- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

Monitoraggio e verifica della documentazione "File F": da procedura di razionalizzazione della spesa a strumento di appropriato utilizzo dei farmaci

Chiara Ajolfi, Lorenza Gamberini, Mauro De Rosa

Dipartimento Farmaceutico Azienda USL Modena

Riassunto: Oltre agli aspetti strettamente finanziari la mobilità sanitaria presenta importanti risvolti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Relativamente alla somministrazione diretta dei farmaci (Flusso F), il Testo Unico per la Compensazione Interregionale individua le categorie soggette a rimborso in mobilità. Nel territorio provinciale di Modena l'AUSL coesiste con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico che trasmette, secondo modalità prestabilite, i flussi informativi per le prestazioni da porre in mobilità. Il Servizio Farmaceutico Territoriale effettua sistematici controlli sulla documentazione inviata, allo scopo di individuare non soltanto eventuali difformità nella valorizzazione degli importi addebitati, ma anche anomalie relative all'appropriatezza della tipologia e delle modalità delle prestazioni erogate. L'analisi delle schede di prescrizione forniteci per gli anni dal 2002 al 2005 ha permesso di rilevare alcune principali tipologie di anomalie: errori nel tipo/quantità di farmaco addebitato, mancanza di diagnosi o scheda di prescrizione, valorizzazione di farmaci per cui non è prevista la mobilità, mancato rispetto delle indicazioni/dosi terapeutiche registrate, delle note CUF o eventuali limitazioni prescrittive. I farmaci oggetto di più frequenti contestazioni sono antimicrobici, farmaci vari, gli antineoplastici/immunomodulatori e quelli attivi sul sangue e organi emopoietici. Riferendosi agli importi da rimborsare, i farmaci del gruppo ATC B sono quelli a maggior rilevanza economica seguiti da quelli del gruppo V e J. L'analisi della mobilità sanitaria dovrebbe rivestire sempre più un ruolo centrale nella gestione dell'Azienda sanitaria provinciale, soprattutto in quanto occasione affinché la verifica dei tracciati e l'analisi ai fini della compensazione, soprattutto per quei farmaci che presentano criticità d'uso e di costo, possano integrare le necessità di razionalizzazione dei costi con quelle di appropriatezza e miglioramento dei livelli di salute dei cittadini.

Parole chiave: mobilità sanitaria, File F, contestazioni, appropriatezza prescrittiva.

Abstract: *Check and monitoring of "F File" documentation: from a rationalizing costs procedure to a tool to assure the proper use of drugs.*

Besides the tight financial aspects, the possibility for patients to move everywhere within the country to receive medical care has important implications concerning epidemiology and prescriptive suitability. With respect to drug supply the Local Health Authority in which patients are resident must refund the Local Health Authority where patients receive the treatment; this refunding system is called "F File" or "Mobility in healthcare" and is set up in all italian Regions but only in reference to a well-defined and limited list of drugs. Every Local Health Authority must control these data and, particularly, Pharmaceutical Department of the Local Health Authority of Modena, Italy, carries out systematic controls on all the documents and the prescription cards supplied by the Policlinico Hospital (operating on the same area). Those controls can both: identify any anomalies in debited amounts as well as assess the suitability of any medical and pharmacological treatment provided. From our analysis we can gather that the main anomalies concern mistakes in: the type/amount of debited drug, lack of prescription sheets or diagnosis, request of payment for not refundable drugs (not mentioned by the law of Inter-Regional Compensation), no respect to the registered indications/therapeutic doses, the CUF/AIFA notes (Italian Drug Committee of Health Ministry) or mention of any prescribing restrictions. There are more frequent notifications about antimicrobial drugs but those acting on the blood and hematopoietic organs have the major economic impact. Analysis and monitoring of "sanitary mobility" proved to be a useful exercise to obtain a cost rationalization together with the improvement of the health service for the citizens.

Key words: mobility in healthcare, F File, disputes, prescriptive suitability.

