



ALLEGATO A

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

TRA

LA REGIONE MARCHE

rappresentata dal Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria, Armando Marco Gozzini, nato a Milano (MI) il 24/07/1960, il quale interviene al presente atto in nome e per conto della Giunta Regionale delle Marche ai sensi della DGR n. 898 del 18.07.2022;

E

FEDERFARMA MARCHE

ORGANIZZAZIONE SINDACALE DELLE FARMACIE PRIVATE CONVENZIONATE

rappresentata da Andrea Avitabile, nato a Jesi (AN) il 04.04.1960, 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 ASSOFORM MARCHE

ORGANIZZAZIONE SINDACALE DELLE FARMACIE PUBBLICHE CONVENZIONATE

rappresentata da Luca Pieri, nato a Pesaro (PU) il 30.03.1965, 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;
- l'accordo vigente, ai sensi della DGR n. 1625 del 23.12.2019, è stato sottoscritto in data 07 gennaio 2020 (Reg.Int. n. 1023 del 07.01.2020) ha stabilito al punto 22, la validità dal 01.01.2020 fino al 31.12.2022. L'ASUR con nota prot n.18968/ASUR/DG del 25.05.2022 acquisita con ns. prot. n. 6075 del 25.05.2022., ha comunicato che sono in corso le procedure per il bando di gara per l'acquisizione dei farmaci Ossigeno gassoso e liquido che potrebbero essere distribuiti in DPC, pertanto l'Intesa tra le parti firmatarie è propedeutica per l'espletamento della gara per l'affidamento del servizio di ossigenoterapia in DPC.

Considerato che:

- la Giunta regionale con deliberazione n. 1764 del 27.12.2018 ha previsto l'incremento della distribuzione diretta di farmaci, sia da parte delle strutture sanitarie pubbliche che attraverso la distribuzione per conto attraverso le farmacie convenzionate, al fine di aumentare l'utilizzo appropriato dei farmaci e ridurre la spesa farmaceutica;
- le parti firmatarie del presente accordo convengono che il servizio reso dalle farmacie convenzionate, risulta fondamentale per gli assistiti in particolare per quanto riguarda l'ossigenoterapia domiciliare risulta essere ottimale;

Si conviene quanto segue:

- 1) Le farmacie convenzionate pubbliche e private con la Regione Marche effettuano la distribuzione per conto dell'ossigeno liquido e gassoso acquistato a seguito della procedura pubblica di acquisto dall'ASUR Marche.

OSSIGENO GASSOSO

Le farmacie:

- 2) Forniscono l'ossigeno gassoso su presentazione della ricetta SSN o dematerializzata, 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 dall'invio della richiesta, segnalando le eventuali presunte inadempienze al Servizio Farmaceutico territorialmente competente nel termine massimo di 3 giorni lavorativi.
- 5) Tengono traccia delle bombole consegnate al singolo paziente, al fine di adempiere agli obblighi sulla tracciabilità del farmaco.

OSSIGENO LIQUIDO

Le farmacie:

- 6) Forniscono l'ossigeno liquido su presentazione del modello denominato MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE (ALLEGATO 1) ed eventuale prescrizione medica su ricetta SSN o Dematerializzata a seguito della procedura pubblica di acquisto.
- 7) Presa in carico dell'assistito utilizzando l'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 la sospensione (ricovero ospedaliero o presso altra struttura) e il termine del servizio;
 - d) provvedono ad inviare alla ditta fornitrice e al Servizio Farmaceutico del SSR territorialmente competente il modulo ALLEGATO 1 (email o fax), 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 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) a recepire le segnalazioni del fornitore in ordine a richieste di consegne da parte del singolo paziente che superino il quantitativo prescritto nel PT (allegato A);
 - g) a contattare il paziente per verificare il motivo dello scostamento, invitando eventualmente lo stesso, a contattare il Medico di Medicina Generale (MMG) o lo Specialista prescrittore per la verifica della compliance alla terapia e l'eventuale necessità di rivalutazione specialistica pneumologica per l'adeguamento del PT (allegato A) entro un tempo prestabilito e a trasmettere il PT (piano terapeutico) al fornitore ad ogni rinnovo;
 - h) a comunicare al Servizio Farmaceutico del SSR territorialmente competente le eventuali situazioni di criticità/anomalie relative alla gestione logistico-organizzative;
 - i) comunicano alla ditta fornitrice e al Servizio Farmaceutico del SSR territorialmente competente, avuta conoscenza della circostanza, la sospensione o il termine del servizio;
 - j) fatturano, di norma, il servizio nel mese di competenza;
 - k) 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. 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 30 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 Farmaceutica (Accordo Collettivo Nazionale art. 10 DPR 371/1998).
- 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.
- 11) L'ASUR deve digitalizzare le procedure sopradescritte al fine di semplificare le procedure per la tracciabilità delle bombole di ossigeno ed il monitoraggio dei consumi.

REMUNERAZIONE

L'Azienda sanitaria territorialmente competente:

- 12) Provvede al pagamento, entro 60 giorni, del corrispettivo dovuto per il servizio svolto dalle farmacie.
- 13) Corrisponde alle farmacie convenzionate un margine per il servizio reso come di seguito indicato:

OSSIGENO GASSOSO			
TARIFFA	MARGINE FARMACIE	IVA	RIMBORSO FARMACIE
Una bombola di qualsiasi volume	€ 3,50	22%	€ 4,27
OSSIGENO LIQUIDO			
TARIFFA	MARGINE FARMACIE	IVA	RIMBORSO FARMACIE
Durata periodo un mese	€ 21,74	22%	€ 26,52

PROCEDURE OPERATIVE

- 14) Le farmacie convenzionate raggruppano in una mazzetta a parte le ricette rosse SSR o Dematerializzata 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 confermi la consegna dell'ossigeno liquido al paziente da parte delle farmacie convenzionate tramite la ditta fornitrice.

- 15) Le farmacie convenzionate emettono mensilmente una fattura elettronica riportante l'importo corrispondente al servizio di competenza con le specificazioni di cui al punto 21.
- 16) 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:
- a) 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;
 - b) l'eventuale formazione di ghiaccio sulla parete esterna del contenitore criogenico e/o sugli attacchi;
 - c) il monitoraggio dei consumi, verificando la rispondenza tra quantità prescritta sul modulo ALLEGATO 1 e quantità erogata;
 - d) la regolare sostituzione del contenitore criogenico;
 - e) la tempestività degli interventi di manutenzione ordinaria e/o straordinaria di tutte le apparecchiature;
 - f) la professionalità e la disponibilità della ditta produttrice e erogatrice di ossigeno liquido.
- 17) Le farmacie convenzionate effettuano le verifiche previste al punto 15 compilando il modulo ALLEGATO 2.
- 18) 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.
- 19) Successivamente, le verifiche sono effettuate con cadenza annuale o su richiesta del paziente o suo familiare e/o del Servizio Farmaceutico territorialmente competente.
- 20) Le farmacie convenzionate sono esentate da qualsiasi responsabilità derivante:
- a) 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;
 - 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.
- 21) 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, prevedendo un regolamento attuativo.

FLUSSI INFORMATIVI

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

VALIDITA' DELL'ACCORDO

- 23) Il presente accordo entra in vigore dal 1° gennaio 2023 e rimane valido fino al 31 dicembre 2025 con possibilità di rinnovo di un ulteriore anno, salvo intervento di modifiche nel quadro normativo statale che potrebbe comportare una revisione dello stesso (eventualmente con riferimento anche a disposizioni in materia di prescrizioni farmaceutiche in formato digitale) o intervento di un eventuale nuovo accordo regionale.
- 24) Rimane salva la 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.



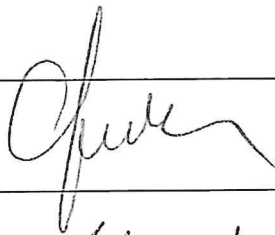
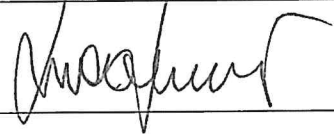
ULTERIORI IMPLICAZIONI

25) Le farmacie dovranno presentare all'azienda sanitaria un'unica fattura mensile riportante tutte le competenze riguardanti i servizi svolti.

26) Resta inteso ed accettato dalle parti che la regione Marche si riserva di interrompere unilateralmente l'accordo medesimo qualora le norme statali o gli accordi nazionali lo stabiliscano.

- Le controversie non previste o irrisolte saranno di competenza del Foro di Ancona.
- Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso, con spese a carico del richiedente.
- L'importo dell'imposta di bollo è a carico di Federfarma e Confservizi Assofarm.
- Letto, approvato e sottoscritto.

Ancona, 13 AGO. 2022

Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria	
Il Presidente della Federfarma Marche	
Il Presidente della Confservizi Assofarm Marche	

A



REGIONE MARCHE
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ARS



MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Codice fiscale assistito

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

Cognome e nome assistito

Sesso

☐ M

☐ F

Data di nascita

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

Luogo nascita e provincia

Prov. ()

Comune di residenza

Prov. ()

Recapito telefonico

Medico di medicina generale

PRESCRIZIONE DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

Ossigeno liquido ☐

Concentratore

Flusso medio l/min

☐

,

☐

per ore die

--	--

Fabbisogno per 30 giorni in litri (20% 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

[Signature]

SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE

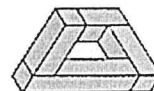
FORNITURA DI OSSIGENO LIQUIDO

Codice fiscale assistito

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

MESE	TIMBRO FARMACIA	SI RILEVA CHE
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
Max + 30 giorni		

[Handwritten signature]



**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 ☐	NO ☐
Le condizioni igieniche dei contenitori criogenici di ossigeno e dei presidi necessari per la somministrazione sono ottimali ?	SI ☐	NO ☐
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 ☐	NO ☐
Si notano formazioni di ghiaccio sulla parete esterna del contenitore criogenico e/o sugli attacchi ?	SI ☐	NO ☐
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 ☐	NO ☐
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 ☐	NO ☐
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 ☐	NO ☐
La ditta produttrice ed erogatrice di ossigeno dimostra professionalità e disponibilità nell'espletamento del servizio ?	SI ☐	NO ☐

Firma del paziente o familiare: _____

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

[Handwritten signature and initials]

22