



**Ufficio Qualità dei Prodotti e  
Contrasto al Crimine Farmaceutico**

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)  
[regulatory.italy@pec.it.abbvie.com](mailto:regulatory.italy@pec.it.abbvie.com)

p.c.  
Al Dr. Achille Iachino  
Direttore Generale della Direzione  
Generale dei Dispositivi Medici e del  
Servizio Farmaceutico – Ministero della  
Salute  
mail: [segr.dgfdm@sanita.it](mailto:segr.dgfdm@sanita.it);  
[dgfdm@postacert.sanita.it](mailto:dgfdm@postacert.sanita.it)

Al Dr. Rocco Signorile  
Ufficio VII – Ufficio Centrale Stupefacenti  
Ministero della Salute  
mail: [r.signorile@sanita.it](mailto:r.signorile@sanita.it)

**OGGETTO: Comunicazione relativa al medicinale a denominazione generica Barbesaclone  
25 mg compresse rivestite – aggiornamento indirizzo mail per la richiesta del medicinale  
con buono acquisto cumulativo**

Si trasmette in allegato la copia della comunicazione del 06 giugno 2024 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/P/54740/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, prot. AIFA/PQ&C/P/101752 del 25 settembre 2017, prot. AIFA/PQ&C/P/61898 del 30 maggio 2018, AIFA/PQ&C/P/67747 del 13 giugno 2019, AIFA/PQ&C/P/137997 del 09 dicembre 2019, AIFA/PQ&C/P/51371 del 07 maggio 2020, AIFA/PQ&C/P/63298 del 08 giugno 2020, AIFA/PQ&C/P/798565 del 10/09/2020, AIFA/PQ&C/P/122090 del 03/11/2020, AIFA/PQ&C/P/49601 del 23/04/2021, AIFA/PQ&C/P/132654 del 12/11/2021, AIFA/PQ&C/P/55222 del 09/05/2022, AIFA/PQ&C/P/135250 del 24/11/2022, AIFA/PQ&C/P/49134 del 17/04/2023, AIFA/PQ&C/P/138308 del 09/11/2023, AIFA/PQ&C/P/51965 del 22/04/2024 e AIFA/PQ&C/P/67670 del 27/05/2024, tutte consultabili sul portale AIFA (*inserendo nella casella del search la parola barbesaclone*), per comunicare il nuovo indirizzo mail per la richiesta del medicinale con buono acquisto cumulativo.

**Le richieste del medicinale con buono acquisto cumulativo dovranno essere inviate a UPS Healthcare Italia Srl, partner logistico di Abbvie s.r.l., tramite il seguente indirizzo PEC: [buoniacquisto@ups.com](mailto:buoniacquisto@ups.com) o in formato cartaceo all'indirizzo: UPS Healthcare Italia S.r.l., Via della Chimica snc, Passo Corese, Fara in Sabina (RI)-Italia.**

Restano confermate le modalità generali di fornitura ed approvvigionamento già in essere, che si riassumono di seguito, ad eccezione del punto 4 per modifica dell'indirizzo mail:

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 con buono acquisto cumulativo a UPS Healthcare Italia Srl, partner logistico di Abbvie s.r.l., tramite il seguente indirizzo PEC: [buoniacquisto@ups.com](mailto:buoniacquisto@ups.com) o in formato cartaceo all'indirizzo: UPS Healthcare Italia S.r.l., Via della Chimica snc, Passo Corese, Fara in Sabina (RI)-Italia.

5. UPS Healthcare Italia Srl 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**

*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](mailto: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)**

.....