Introduzione

Negli ultimi tempi è sempre più vero che la continuità territoriale a volte si scontra con i confini amministrativi esistenti tra le Regioni e le Province e pertanto cittadini appartenenti a differenti riferimenti istituzionali si trovano, per molteplici e giustificate ragioni (storiche, culturali, ambientali, di comodità, di lavoro, ecc.), a usufruire di servizi e strutture sanitarie in luoghi diversi da quelli della propria appartenenza territoriale. La vicinanza al luogo di cura, anche se situato in un'altra regione, la tradizione nel recarsi in un determinato luogo, la specializzazione di certe strutture nella diagnosi e cura di determinate patologie, sono spesso alcuni dei motivi perché un cittadino decida di rivolgersi a strutture e servizi localizzati al di fuori della regione o della provincia di residenza creando così più spesso soprattutto nelle zone di confine un flusso di mobilità che può diventare rilevante[1].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

Oltre ai risvolti strettamente finanziari, la mobilità sanitaria presenta anche importanti aspetti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Ciò è testimoniato da un'attenzione crescente al problema, come emerge dai lavori presentati agli ultimi congressi della nostra Società[2-10].

L'attuale sistema di finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali, che prevede la ripartizione del Fondo Sanitario tra le Regioni in base alla quota capitaria, pone la necessità di una compensazione interregionale dei costi per le prestazioni erogate ai pazienti fuori dalla Regione di residenza[11]. A tal scopo le Regioni annualmente si scambiano informazioni riguardanti le prestazioni sanitarie erogate in mobilità, all'interno di flussi informativi prestabiliti. Le modalità di segnalazione delle prestazioni in mobilità e dei valori economici corrispondenti sono regolate dal Testo Unico per la Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 2003, approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome.

Per quanto riguarda la mobilità all'interno della stessa Regione resta a discrezione delle Amministrazioni regionali la possibilità di deliberare per regolamentare la compensazione tra le Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Nell'ambito della Regione Emilia-Romagna, per esempio, le 17 Aziende Sanitarie, in ottemperanza a quanto disposto da apposite norme[12-14], comunicano alla Regione gli importi delle prestazioni erogate a residenti in altri ambiti territoriali: su questa base la Regione effettua la compensazione.

I flussi in compensazione attualmente previsti dal Testo Unico riguardano:
- l'attività di ricovero (flusso A);
- la medicina generale (flusso B);
- la specialistica ambulatoriale (flusso C);
- la farmaceutica (flusso D);
- le cure termali (flusso E);
- la somministrazione diretta dei farmaci (flusso F);
- il trasporto con l'ambulanza e l'elisoccorso (flusso G).

Con specifico riferimento alla somministrazione diretta dei farmaci ai fini di garantire omogeneità nell'identificazione della casistica, il Testo Unico individua le diverse tipologie di prestazioni per le quali deve essere utilizzato il "File F" ai fini del rimborso dei farmaci:
- classificati in fascia H;
- forniti ai sensi della Legge 648/1996;
- forniti in regime di Day Hospital, per la prosecuzione del trattamento a domicilio;
- usati in regime ambulatoriale (se non compresi nella tariffa della prestazione);
- per i quali è prevista la Duplice Via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e farmacie aperte al pubblico;
- antiblastici (per il solo utilizzo domiciliare);
- somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici;
- consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura (ai sensi della Legge 405/2001);
- per terapie iposensibilizzanti e come preparati galenici.

Va sottolineato che per i farmaci somministrati in regime di ricovero non può essere chiesto alcun rimborso a eccezione dei farmaci somministrati ad assistiti emofilici, visto il costo elevato dei farmaci utilizzati.

Considerato che i farmaci vengono acquistati dalle strutture ospedaliere con uno sconto che di norma è pari al 50% del prezzo di listino (eccezion fatta per i farmaci con prezzo ex-factory, emoderivati e altri preparati comunque di origine umana[15-17], per i quali lo sconto può essere inferiore) l'addebito da effettuare per la somministrazione diretta dei farmaci è dato da un importo non superiore al 50% del prezzo di listino o, comunque, dal costo effettivamente sostenuto dall'Azienda Sanitaria erogante.

Nel territorio della provincia di Modena l'attività sanitaria è articolata all'interno di sette distretti nel cui ambito sono collocati otto stabilimenti ospedalieri, aggregati in un unico Presidio ospedaliero provinciale (posti letto totali circa 1300). Questo coesiste con un'altra Azienda Sanitaria, l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena (posti letto totali circa 800), che costituisce il principale riferimento per le attività specialistiche dell'AUSL e periodicamente provvede a inviare i flussi informativi e i tracciati record, secondo tempi e modalità di trasmissione dei dati prestabiliti, riferiti alle prestazioni da porre in compensazione per la Mobilità Sanitaria sia extra che infraregionale.

Per quanto riguarda i farmaci a somministrazione diretta da rimborsare, oltre al tracciato record, su cui il settore Economico-finanziario provvede a effettuare specifici controlli automatizzati, viene fornito al Servizio Farmaceutico Territoriale, in base a specifici accordi tra le parti, una documentazione aggiuntiva presentata nella Tabella 1.

Il sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni presuppone, infatti, che vengano sviluppati appropriati sistemi di controllo sia da parte delle strutture eroganti sia, e soprattutto, delle Aziende tenute al pagamento delle prestazioni. In quest'ottica il Servizio Farmaceutico Territoriale dell'AUSL di Modena effettua trimestralmente il controllo e il monitoraggio della reportistica inviata, così da garantire l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni erogate ai fini del recupero della mobilità. Particolare attenzione va posta sull'utilizzo di alcune categorie di farmaci soprattutto se di recente immissione sul mercato e/o ad alto impatto economico.

È necessario effettuare preventivamente all'attività di controllo un'analisi di rilevanza.

Tabella 1. Documentazione aggiuntiva sulla mobilità.

1.	**Rapporto riassuntivo di stampa distribuzione diretta** Deve riportare nome e cognome del paziente, descrizione del farmaco, data di consegna, costo unitario, quantità e costo totale.
2.	**Schede di prescrizione/dispensazione** Deve riportare le generalità del paziente, il reparto prescrittore, l'indicazione della patologia trattata, la posologia e la durata prevista del trattamento, l'attestazione dell'avvenuta consegna del farmaco.
3.	**Tabulato dei consumi relativi ai farmaci della l.648/96** Deve essere fornito con le relative schede di terapia.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

La scelta di condurre un controllo mirato nei confronti della mobilità dell'Azienda Policlinico piuttosto che di altre AUSL limitrofe è dettata soprattutto dalla rilevanza dell'entità di tale flusso, che, da solo, rappresenta all'incirca il 90% del totale della mobilità passiva per l'AUSL di Modena per un importo di circa 3 milioni di euro a trimestre.

Obiettivi

Obiettivi di questa indagine sono:
- valutare sotto il profilo quali-quantitativo i flussi di Mobilità Sanitaria presentati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, con specifico riferimento ai dati delle prestazioni ricomprese nel Flusso F;
- individuare non soltanto eventuali difformità nella valorizzazione degli importi addebitati, ma anche anomalie relative all'appropriatezza della tipologia e delle modalità delle prestazioni effettuate;
- valutare qual è il costo sostenuto dall'ASL per l'effettuazione di tali controlli.

Materiali e metodi

Sono stati presi in esame i flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria per la somministrazione diretta dei farmaci a partire dal 1° trimestre 2002 fino al 4° trimestre 2005.

L'analisi ha riguardato le prestazioni riferite ai soli pazienti residenti in provincia di Modena.

Non sono stati presi in esame i farmaci consegnati in dimissione per il proseguimento di cura ai sensi della L.405/01, per i quali accanto al tabulato riassuntivo delle quantità da addebitare non vengono fornite anche le corrispondenti schede di prescrizione (lettere di dimissione).

L'erogazione di questi farmaci, del resto, è sottoposta a controllo nel momento stesso in cui si verifica essendo effettuata da parte di farmacisti che consegnano ai pazienti in dimissione esclusivamente i farmaci rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale e inclusi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) (comune per l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico). Anche i farmaci antivirali consegnati ai pazienti affetti da HIV non sono sottoposti a monitoraggio e verifica da parte del Servizio Farmaceutico.

Coerentemente con gli obiettivi posti si è scelto di non effettuare un controllo a campione, ma di estendere l'esame sistematicamente a tutte le schede di prescrizione fornite sia per poter effettuare una più puntuale valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, sia perché anche pochi errori di addebito, se interessano farmaci ad alto costo, possono incidere in modo significativo sulle cifre da rimborsare che divengono oggetto di compensazione.

La valutazione della documentazione fornita e delle schede di prescrizione/distribuzione è stata effettuata verificando i seguenti parametri:

1. tipologia delle specialità dispensate e loro appartenenza a una delle categorie per cui è prevista la compensazione (flusso F);
2. rispetto delle indicazioni/dosi terapeutiche registrate e di eventuali limitazioni nelle modalità prescrittive (Note CUF/AIFA, Piano Terapeutico, conformità alle disposizioni previste dalla L. 648/96);
3. tipologia della prestazione erogata (per es., farmaco addebitato diverso da quello prescritto e/o consegnato);
4. determinazione dell'importo (per es., importo valorizzato superiore a quello corrispondente alla quantità di farmaco dispensata, quantità di farmaco addebitata diversa da quella prescritta secondo quanto rilevato dal piano di terapia);
5. presenza dei necessari formalismi (timbro e firma del medico, indicazione del reparto prescrittore) ed eventuali errori sulla data di dispensazione;
6. mancanza nella scheda di terapia di informazioni necessarie a verificare la correttezza e l'appropriatezza del trattamento (mancanza di diagnosi, mancata rispondenza alle limitazioni specificamente previste per la dispensazione di quel farmaco, mancanza del nome del farmaco prescritto, mancanza della quantità di farmaco dispensato, anomalie nelle date di dispensazione, ecc.)

Per la verifica delle condizioni e limitazioni previste dalle Note CUF/AIFA sono state consultate le diverse edizioni del Formulario Terapeutico Nazionale e la Gazzetta Ufficiale.

Per la quantificazione dei costi relativi ai controlli effettuati si è considerato il costo orario lordo (comprensivo degli oneri riflessi) per l'Azienda di un Farmacista dirigente di I livello a tempo pieno.

Risultati

Sono stati analizzati mediamente 950 piani di terapia per trimestre per un totale di 15.136 nel periodo compreso tra il primo trimestre 2002 e il quarto trimestre 2005.

Dal 2002 al 2005 la mobilità passiva verso il Policlinico è più che raddoppiata, passando da circa un milione e mezzo di euro del 2002 agli oltre tre milioni del 2005 (Figura 1).

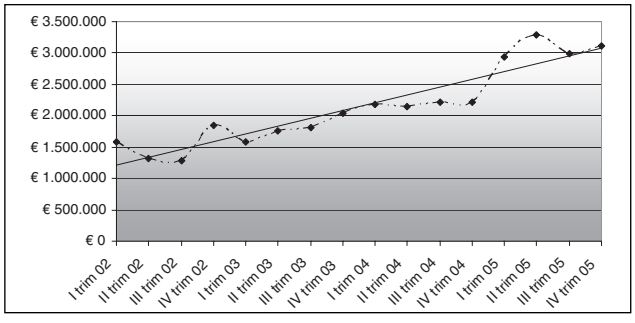

Figura 1. Variazione degli importi addebitati in mobilità (e relativa linea di tendenza) per File F dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico (anni 2002-2005).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

L'esame dei tabulati e delle relative schede inviate ha consentito di individuare le irregolarità riportate nella Figura 2, per un totale di 200 contestazioni. Di queste, 89 contestazioni riguardano il mancato rispetto delle indicazioni/dosi terapeutiche registrate e/o delle note CUF/AIFA. In particolare solo 10 sono attribuibili alla non rispondenza alle limitazioni prescrittive previste dalle note CUF/AIFA, tutte le rimanenti derivano dalla prescrizione di farmaci per patologie non incluse nelle indicazioni registrate dei farmaci stessi. In 57 casi la contestazione interessa farmaci per cui non è prevista la compensazione farmaceutica, secondo quanto specificato in merito dal Testo Unico: si tratta prevalentemente di radiofarmaci (privi di codice MinSan) e prodotti utilizzati a scopo diagnostico, farmaci usati in regime ambulatoriale anziché a domicilio o farmaci il cui costo è a carico del paziente. 26 contestazioni nascono da errori nella quantità di farmaco addebitato; 14 contestazioni sono legate a mancanza di diagnosi sul piano di terapia; in 8 casi manca del tutto la scheda di prescrizione; 6 contestazioni si riferiscono a errori nel tipo di farmaco addebitato.

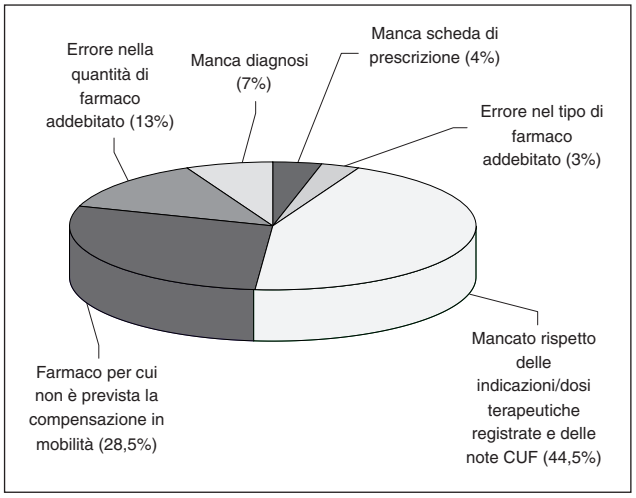

Figura 2. Tipologia di irregolarità e anomalie contestate

Poco meno della metà delle contestazioni effettuate (44,5%), dunque, è legata alla mancanza di dati indispensabili per garantire l'appropriato utilizzo dei farmaci in oggetto.

A queste si affiancano le numerose e ripetute segnalazioni (aventi il significato di richiamo, di allerta, ma, di fatto, non sempre tradottesi in contestazioni nell'addebito di spesa) relative all'uso e conseguente contabilizzazione di farmaci che non risultano a carico del SSN; alla mancanza di indicazioni necessarie ad accertare l'esistenza di condizioni per le quali è limitata la rimborsabilità del farmaco; all'uso di fotocopie della stessa ricetta per favorire dispensazioni multiple che spesso sono causa di errori e confondimento sulle date di dispensazione e sui relativi cicli di terapia; alla consegna di quantitativi di farmaco eccedenti il periodo di terapia previsto dalla relativa scheda di prescrizione (per es., la consegna nell'arco di un trimestre a uno stesso paziente di un numero di confezioni di farmaco, necessario a effettuare 5 o 6 mesi di terapia).

La Figura 3 evidenzia che la percentuale maggiore di segnalazioni contestate è da attribuirsi alla Neurologia (27,5%), principalmente per la prescrizione della immunoglobulina IG VENA fl.: questo farmaco è stato ampiamente utilizzato in ambito neurologico per il trattamento di patologie (sclerosi multipla con prevalente espressione oculare, artrite reumatoide, polineuropatie, ecc.) non ricomprese tra quelle autorizzate per quel principio attivo all'epoca della contestazione. Nonostante l'utilizzo del farmaco in alcune di queste condizioni fosse supportato da studi, sperimentazioni in atto e prove di efficacia clinica che hanno portato nel tempo a un allargamento delle indicazioni terapeutiche registrate si è ritenuto di non accettarne l'addebito a carico del Sistema Sanitario Nazionale. Segue la Medicina Nucleare cui è da attribuirsi il 26,5% delle contestazioni, per la prescrizione di radiofarmaci o farmaci usa-

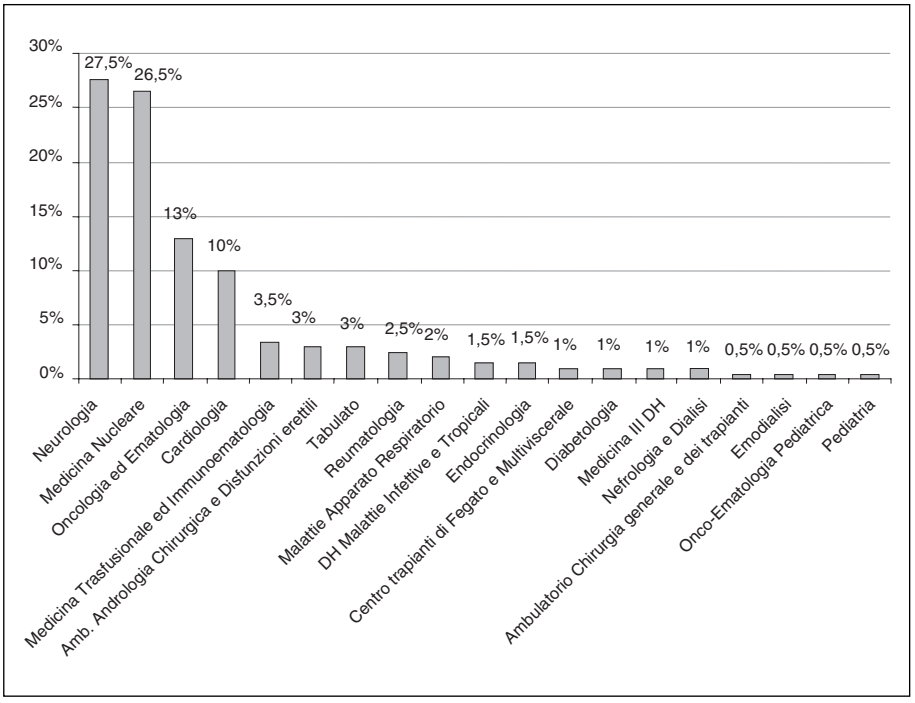

Figura 3. Prestazioni contestate per UO prescrivente.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

ti a scopo diagnostico non soggetti alla compensazione in mobilità, e l'Onco-Ematologia (13,0%) principalmente per la prescrizione di antiblastici e immunomodulatori in mancanza di dati che permettano di accertarne l'appropriatezza dell'uso.

La voce "tabulato" riportata nella Figura 3 fa riferimento ad addebiti che compaiono sul tabulato, ma a cui, di fatto, non corrisponde alcuna scheda cartacea di prescrizione/dispensazione.

La Figura 4 raggruppa i farmaci oggetto di contestazione in base alla categoria Anatomico Terapeutica Chimica (ATC) di appartenenza. La percentuale maggiore di anomalie interessa i farmaci antimicrobici (34,5%), farmaci vari (30%) e, a seguire, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (16%) e quelli attivi sul sangue e organi emopoietici (14%). È interessante sottolineare come le contestazioni associate ai farmaci del gruppo J non siano da riferirsi all'utilizzo improprio di antibiotici, ma, per la gran parte, a quello di immunoglobuline (IG VENA e NeoHepatect) cui si affiancano i vaccini iposensibilizzanti e, in un caso, la ribavirina. Quanto ai farmaci della classe ATC V le irregolarità riscontrate interessano prevalentemente i radionuclidi dello iodio 131 (22,0%), quindi la tireotropina alfa (4,5%), la deferoxamina (3%) e aminoacidi chetoanaloghi (0,5%).

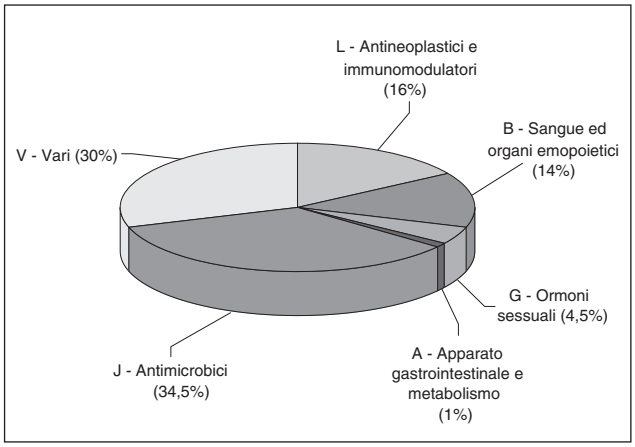

Figura 4. Prescrizioni contestate suddivise per ATC dei farmaci interessati.

Facendo riferimento alle categorie che maggiormente incidono sugli importi da rimborsare (Tabella 2) si nota un'inversione dei dati e in particolare come i farmaci del gruppo B (34,8%) divengano quelli a maggior rilevanza economica seguiti da quelli del gruppo V (27,1%) e J (26,8%).

L'analisi dei dati consente inoltre di evidenziare come la maggior parte dei farmaci erogati che ricadono in mobilità siano farmaci di uso ospedaliero (Fascia SSN H), rappresentando oltre il 70% dei farmaci oggetto di contestazione e addirittura quasi il 95% della spesa (Tabella 3).

Relativamente alla valutazione dei costi comportati da tale analisi è stato misurato il tempo necessario al controllo sistematico di tutta la documentazione pervenuta (recepimento, analisi e archiviazione schede, preparazione della lettera di contestazione), pari mediamente a 2,2 minuti/scheda. Tale tempo è stato poi correlato al costo orario del farmacista preposto al controllo. Nella Tabella 4 vengono illustrati i valori degli importi contestati e recuperati e dei costi assoluti e normalizzati. Da essa si evince come pur essendo stati eseguiti regolari controlli a partire dal 2002 solo dal 2005 sono state effettuate ufficiali contestazioni nell'addebito di spesa che hanno consentito un recupero degli importi contestati superiore al 90%. Da rilevare

Tabella 2. Importo delle prescrizioni contestate suddivise per ATC dei farmaci interessati.

