iii. la scheda “*allegato A*” del decreto 133/2012 ha validità annuale, dalla data di prima compilazione, e va intesa riferita alle classi: C10AA, C10AB e C10AX;
- d) che le Aziende Sanitarie debbano relazionare trimestralmente al Settore Farmaceutico dell'AGC 20 sulle iniziative intraprese per il graduale raggiungimento dei suddetti obiettivi, rispetto alla posizione conseguita nel 2012. Eventuali arretramenti, nel senso di riduzione di quota prescritta di farmaci a brevetto scaduto, in controtendenza rispetto alle altre Aziende sanitarie campane e alle altre regioni, non opportunamente motivati, oltre che essere elemento di valutazione negativa del direttore generale ai fini della conferma o



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

revoca dell'incarico, potranno essere oggetto di specifico provvedimento di censura nei suoi confronti;

3. incentivazione dei farmaci biosimilari:

- a) il farmaco biosimilare, con costo terapia più basso, deve essere utilizzato come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate, salvo diverso giudizio clinico. In caso di documentata inefficacia terapeutica e/o intolleranza e/o effetti collaterali va garantito il ricorso ad altro farmaco biosimilare o al farmaco biologico (originatore);
- b) qualora il medico prescrittore non ritenga di poter utilizzare sui pazienti naive il farmaco biosimilare al costo più basso, è tenuto, contestualmente alla prescrizione del farmaco biologico (originatore), a produrre alla direzione Sanitaria della propria azienda sanitaria pubblica la scheda paziente di cui al decreto commissariale n. 15 del 30.11.2009 da cui siano rilevabili le motivazioni della scelta. Tale motivazione dovrà essere riportata sulla richiesta per singolo paziente da trasmettere alla farmacia ospedaliera, nel caso di pazienti ricoverati o ambulatoriali in cui si utilizzi la distribuzione diretta, o dovrà essere indicata sul piano terapeutico qualora la prescrizione avvenga con questa ultima modalità. In caso di centro prescrittore privato, le schede paziente vanno inviate all'ASL di competenza;
- c) i Direttori Generali hanno l'obiettivo di conseguire un tasso di utilizzo di farmaci biosimilari pari almeno all'incidenza dei pazienti naive sul totale dei pazienti dell'Azienda sanitaria stessa. Del conseguimento di tale obiettivo relazioneranno in occasione delle verifiche trimestrali presso il Settore Programmazione dell'AGC 19. Lo stesso controllo dovrà essere effettuato nei confronti di tutti i centri prescrittori, pubblici e privati;
- d) i Direttori Generali notificheranno, con cadenza trimestrale, ai centri prescrittori, pubblici e privati, di farmaci biologici (originatori) per i quali esistono farmaci biosimilari con le stesse indicazioni autorizzate, la spesa relativa a tali farmaci indotta dalle loro prescrizioni. Nei successivi 30 giorni, i centri prescrittori dovranno produrre adeguata motivazione dello scostamento rispetto all'obiettivo assegnato con il presente provvedimento e rispetto alla media aziendale;
- e) il rispetto degli obiettivi di prescrizione di farmaci biosimilari sarà utilizzato quale criterio per la conferma o chiusura del centro prescrittore;
- f) i nuclei di controllo dell'appropriatezza farmaceutica di cui al decreto commissariale 15 del 30.11.2009, verificheranno il rispetto dell'appropriatezza e degli obiettivi del presente provvedimento da parte dei centri prescrittori, utilizzando quale criterio di selezione delle strutture da controllare lo scostamento dalla media aziendale, per maggior numero di farmaci biologici (originatori) prescritti. I direttori generali relazioneranno al Settore Programmazione dell'AGC 19, in occasione delle verifiche trimestrali, sul rispetto degli obiettivi, sui controlli eseguiti, sui procedimenti disciplinari e/o sanzionatori attivati;

4. le misure previste nei precedenti punti costituiscono obiettivi prioritari per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e la loro attuazione sarà valutata ai fini della conferma o revoca dell'incarico medesimo;





*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)

5. di inviare il presente provvedimento all'AGC 19 Piano Sanitario Regionale; all'AGC 20 Assistenza Sanitaria; alle Aziende Sanitarie per la notifica a tutti gli erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale; al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Il Coordinatore delle A.G.C. 19 e 20 (ad interim)  
Dott. Albino D'Ascoli

Si esprime parere favorevole:  
Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Mario Morlacco

Il Dirigente del Servizio  
Compensazione della  
mobilità sanitaria  
Dott. Luigi Riccio

Il Funzionario del  
Settore Farmaceutico  
Dott. Francesco Fiorentino

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro