

COPIA PER USO INTERNO

REG. INT. N. 19339

20 APR 2016

ALLEGATO A

## ACCORDO REGIONALE PER LA DISTRIBUZIONE PER CONTO DI OSSIGENO LIQUIDO E GASSOSO TRAMITE LE FARMACIE CONVENZIONATE

TRA

### LA REGIONE MARCHE

rappresentata dal Dirigente del Servizio Sanità, il quale interviene al presente atto non per sé, ma in nome e per conto della Giunta Regionale delle Marche;

E

### FEDERFARMA MARCHE

#### ORGANIZZAZIONE SINDACALE DELLE FARMACIE PRIVATE CONVENZIONATE

rappresentata dal Dott. Pasquale D'Avella nato a Andria (BA) il 25-01-1952, il quale interviene al presente atto non per sé, ma in nome e per conto di Federfarma Marche con sede in via 1° maggio n. 142/B - 60131 Ancona, codice fiscale 93028370430, nella qualità di presidente pro-tempore;

E

### CONFSERVIZI ASSOARM MARCHE

#### ORGANIZZAZIONE SINDACALE DELLE FARMACIE PUBBLICHE CONVENZIONATE

rappresentata dal Dott. Graziano Mariani nato a Senigallia il 15-12-1950, il quale interviene al presente atto non per sé, ma in nome e per conto di Confservizi Assofarm Marche con sede in Ancona, codice fiscale 80012210425, nella qualità di Presidente pro-tempore;

#### Premesso che:

- le parti riconoscono il ruolo centrale delle farmacie convenzionate nella dispensazione dei farmaci e nell'erogazione agli assistiti di servizi, volti a migliorare l'efficacia e la qualità del SSR, in quanto esse sono in grado di garantire la capillarità del servizio farmaceutico ai cittadini e l'omogeneità dei comportamenti su tutto il territorio regionale;
- i farmaci che seguono la duplice via di distribuzione, compresi nell'allegato 2 del DM 22/12/2000 e nel Prontuario della Distribuzione Diretta (PHT) di cui alla determinazione AIFA 29 ottobre 2004 e successive modificazioni e integrazioni, possono essere distribuiti dai servizi farmaceutici degli Enti del SSR e dalle farmacie convenzionate;

#### Considerato che:

- la Giunta regionale con deliberazione n. 1696 del 03/12/2012 ha previsto l'incremento della distribuzione diretta di farmaci, sia da parte delle strutture sanitarie (pubbliche) sia attraverso la distribuzione per conto, al fine di aumentare l'utilizzo appropriato dei farmaci e ridurre la spesa farmaceutica;

#### Si conviene quanto segue:

- 1) Le farmacie convenzionate con la Regione Marche forniscono in distribuzione per conto l'ossigeno liquido e gassoso acquistato dall'ASUR Marche.

#### OSSIGENO GASSOSO

#### Le farmacie:



- INTERNO
- 2) Forniscono l'ossigeno gassoso su presentazione della ricetta SSN, nel rispetto delle vigenti normative nazionali e regionali.
  - 3) Nel caso la prescrizione preveda una quantità di ossigeno gassoso:
    - a) fino a 3.080 litri (3,08 mc), la farmacia consegna la bombola direttamente al paziente o familiare;
    - b) superiore a 3.080 litri (> 3,08 mc) la ditta fornitrice, su richiesta della farmacia, provvede a consegnare la bombola direttamente al domicilio del paziente.
  - 4) Verificano che la consegna dell'ossigeno gassoso da parte della ditta fornitrice sia effettuata entro e non oltre 24 ore ai sensi dell'art. 4 del contratto d'appalto dall'invio della richiesta, segnalando le eventuali presunte inadempienze al Servizio Farmaceutico territorialmente competente nel termine massimo di 3 giorni lavorativi;

