



# REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE  
SETTORE ATP - UFFICIO Ass. farmaceutica  
Tel 080/5403143-3145-3113  
Fax 080/5403143

Prot. n.24/ 17' /ATP/3

Bari, li 24 GEN 2007

Ai Direttori Generali e Commissari  
Straordinari delle Aziende USL e  
Ospedaliere della R.P.  
LORO SEDI

Al Dirigente Area Serv. Farm  
delle Aziende USL Provinciali  
ed ex USL della R.P.  
LORO SEDI

Ai Rappresentanti Sindacali:  
dei Medici di Medicina Generale  
FIMMG, CUMI, SNAMI, CGIL,  
Intesa Sindacale  
Dei Medici Pediatria di Libera scelta  
FIMP CIPE  
A.N.A.O.O - ASSOMED, C.I.M.O  
A.S.M.D, U.M.S.P.E.D, C.I.V.E.M.P  
F.E.S.M.E.D, A.N.P.O  
LORO SEDI

Al Presidente Federfarma:  
Regionale e  
Prov. Bari Brindisi, Foggia, Lecce Taranto.  
LORO SEDI

Al Presidente Ordine dei Medici  
della Prov. di BA - BR - FG - LE - TA  
LORO SEDI

Al Presidente Ordine dei Farmacisti  
della Prov. di BA - BR - FG - LE - TA  
LORO SEDI

RIP SISR  
Rip Svmservice  
LORO SEDI

Alla Svmservice  
Via Massaua Complesso il Faro  
BARI

OGGETTO: Modalità prescrittive per gli inibitori della pompa protonica.

In conformità a quanto stabilito dall'art. 12 della Legge regionale comma 1 lett.a) sub 4, nel ribadire quanto già al riguardo disposto con nota prot.24/35/ATP/3 del 02.01.07, si fornisce l'elenco dei farmaci in oggetto indicati con il relativo prezzo di riferimento calcolato sulla base del costo per dose definita al giorno di € 0,90, secondo la modalità di calcolo di seguito riportata ( numero compresse X mg cpr/ DDD X € 0,90 = prezzo di rimborso ).

La Federfarma Puglia che legge, avrà cura di inoltrare tempestivamente detto elenco alle Banche dati nazionali del farmaco ( Farmadati, Codifa, ecc., ), al fine di rendere operativi i prezzi di rimborso per detti farmaci a far data dal 08.01.2007, termine perentorio.

Nella more dell'aggiornamento dei programmi informatici di compilazione della ricetta, da effettuarsi entro e non oltre il 12 01,2007, i Medici prescrittori potranno apportare eventuali correzioni a penna al campo nota AIFA della ricetta compilata al computer, opportunamente siglata, per quanto attiene il numero 0 ( Zero ) o 1 ( Uno ) per evidenziare i casi in cui il cittadino è soggetto o meno al pagamento della differenza tra il prezzo del farmaco prescritto e quello di riferimento

I medici ospedalieri e i medici specialisti ambulatoriali esterni e interni, nella proposta di prescrizione, dei farmaci in oggetto, qualora ritengano necessario utilizzare farmaci di prezzo superiore a quello di riferimento, devono predisporre opportuno piano terapeutico utilizzando il modello allegato alla presente .

Inoltre, si coglie l'occasione per evidenziare ai Direttori Generali e Commissari Straordinari delle Aziende USL gli obiettivi fissati dalla su menzionata legge per gli inibitori di pompa protonica codice ATCA02BC, inibitori della HMG CoA reduttasi codice ATC C10AA e per gli antidepressivi inibitori selettivi della serotonina - ricaptazione e atipici codice ATC N06AB e N06AX, nonché tutte le altre disposizioni previste per la razionalizzazione dei consumi dei farmaci.

