



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL  
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI  
SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE  
SERVIZIO POLITICHE DEL FARMACO**

---

AOO\_081/ 1372 17 4 MAR. 2019  
Protocollazione in uscita

**Direttori Generali:**

- Asl
- IRCCS pubblici e privati
- Enti Ecclesiastici

*(e, per il loro tramite,*

- Responsabili Aree Farmaceutiche aziendali*
- Responsabili aziendali della mobilità sanitaria)*

**Dirigente Sezione Strategica e Governo dell'Offerta**

**Dirigente Sezione Amministrazione Finanza e  
Controllo**

*e p.c.*

**Direttore Dipartimento Promozione della Salute,  
del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti**

**Direttore Generale ARESS Puglia**

**Oggetto: DGR 1894/2014. Rimborsabilità dei farmaci ad alto costo. Aggiornamento elenco e disposizioni applicative.**

Con DGR n. 1894/2014 (pubblicata sul bollettino ufficiale n. n. 140 del 07/10/2014), recante "Revoca DGR 2618/2010. Disposizioni in merito ai Farmaci oncologici ad alto costo ai fini dell'addebito delle prestazioni in autoconsumo", la Giunta regionale ha disposto che ai fini della valorizzazione delle prestazioni erogate con contestuale somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo si applicano anche per la mobilità inter-regionale e per il cosiddetto "autoconsumo" le regole previste annualmente dall'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

Si informa che il 18/10/2018 la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato l'accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria triennio 2014 - 2016, aggiornato all'anno 2017- Regole tecniche" (Repertorio Atti n.: 189/CSR del 18/10/2018).

Si evidenzia che le regole del suddetto Accordo per il rimborso dei farmaci ad alto costo erogati in regime di ricovero ed ambulatoriale si applicano, alla luce della DGR n. 1894/2014, anche alla mobilità inter-regionale ed al cosiddetto "autoconsumo".

A tal fine si riporta in allegato, quale promemoria, l'estratto dell'Accordo in parola nella parte in cui definisce (allegato "A" ed allegato "B") l'elenco aggiornato dei soli farmaci per i quali può essere richiesto il rimborso se erogati in regime ospedaliero o ambulatoriale.



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL  
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI  
SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE  
SERVIZIO POLITICHE DEL FARMACO**

Si informa che, al fine di garantire la corretta applicazione di quanto previsto dall'Accordo, nonché dalla presente nota, attraverso il sistema informativo regionale Edotto vengono effettuate verifiche e controlli automatici volti ad escludere eventuali richieste di rimborso in regime di ricovero (o di day-service) effettuate in difformità.

La presente viene inviata anche alle competenti Sezione "Governare della Strategia e della Offerta" e Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo" del Dipartimento affinché sia tenuta in debita considerazione:

- nella definizione degli schemi di accordi contrattuali con le strutture private accreditate;
- nella definizione dei budget con le Aziende ospedaliere, gli IRCCS e gli Enti Ecclesiastici;
- nel richiamo all'obbligo, previsto dalla DGR n. 867/2015 (pubblicata sul BURP n. 73 del 27-05-2015) per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS, gli E.E. e per tutte le strutture sanitarie accreditate che richiedono il rimborso per i farmaci sottoposti a monitoraggio e ad alto costo, **di rendicontare e rimborsare le note di accredito relative ai rimborsi AIFA (Payment by results, Cost sharing Risk sharing, Success fee, ecc.).**

La società Exprivia Healthcare IT è tenuta ad una scrupolosa analisi della presente nota per assicurare adeguamenti immediati ed urgenti del sistema informativo Edotto qualora necessario.

A breve sarà comunicato l'elenco aggiornato dei farmaci per i quali può essere richiesto il rimborso se erogati in regime ospedaliero o ambulatoriale così come previsto dall'accordo inter-regionale in corso di definizione.

Distinti saluti.