## OSSIGENO LIQUIDO

### Le farmacie:

- 5) Forniscono l'ossigeno liquido su presentazione del modello denominato MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE (ALLEGATO 1).
- 6) Preso in carico il modulo ALLEGATO 1:
  - a) Compilano la parte di competenza e consegnano al paziente o familiare una copia;
  - b) Informano il paziente o il familiare della necessità di rinnovare con cadenza semestrale il modulo ALLEGATO 1;
  - c) Informano il paziente o il familiare della necessità di comunicare sospensioni (ricovero ospedaliero o presso altra struttura) e termine (decesso) del servizio;
  - d) Provvedono ad inviare alla ditta fornitrice e al Servizio Farmaceutico del SSR territorialmente competente il modulo ALLEGATO 1 (fax o mail), attivando così la procedura di fornitura dell'ossigeno liquido;
  - e) Verificano che la consegna dell'ossigeno liquido da parte della ditta fornitrice sia effettuata entro e non oltre 24 ore ai sensi dell'art. 4 del contratto d'appalto dall'invio della richiesta di attivazione del servizio, segnalando le eventuali presunte inadempienze al Servizio Farmaceutico territorialmente competente nel termine massimo di 3 giorni lavorativi;
  - f) Comunicano alla ditta fornitrice e al Servizio Farmaceutico del SSR territorialmente competente, avuta conoscenza della circostanza, la sospensione o il termine del servizio;
  - g) Vigilano affinché la ditta fornitrice provveda a consegnare al paziente l'ossigeno liquido in unità di base (contenitori) congrui rispetto al quantitativo prescritto, in modo che il farmaco sia sempre a disposizione del paziente e consegnato senza specifica richiesta del paziente e/o della farmacia che ha attivato il servizio.
- 7) Le farmacie convenzionate, poiché il modulo ALLEGATO 1 ha una validità semestrale, contestualmente all'apposizione del 5° timbro provvedono ad informare il paziente o familiare della necessità di rinnovare l'autorizzazione.
- 8) Le farmacie convenzionate in presenza di un modulo ALLEGATO 1 scaduto sono autorizzate a fornire l'ossigeno liquido per un periodo massimo di 15 giorni dalla data di scadenza dello stesso.
- 9) Eventuali controversie o dubbi interpretativi tra le parti firmatarie del presente accordo saranno definite dalla competente Commissione Provinciale di Vigilanza.
- 10) Le farmacie convenzionate, nel caso il paziente si trasferisca temporaneamente in altra località anche fuori regione, provvedono a far consegnare l'ossigeno liquido, tramite la ditta produttrice senza oneri aggiuntivi, secondo quanto previsto dall'art. 4 del contratto.

## REMUNERAZIONE

### L'ASUR Marche:

11) Provvede al pagamento del corrispettivo dovuto per la fornitura e delle prestazioni accessorie ove previste.

12) Corrisponde alle farmacie convenzionate un margine per il servizio reso come di seguito indicato:

OSSIGENO GASSOSO			
TARIFFA	MARGINE FARMACIE	IVA	RIMBORSO FARMACIE
Metro cubo = 1.000 litri	1,07€	22%	1,31€
OSSIGENO LIQUIDO			
TARIFFA	MARGINE FARMACIE	IVA	RIMBORSO FARMACIE
Durata periodo mese	21,74€	22%	26,52€

## PROCEDURE OPERATIVE

13) Le farmacie convenzionate raggruppano in una mazzetta a parte le ricette rosse SSR riportanti le prescrizioni di ossigeno gassoso e i moduli ALLEGATO 1 riportanti le prescrizioni di ossigeno liquido.

A ciascun modulo ALLEGATO 1 deve essere allegato il documento di trasporto DDT che certifica la consegna dell'ossigeno liquido al paziente da parte delle farmacie convenzionate.

14) Le farmacie convenzionate emettono mensilmente una fattura riportante l'importo corrispondente al servizio di competenza con le specificazioni di cui al punto 23.

15) Alle farmacie convenzionate è affidato il compito di verificare i seguenti aspetti attinenti, la qualità del servizio di attivazione, consegna e prosecuzione della terapia con ossigeno liquido:

- La comunicazione, da parte della ditta fornitrice, al paziente o familiare di adeguate informazioni su recapiti telefonici, orari e tempi di consegna, ecc; condizioni igieniche dei contenitori criogenici di ossigeno liquido e dei presidi necessari per la somministrazione; precauzioni da rispettare tipo il divieto assoluto di fumare, ecc; necessità di rispettare le prescrizioni riportate sul modulo ALLEGATO 1 su flusso di ossigeno, durata giornaliera dell'erogazione, ecc; necessità di verificare la rispondenza tra flusso di ossigeno liquido erogato e quello indicato dal commutatore di flusso;
- l'eventuale formazione di ghiaccio sulla parete esterna del contenitore criogenico e/o sugli attacchi;
- il monitoraggio dei consumi, verificando la rispondenza tra quantità prescritta sul modulo ALLEGATO 1 e quantità erogata;
- la regolare sostituzione del contenitore criogenico;
- la tempestività degli interventi di manutenzione ordinaria e/o straordinaria di tutte le apparecchiature;
- la professionalità e la disponibilità della ditta produttrice e erogatrice di ossigeno liquido.

16) Le farmacie convenzionate effettuano le verifiche previste al punto 15 compilando il modulo ALLEGATO 2.

17) Il modulo ALLEGATO 2 dovrà essere firmato dal paziente o familiare e inviato dalla farmacia convenzionata, entro 30 giorni dall'attivazione di una nuova fornitura, al Servizio Farmaceutico territorialmente competente.

18) Successivamente, le verifiche sono effettuate con cadenza annuale o su richiesta del paziente o suo familiare e/o del Servizio Farmaceutico territorialmente competente.

19) Le farmacie convenzionate sono esentate da qualsiasi responsabilità derivante:

- da un eventuale uso improprio di ossigeno liquido da parte del paziente o familiare, in difformità alle istruzioni fornite sia dalla ditta fornitrice sia dalle farmacie stesse;

DI INTERNO

b) dall'impossibilità di effettuare i controlli sopra indicati a causa del rifiuto del paziente di accettare la verifica a domicilio. Tali rifiuti dovranno essere immediatamente comunicati al Servizio Farmaceutico territorialmente competente.