Il Dirigente Ufficio,3  
dott. Pietro Leoci

Il Dirigente di Settore ff.  
dott. Onofrio Mongelli



**Prezzo di rimborso di Farmaci Inibitori di Pompa Protonica - Legge Regione Puglia n. 39 del 28/12/2006 (1)**

Codice	Nome	Gruppo Terapeutico	Data prezzo	Prezzo di		Quota a	DDD	unità di
				vendita al pubblico	rimborso del SSR			
028245114	ANTRA*10MG 14CPS	A02BC01	01/10/06	11,29	<b>6,30</b> (1)	4,99	20,000	Milligrammi
028245090	ANTRA*20MG 14CPS	A02BC01	01/10/06	23,87	<b>12,60</b> (1)	11,27	20,000	Milligrammi
026804082	LOSEC*10MG 14CPS RM BL	A02BC01	01/10/06	11,29	<b>6,30</b> (1)	4,99	20,000	Milligrammi
026804106	LOSEC*20MG 14 CPS RM BL	A02BC01	01/10/06	23,87	<b>12,60</b> (1)	11,27	20,000	Milligrammi
026783086	MEPRAL*10MG 14 CPS RM	A02BC01	01/10/06	11,29	<b>6,30</b> (1)	4,99	20,000	Milligrammi
026783098	MEPRAL*20MG 14 CPS RM	A02BC01	01/10/06	23,87	<b>12,60</b> (1)	11,27	20,000	Milligrammi
026803080	OMEPRAZEN*10MG 14 CPS RM	A02BC01	01/10/06	11,29	<b>6,30</b> (1)	4,99	20,000	Milligrammi
026803104	OMEPRAZEN*20MG 14 CPS RM	A02BC01	01/10/06	23,87	<b>12,60</b> (1)	11,27	20,000	Milligrammi
031834029	PANTECTA 20*14 CPR 20MG BLS	A02BC02	01/10/06	10,53	<b>6,30</b> (1)	4,23	40,000	Milligrammi
031834296	PANTECTA*40MG 14CPR BL	A02BC02	01/10/06	21,34	<b>12,60</b> (1)	8,74	40,000	Milligrammi
031835022	PANTOPAN*20MG 14 CPR BL	A02BC02	01/10/06	10,53	<b>6,30</b> (1)	4,23	40,000	Milligrammi
031835287	PANTOPAN*40MG 14CPR BL	A02BC02	01/10/06	21,34	<b>12,60</b> (1)	8,74	40,000	Milligrammi
031981044	PANTORC*20MG 14 CPR BLS	A02BC02	01/10/06	10,53	<b>6,30</b> (1)	4,23	40,000	Milligrammi
031981311	PANTORC*40MG 14CPR GAS. BL	A02BC02	01/10/06	21,34	<b>12,60</b> (1)	8,74	40,000	Milligrammi
031111026	PEPTAZOL 20*14 CPR 20MG BLS	A02BC02	01/10/06	10,53	<b>6,30</b> (1)	4,23	40,000	Milligrammi
031111293	PEPTAZOL*14CPR GAS 40MG BL	A02BC02	01/10/06	21,34	<b>12,60</b> (1)	8,74	40,000	Milligrammi
036891087	LANSOPRAZOLE EG*15MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	5,76	5,76	0,00	30,000	Milligrammi
036891048	LANSOPRAZOLE EG*30MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	10,67	10,67	0,00	30,000	Milligrammi
036757021	LANSOPRAZOLE MGI*15MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	5,76	5,76	0,00	30,000	Milligrammi
036757134	LANSOPRAZOLE MGI*30MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	10,67	10,67	0,00	30,000	Milligrammi
036916183	LANSOPRAZOLE RAT*15MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	5,76	5,76	0,00	30,000	Milligrammi
036916462	LANSOPRAZOLE RAT*30MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	10,67	10,67	0,00	30,000	Milligrammi
036920294	LANSOPRAZOLE TEV*15MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	5,76	5,76	0,00	30,000	Milligrammi
036920256	LANSOPRAZOLE TEV*30MG 14CPS	A02BC03	01/10/06	10,67	10,67	0,00	30,000	Milligrammi
028600070	LANSOX*15MG 14 CPR OROD.	A02BC03	01/10/06	7,04	5,76	1,28	30,000	Milligrammi
028600029	LANSOX*15MG 14 CPS RIG.	A02BC03	01/10/06	6,14	5,76	0,38	30,000	Milligrammi