ATC	N° prescrizioni contestate	% prescrizioni contestate	Importo	% importo
B - Sangue e organi emopoietici	28	14,0%	**169.638**	**34,8%**
V - Vari	60	30,0%	**132.058**	**27,1%**
J - Antimicrobici	69	34,5%	**130.337**	**26,8%**
L - Antineoplastici e immunomodulatori	32	16,0%	**35.001**	**7,2%**
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	2	1,0%	**19.156**	**3,9%**
G - Ormoni sessuali	9	4,5%	**990**	**0,2%**
Totale	**200**	**100,0%**	**487.179**	**100,0%**

Tabella 3. Contestazioni effettuate per classe di rimborsabilità SSN del farmaco e relativa spesa.

Classe SSN	N° prescrizioni contestate	% prescrizioni contestate	Importo	% importo
Farmaci Classe H	147	73,5%	461.875	94,8%
Farmaci Classe A+Nota AIFA	33	16,5%	9.473	1,9%
Farmaci Classe A	18	9,0%	15.649	3,2%
Farmaci Classe C	2	1,0%	182	0,0%
Totale	**200**	**100,0%**	**487.179**	**100,0%**

Tabella 4. Confronto degli importi contestati e recuperati in mobilità e valutazione dei costi aziendali (anni 2002-2005).

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Importo contestazioni	26.271	100.058	32.306	191.727
Importo recupero	/	/	/	177.261
Importo complessivo addebito mobilità passiva	6.040.480	7.193.265	8.778.201	12.327.420
Costo del controllo*	3.605	3.840	3.616	3.191
% dell'importo recuperato	/	/	/	92,5%

* = ore impiegate per costo orario dell'unità farmacistica dedicata

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

come nel corso degli anni la media oraria di valutazione sia progressivamente migliorata e dunque il costo complessivo del controllo sia via via diminuito nonostante l'incremento del costo orario del farmacista dedicato a tale attività.

Conclusioni

L'esame dei dati mette in luce come nel corso di questo periodo si sia assistito a un consistente sviluppo della mobilità sanitaria non solo in termini di numero di pazienti e patologie trattate, ma anche, conseguentemente, di spese addebitate.

Non a caso l'analisi della mobilità sanitaria, nelle sue diverse forme, ha assunto in tempi recenti un ruolo centrale nella programmazione dei sistemi regionali e nello sviluppo di politiche condivise a livello inter e intraregionale.

In quanto espressione della libertà di scelta degli assistiti e della loro percezione della qualità dell'assistenza la mobilità si presenta come fenomeno di straordinario interesse ai fini della valutazione dei servizi e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità delle cure.

L'analisi e le informazioni relative ai flussi di mobilità sono oggi più che mai un tema di grande rilevanza tanto da giustificare la crescente attenzione verso questo tipo di valutazioni.

La nostra analisi evidenzia come, se una verifica sistematica e non a campione dell'andamento e della congruità delle prestazioni poste in mobilità dall'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena è, indubbiamente, onerosa in termini di tempi e forza lavoro impiegata, si rivela d'altro canto un'occasione preziosa e importante di:

a. monitoraggio di una parte della gestione economico-finanziaria dell'Azienda provinciale;
b. messa a punto e condivisione di programmi di verifica e controllo dell'attività effettuata e di valutazione dell'appropriatezza della tipologia e delle prestazioni eseguite;
c. individuazione di azioni sinergiche e di forme di cooperazione tra Aziende sanitarie confinanti ai fini dei controlli sulle prestazioni effettuate.

La messa a punto di una procedura di controllo indirizzata a verificare l'appropriatezza d'uso del File F consente non solo di garantire un'erogazione dei farmaci in accordo con la normativa e di controllare gli aspetti relativi alla spesa, ma anche di assicurare ai pazienti cure ottimali.

Infatti, l'analisi dettagliata dei tabulati, la raccolta e verifica delle singole schede di prescrizione/dispensazione dei farmaci diventa l'occasione per utilizzare le banche-dati amministrative disponibili ai fini di indagini epidemiologiche e valutazioni di appropriatezza sanitaria.

Se, dunque, questa attività nasce come procedura gestionale mirata al controllo e alla razionalizzazione della spesa farmaceutica diviene successivamente uno strumento fondamentale per garantire appropriatezza nell'uso di farmaci a costo elevato in patologie severe, contenere ed evitare le prescrizioni off-label, migliorare le possibilità e la qualità di cura dei pazienti non ospedalizzati.