20) Le farmacie convenzionate in ogni caso, qualora apprendano problematiche rilevanti sul servizio di ossigenoterapia (gassoso e/o liquido) sono tenute a comunicarle sollecitamente al Servizio Farmaceutico territorialmente competente.

Per quanto riguarda l'ossigeno liquido sul retro del modulo ALLEGATO 1 è presente uno spazio che può essere utilizzato per effettuare tali comunicazioni.

**FLUSSI INFORMATIVI**

21) Le Farmacie convenzionate forniscono in forma gratuita i dati secondo le indicazioni fornite dall'ARS Marche.

**VALIDITA' DELL'ACCORDO**

22) Il presente accordo entra in vigore dalla data di sottoscrizione ed è valido fino alla durata del contratto stipulato da ASUR con le ditte fornitrici di ossigeno; salvo facoltà di risoluzione anticipata a favore di entrambe le parti che potrà essere esercitata successivamente a mesi 18 e previo, in ogni caso, preavviso non inferiore a mesi 6.

**ULTERIORI IMPLICAZIONI**

23) Le farmacie potranno presentare all'ASUR Marche un'unica fattura mensile riportante tutte le competenze riguardanti i servizi svolti.

L'importo dell'imposta di bollo è a carico di Federfarma e Confservizi Assofarm.

Con la sottoscrizione del presente accordo le OO.SS. si impegnano a presentare al TAR Marche dichiarazione di sopravvenuta carenza di interesse al ricorso n. 00017/2016.

Le parti concordano sulla compensazione delle spese.

L'eventuale avvio di nuovi contenziosi riguardanti le specifiche espresse nel presente accordo avrà come conseguenza la sospensione dello stesso.

20 APR 2016

Ancona, \_\_\_\_\_

Per la Regione Marche

Il Dirigente del Servizio Sanità

Per Federfarma Marche

Il Presidente

Per Confservizi Assofarm

Marche  
Il Presidente



REGIONE MARCHE  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE**

Codice registro regionale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice fiscale assistito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome e nome assistito

---

Sesso

 M  F

Data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo nascita e provincia

---

Recapito telefonico

---

**PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE**

Ossigeno liquido

Concentratore

---

Flusso medio l/min

 ,  per ore die 

Fabbisogno per 30 giorni in litri (10% dispersione fisiologica)

--	--	--	--	--	--

Prescrizione valida fino al

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prossimo controllo previsto tra 6 mesi +/- 15 giorni

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prima prescrizione

Prosecuzione

Termine

STRUTTURA SANITARIA

Timbro con codice

MEDICO PRESCRITTORE

Timbro con codice fiscale e firma

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

FARMACIA

Timbro con data e codice

FARMACIA

Firma

Attivazione Servizio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

 , 

Ora

SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

COPIA P  
2024

FORNITURA DI OSSIGENO LIQUIDO

Codice fiscale assistito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MESE	TIMBRO FARMACIA	SI RILEVA CHE
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
Max + 15 giorni		

*[Handwritten marks]*



**MODULO PER LA VERIFICA DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE (OSSIGENO LIQUIDO)**

Attivazione

Richiesta specifica

La ditta ha fornito sufficienti informazioni sul servizio di ossigenoterapia ed ha comunicato recapiti telefonici, orari e tempi di consegna ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le condizioni igieniche dei contenitori criogenici di ossigeno e dei presidi necessari per la somministrazione sono ottimali ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente e i suoi familiari osservano le norme igieniche e di sicurezza quali divieto di fumo, divieto di toccare le apparecchiature ed i relativi accessori con le mani sporche di unguenti o pomate, divieto di ingrassare e/o oliare le apparecchiature di propria iniziativa, ecc ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si notano formazioni di ghiaccio sulla parete esterna del contenitore criogenico e/o sugli attacchi ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente o suo familiare si impegna a monitorare il consumo di ossigeno liquido e a comunicare alla farmacia eventuali discrepanze tra quantità prescritta sul modulo ALLEGATO B e quantità erogata ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In caso di necessità, sia per interventi di manutenzione ordinaria e/o straordinaria di tutte le apparecchiature, la ditta fornitrice è intervenuta con tempestività ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente o suo familiare si impegna a comunicare alla farmacia tutte le variazioni riguardanti: la variazione del domicilio, la sospensione del servizio (ricovero ospedaliero o presso altra struttura) e il termine del servizio (decesso) ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La ditta produttrice ed erogatrice di ossigeno dimostra professionalità e disponibilità nell'espletamento del servizio ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma del paziente o familiare: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature*

**PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA**

Dichiaro di avere preso atto delle dichiarazioni sopra riportate e di avere adottato gli opportuni correttivi ove necessario.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma e timbro della farmacia

**REGIONE MARCHE - GIUNTA REGIONALE  
 SERVIZIO REGIONALE FARMACIA  
 E LEGALE E SERVIZI ESSENTIALI**

La presente copia, composta da n. 7..... fogli, *fecciale*  
 è conforme all'originale e controllato presso questo  
 Servizio (art. 18 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Ancona, il 21 aprile 2016

D.ssa Caterina Di Mauro  
*Caterina Di Mauro*



