



Roma,  
Agli Assessorati alla Sanità presso le  
Regioni e le Province Autonome  
SEDI

Alla AbbVie S.r.l.  
S.R. 148 Pontina Km 52 -04011  
Campoverde di Latina (LT)  
Fax 06 929072967

p.c.  
Alla Dr.ssa Marcella Marletta  
DG Direzione Generale dei Dispositivi  
Medici e del Servizio Farmaceutico –  
Ministero della Salute  
Fax 06 59943776

Alla Dr.ssa Germana Apuzzo  
Ufficio VII – Ufficio Centrale Stupefacenti  
Ministero della Salute  
Fax 06 59943226

**OGGETTO: Comunicazione relativa al medicinale a denominazione generica Barbesaclone  
25 mg compresse rivestite – proroga scadenza**

Si trasmette in allegato la copia della comunicazione del 01/06/2018 riguardante l'oggetto e  
disponibile sul sito AIFA.

Si invita a darne massima diffusione alle strutture interessate.

**Il Dirigente**

*Domenico Di Giorgio*

Si fa seguito a quanto anticipato nelle precedenti comunicazioni prot. AIFA/PQ/P/54297/P del 24 maggio 2013, prot. AIFA/PQ/P/66521/P del 21 giugno 2013, prot. AIFA /PQ/P54740/P del 22 maggio 2014, prot. AIFA/PQ/P/120146 del 17 novembre 2014, prot. AIFA/PQ/P/1034 del 08 gennaio 2015, prot. AIFA/PQ&C/P/52077 del 21 maggio 2015, prot. AIFA/PQ&C/P/64680 del 24 giugno 2015, prot. AIFA/PQ&C/P/107125 del 23 ottobre 2015 e prot. AIFA/PQ&C/P/101752 del 25 settembre 2017 tutte consultabili sul portale AIFA (*inserendo nella casella del search la parola barbesaclone*), per comunicare che a seguito dei risultati dei test di stabilità è stata accolta la richiesta, presentata dalla ABBVIE S.r.l., di estensione della data di scadenza del medicinale a denominazione generica di cui all'oggetto, come di seguito riportato:

Barbesaclone 25 mg – lotto 31771TF01 – scadenza **Luglio 2019**

Restano confermate le modalità di fornitura ed approvvigionamento già in essere, che si riassumono di seguito:

1. Il medico specialista predispone la pianificazione del fabbisogno annuale di Barbesaclone compresse rivestite (da 25 o 100 mg) ex art. 5 D.L.gs 219/06 e s.m.i. per ciascuno dei suoi pazienti dopo averne acquisito il consenso informato.
2. Con tale pianificazione il paziente si reca presso la struttura sanitaria (ASL o struttura ospedaliera ) dove intende ritirare il medicinale.
3. La struttura sanitaria locale raccoglie le pianificazioni dei medici relative ai pazienti del proprio territorio e trasmette la richiesta cumulativa di fabbisogno annuale ex art. 5 D. L.gs 219/06 e s.m.i. ad Abbvie s.r.l., e p.c. ad AIFA, come da modello allegato.
4. La struttura sanitaria locale richiede il medicinale ad Abbvie s.r.l. con buono acquisto cumulativo.
5. Abbvie s.r.l. consegna il prodotto alla struttura sanitaria locale per la distribuzione.
6. La struttura sanitaria locale dispensa il prodotto ai pazienti in possesso di ricetta medica non ripetibile (che può essere redatta sia dal medico specialista che dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta), previo pagamento del costo del medicinale (1.80 euro a confezione per il dosaggio da 25 mg e 6.50 euro a confezione per il dosaggio da 100 mg) .

La ditta Abbvie S.rl. si impegna a mettere in atto tutte le conseguenti azioni necessarie a garantire la prosecuzione adeguata delle forniture.

**Il Dirigente dell'Ufficio**

  
Domenico Di Giorgio

**AbbVie S.r.l. - Ufficio Ordini**

**Viale dell'Arte 25**

**00144 Roma**

e p.c. Agenzia Italiana del Farmaco  
Ufficio Qualità dei Prodotti e Contrasto  
al Crimine Farmaceutico  
PEC: qualita.prodotti@pec.aifa.gov.it

**Oggetto:** Richiesta Barbesaclone 25 mg compresse rivestite/ 100 mg compresse rivestite ai sensi dell'art. 5 del D.L.vo 24.04.2006 n. 219

**Il sottoscritto dott.....**

**medico in servizio presso.....**

**chiede**

**la fornitura annuale**

**del medicinale Barbesaclone 25 mg compresse rivestite nella quantità di n°....confezioni**

**del medicinale Barbesaclone 100 mg compresse rivestite nella quantità di n°....confezioni per gli scopi dettagliati nella tabella allegata, già notificata alla ASL.**

Dichiara di utilizzare tali preparazioni su pazienti propri o della struttura in cui opera, sotto la sua diretta e personale responsabilità per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico (la qualità farmaceutica è garantita ed attiene alla responsabilità della Ditta che la produce in accordo alle GMP).

Dichiara che tale medicinale verrà impiegato sotto la diretta responsabilità del medico curante dopo aver ottenuto, nel rispetto della normativa vigente, il consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la patria potestà.

Data.....

Il medico utilizzatore (firma per esteso).....

Per gli aspetti di propria competenza

Il Dirigente della Farmacia Ospedaliera/ASL dott.....

(firma per esteso).....

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera/ASL presso

la quale deve essere effettuato l'invio.....

TIMBRO

REPARTO/SERVIZIO

**Numero Verde AbbVie**

**800863221**

.....

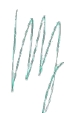
Servizio Clienti AbbVie

Fax 06.929072802

Email [servizioclienti.abbvie@abbvie.com](mailto:servizioclienti.abbvie@abbvie.com)



Fabbisogno per scorta reparto			
<b>Totale confezioni</b>			







Fabbisogno per scorta reparto			
<b>Totale confezioni</b>			