028600094	LANSOX*30MG 14 CPR OROD.	A02BC03	01/10/06	12,04	10,67	1,37	30,000	Milligrammi
028600017	LANSOX*30MG 14 CPS RIG.	A02BC03	01/10/06	11,13	10,67	0,46	30,000	Milligrammi
028755027	LIMPIDEX*15MG 14 CPS	A02BC03	01/10/06	6,14	5,76	0,38	30,000	Milligrammi
028755078	LIMPIDEX*15MG 14CPR OROD.	A02BC03	01/10/06	7,04	5,76	1,28	30,000	Milligrammi
028755015	LIMPIDEX*30MG 14 CPS	A02BC03	01/10/06	11,13	10,67	0,46	30,000	Milligrammi
028755092	LIMPIDEX*30MG 14CPR OROD.	A02BC03	01/10/06	12,04	10,67	1,37	30,000	Milligrammi
028775070	ZOTON*15MG 14CPR OROD.	A02BC03	01/10/06	7,03	5,76	1,27	30,000	Milligrammi
028775029	ZOTON*15MG 14CPS RIGIDE	A02BC03	01/10/06	6,14	5,76	0,38	30,000	Milligrammi
028775094	ZOTON*30MG 14CPR OROD.	A02BC03	01/10/06	12,03	10,67	1,36	30,000	Milligrammi
028775017	ZOTON*30MG 14CPS RIGIDE	A02BC03	01/10/06	11,13	10,67	0,46	30,000	Milligrammi
034216022	PARIET*10MG 14 CPR	A02BC04	01/10/06	10,02	<b>6,30</b> (1)	3,72	20,000	Milligrammi
034216186	PARIET*20MG 14 CPR	A02BC04	01/10/06	18,42	<b>12,60</b> (1)	5,82	20,000	Milligrammi
035035157	AXAGON*20MG 14CPR GASTR.	A02BC05	01/10/06	18,42	<b>8,40</b> (1)	10,02	30,000	Milligrammi
035035563	AXAGON*40MG 14CPR GASTR.	A02BC05	01/10/06	23,88	<b>16,80</b> (1)	7,08	30,000	Milligrammi
035433022	ESOPRAL*20MG 14CPR GAS. BL	A02BC05	01/10/06	18,42	<b>8,40</b> (1)	10,02	30,000	Milligrammi
035433174	ESOPRAL*40MG 14CPR GAS. BL	A02BC05	01/10/06	23,88	<b>16,80</b> (1)	7,08	30,000	Milligrammi
035367263	LUCEN*20MG 14CPR GASTR.	A02BC05	01/10/06	18,42	<b>8,40</b> (1)	10,02	30,000	Milligrammi
035367414	LUCEN*40MG 14CPR GASTR.	A02BC05	01/10/06	23,88	<b>16,80</b> (1)	7,08	30,000	Milligrammi
034972265	NEXIUM*20MG 14CPR GASTR.	A02BC05	01/10/06	18,42	<b>8,40</b> (1)	10,02	30,000	Milligrammi
034972416	NEXIUM*40MG 14CPR GASTR.	A02BC05	01/10/06	23,88	<b>16,80</b> (1)	7,08	30,000	Milligrammi



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO (1)  
FARMACI INIBITORI POMPA PROTONICA

PAZIENTE \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso M  F   
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Numero di tessera sanitaria dell'assistito \_\_\_\_\_  
ASL di appartenenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Formulata in data \_\_\_\_\_

Medico specialista:  Dr. / Prof. \_\_\_\_\_

Centro  \_\_\_\_\_

Reparto  \_\_\_\_\_

Day - hospital  \_\_\_\_\_

Ambulatorio  \_\_\_\_\_

Altro  \_\_\_\_\_

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

Farmaco/i prescritto/i (Specialità) \_\_\_\_\_

Nota AIFA \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

Motivazione della diversa scelta terapeutica L.R. 28/12/06 n. 39 – art. 12 punto 3 (scrivere in stampatello)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore \_\_\_\_\_

Timbro del Centro \_\_\_\_\_

- Da redigere in triplice copia ed inviare al servizio farmaceutico della ASL ed al medico curante tramite l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda
- I dati identificativi del medico risultano indispensabili al fine di poter inviare eventuali contestazioni.