**Il Funzionario Istruttore**

(Dott.ssa Concetta Scorra)

**Il Dirigente di Servizio**

(Dott. Paolo Stella)

**Il Dirigente di Sezione**

(Ing. Vito Bavaio)



**Estratto dal documento "Accordo per la compensazione della mobilità sanitaria  
interregionale per gli anni 2014/2015 e 2016, aggiornato all'anno 2017"**

**"FARMACI SOMMINISTRATI IN RICOVERO"**

Per i farmaci somministrati in regime di ricovero (Ordinario o Day Hospital) non può essere richiesto nessun rimborso.

Le sole eccezioni sono costituite da:

- Farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita (vedi elenco allegato A);
- Farmaci ad elevato costo: Il gruppo dei farmacisti ha definito l'elenco dei farmaci oncologici che potranno, a decorrere dall'attività 2010, essere addebitati nel File F da ciascuna Regione (allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo) e i relativi criteri di addebito:

**Ricoveri (\*)**

Possono essere inviati in compensazione nel file F i farmaci in elenco utilizzati durante i DH per i DRG 409, 410 e 492; in tal caso la tariffa di tali DRG dovrà essere abbattuta del 90%. L'abbattimento deve essere applicato a tutti gli accessi.

(...)

**FARMACI UTILIZZATI IN REGIME AMBULATORIALE**

E' soggetta a compensazione interregionale la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali (se non compresi nella tariffa della prestazione). Sono compresi anche i prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 (vedi allegato C).

Al riguardo si precisa che, con decreto del Ministero della Salute 22 luglio 1996 sono state definite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del S.S.N. e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico. Inoltre, con nota ministeriale prot. n. 100/SCPS/21.4075 dell'1 aprile 1997 sono elencate le prestazioni ambulatoriali la cui tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato.

---

**(\*) Note Regione Puglia**

Il suddetto abbattimento si applica anche alle prestazioni in day-service specificatamente indicate nella DGR n. 2051/2016 e nella DGR n. 1202/2014 e successive modifiche ed integrazioni



**Allegato A** - i farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita. La Tabella dell'anno 2011, già confermata dalla Commissione Salute del 27/03/2013, è stata integrata con i codici ATC conseguenti all'immissione in commercio di nuovi principi attivi, nuove confezioni o nuovi dosaggi.

<b>Codice ATC</b>	<b>Descrizione Principio attivo</b>
B02BB01	Fibrinogeno
B02BD01	Complesso protrombinico
B02BD01	Complesso protrombinico Fattore II, Fattore VII, IX, X, Proteina C, Proteina S
B02BD02	Fattore VIII rDNA Octocog alfa efmoroctog/simotocog/morotocog/turoctocog alfa
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione
B02BD03	Inibitore bypassante l'attività del fattore VIII
B02BD04	Fattore IX di coagulazione (nonacog alfa/albutrepenonacog alfa/eftrenonacog alfa)
B02BD04	Fattore IX di coagulazione del sangue umano liofilizzato
B02BD05	Fattore VII di coagulazione
B02BD06	Fattore VIII umano di coagulazione + fattore di von Villebrand
B02BD07	Fattore XIII di coagulazione del sangue
B02BD08	Eptacog alfa (attivato)
B02BD11	Catridecacog (Fattore XIII di coagulazione, ricombinante)
B02BD14	Susoctocog fattore VIII porcino ricombinante
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche



**Allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo – anni 2014- 2015- 2016-2017. Dal 2014 l'elenco è aggiornato con i medicinali oncologici infusionali soggetti a registro di monitoraggio AIFA**