Per ottimizzare la gestione di questo processo è anche in questo caso indispensabile promuovere la stretta collaborazione interdisciplinare tra personale amministrativo, farmacisti e clinici, direttamente coinvolti nella prescrizione del farmaco e nella compilazione di idonea documentazione cartacea, obiettivo da sempre primario nella nostra realtà.

È dunque auspicabile che i controlli svolti siano di stimolo a porre sempre maggior attenzione alla documentazione fornita come parte integrante dell'esatto flusso informativo del File F, come specificato negli accordi di fornitura, e a una corretta rilevazione dei dati ai fini di evitare la reiterazione di errori e ridurre le contestazioni. E questo non solo perché è evidente che, in sede di compensazione della mobilità sanitaria, nessun accredito può essere operato nei confronti di quelle Aziende che non abbiano provveduto a trasmettere i supporti informativi idonei individuati, ma soprattutto perché la verifica dei tracciati e l'analisi ai fini della compensazione, in particolare per quei farmaci che presentano criticità d'uso e di costo, possa integrare le necessità di razionalizzazione dei costi con quelle di appropriatezza e miglioramento dei livelli di cura della malattia e ancor più di salute dei cittadini.

Bibliografia

1. Accordo tra le Regioni Liguria-Lombardia-Piemonte per la regolazione della mobilità sanitaria- Protocollo di intenti. BUR Piemonte n.14 dello 08/04/2004.
2. Saibene G, Galassi M, Franceschelli G, Ascani L. L'esperienza dell'Istituto Tumori di Milano nell'erogazione dei farmaci tramite File F: aspetti economici e prospettive future. Atti XXIV Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2003; 17: 63.
3. Cisterna A, Marangon V, Pieri F, Giuliani L. Il File F e l'Azienda Ospedaliera. Atti XXIV Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2003; 17: 66.
4. Franzin M, Corti M, Ferri C, Mazzotti M, Tadini P. Evoluzione del File F negli anni 1997-2002: l'esperienza dell'Ospedale S. Raffaele. Atti XXIV Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2003; 17: 73.
5. Vaccaroni F, Dondè P, Antonimi P, et al. Procedura di gestione File F presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano. Atti XXIV Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2003; 17: 179.
6. Ardovino P, Bianchi R, Borin G, et al. Protocolli di appropriatezza d'uso del "File F" per le aree: epatologia, infettivologia, neurologia e oncologia. Atti XXVI Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2005; 19: 171.
7. Cavi R, Galli D, Zenoni S, Malesci A. Progettazione, realizzazione e applicazione di un modello di gestione di File F in una Azienda Ospedaliera Universitaria: risultati a due

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.173 Mon, 09 Nov 2026, 06:10:21

anni dalla sua applicazione. Atti XXVI Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2005; 19: 306-7.
8. Franzin M, Mazzotti M, Ferri C, Corti ME, Tadini P. File F ed attività di verifica: l'esperienza dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano. Atti XXVII Congresso Nazionale SIFO. Giornale italiano di Farmacia Clinica 2006; 20: 148.
9. Buggè A, Fabrizio L, Savi G. Farmaci in dimissione e File F: un'esperienza. Atti XXVII Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2006; 20: 165.
10. Montera C, Pettinato S, Cannella A, Pittella C. File F: Strumento per la prevenzione e la cura del paziente nell'ambito della politica sanitaria della Regione Sicilia. Atti XXVII Congresso Nazionale SIFO. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2006, 20: 277-8.
11. D. L.vo n.502/92: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 Ottobre 1992, n.421" e successive integrazioni.
12. Circolare Regione Emilia-Romagna n.9/1999: "Regolamentazione economico-finanziaria della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale Anno 1999".
13. Circolare Regione Emilia-Romagna n.10 del 06/06/2002: "Regolamentazione della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale Anno 2002".
14. Circolare Regione Emilia-Romagna n.20 del 12/12/2003: "Regolamentazione della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale Anno 2003".
15. L. n.386/74: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n.264 recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria".
16. Delibera CIPE 25 febbraio 1994 pubblicata sulla GU del 30 marzo 1994.
17. L. n.405/01 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

Indirizzo dell'Autore:
Dott. Mauro De Rosa
Dipartimento Farmaceutico Azienda USL, Modena
L. go del Pozzo, 71/b
41100 Modena
e-mail: m.derosa@ausl.mo.it