<b>ATC V° LIVELLO</b>	<b>Descrizione Principio attivo</b>	<b>Rif. GU</b>	<b>entrata in vigore GU</b>	<b>FONDO INNOVATIVI (L.232/2016 art.1, comma 401)</b>
L01AD05	Fotemustina			
L01BA04	Pemetrexed			
L01BB04	cladribina			
L01BB06	Clofarabina			
L01BB07	Nelarabina			
L01BC07	Azacidina			
L01BC08	Decitabina	GU n. 252 del 29 ottobre 2014	14.11.2014	
L01CA05	Vinflunina			
L01CD04	Cabazitaxel			
L01CX01	Trabectedina			
L01DB01	Doxorubicina cloridrato (pegilato) 033308014, 033308038			
L01DB01	Doxorubicina cloridrato (liposomiale) 035189012			
L01XC02	Rituximab			
L01XC03	Trastuzumab			
L01XC06	Cetuximab			
L01XC07	Bevacizumab			
L01XC08	Panitumumab			
L01XC09	Catumaxomab			
L01XC10	Ofatumumab			
L01XC11	Ipilimumab			
L01XC12	Brentuximab vedotin			
L01XC13	Pertuzumab	GU n. 143 del 23 giugno 2014	8.7.2014	Innovativo fino al 7/7/2017*
L01XC14	Trastuzumab emtansine	GU n. 224 del 26-09-2014	11.10.2014	
L01XE09	Temsirolimus			
L01XX08	Pentostatina			
L01XX27	Arsenico triossido	GU n. 158 del 10 luglio 2014	25.7.2014	
L01XX32	Bortezomib			
L01XX41	Eribulina	GU n. 296 del 21-12-2011	05.01.2012	
L01XX44	Aflibercept (ZALTRAP)	GU n. 224 del 26-09-2014	11.10.2014	
L03AX15	Mifamurtide	GU n. 297 del 21.12.2010	05.01.2011	
L03AX16	Plerixafor	GU n. 274 del 24.11.2011	29.11.2011	
V10XX02	Ibritumomab Tiuxetano	GU n. 140 del 18-06-2005	19.06.2005	

(\*) Il Pertuzumab è nell'elenco degli innovativi oncologici fino al 7/7/2017 e pertanto dopo tale data segue la regola dei farmaci oncologici ad elevato costo



**Integrazione Allegato B Farmaci oncologici ad elevato costo - Anno 2016-2017**

<b>ATC V° LIVELLO</b>	<b>Descrizione Principio attivo</b>	<b>Rif. GU</b>	<b>entrata in vigore GU</b>	<b>FONDO INNOVATIVI (L.232/2016 art.1, comma 401)</b>
L01CD01	Paclitaxel albumina 039399011	GU n.30 del 6 febbraio 2015	21.02.2015	Innovativo per l'indicazione pancreas **
L01XC17	Nivolumab in 648	GU n.220 del 22 settembre 2015	23.09.2015	
L01XC21	Ramucirumab	GU n.238 del 13 ottobre 2015	28.10.2015	
V10XX03	Radium – 223 dicloruro	GU n.121 del 27 maggio 2015	11.06.2015	
L01XC17	Nivolumab	GU 70 del. 24/03/2016 GU 43 del 21/02/2017	25.03.2016 22.02.2017	Innovativo per tutte le indicazioni
L01XC18	Pembrolizumab	GU 108 del 10/05/2016 GU 181 del 4/08/2018	11.05.2016 5/08/2017	Innovativo per tutte le indicazioni
L01XC19	Blinatumumab	GU 45 del 23/02/2017	14.02.2017	
L01XX45	Carfilzomib	GU 231 del 3/08/2016	04.10.2016	
L01XC23	Elotuzumab	GU 74 del 29/03/2017	14.03.2017	
L01XC15	Obinutuzumab	GU 203 del 31/08/2017	15.09.2017	
L01XC27	Olaratumab	GU 169 del 21/07/2017	05.08.2017	
L01XC24	Daratumumab	GU 153 del 03/07/2017	18.07/2017	

(\*\*) Il Paclitaxel albumina per l'anno 2017 segue la regola dei farmaci oncologici ad elevato costo non essendo possibile nei flussi amministrativi individuare la quota legata all'innovatività.