



# federfarma campania

UNIONE SINDACALE TITOLARI DI FARMACIA DELLA REGIONE CAMPANIA

Avellino, 28 Aprile 2023  
Protocollo n. 11/ 2023  
Via E-mail

Ai Sigg. Presidenti delle Associazioni  
Provinciali di Avellino, Benevento, Caserta,  
Napoli e Salerno

Ai Sigg. Componenti Comitato Esecutivo di  
Federfarma Campania

Oggetto: Applicazione DGRC n. 384 del 19.07.2022- Protocollo d' Intesa denominato "  
Distribuzione in nome e perconto (DPC).

Caro Collega,

Come leggerai , nell' ultima Comunicazione della Regione Campania prot. n. 2023 -0219249 del 27 Aprile 2023 , preoccupata dei ritardi nell' attivazione dell' HUB unico regionale, ha deciso di imprimere una decisa accelerazione alla realizzazione del processo di centralizzazione della DPC farmaci e presidi per diabetici.

Nel rinviare la prevista DPC per diabetici al 1° Luglio 2023, dispone di portare a regime l' intero ciclo centralizzato a decorrere dal 1° settembre p.v..

Ulteriori ritardi vedranno il dirottamento dell' intero servizio verso apposita procedura di gara a cura di SORESA.

Il Segretario  
Maurizio Manna

Il Presidente  
Mario Flovilla



Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

-----  
Il Direttore Generale

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2023. 0208584 19/04/2023 15,44

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e disposi...

Dest. : DIRETTORI GENERALI E DIRETTORI SANITARI AA.SS.LL.E AA.O...

Classifica : 50.4. Fascicolo : 11 del 2023



Ai Direttori Generali  
Ai Direttori Sanitari  
AA.SS.LL.

E, per il loro tramite

Ai Responsabili dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione

E, p.c.

Agli Ordini dei Farmacisti della Regione Campania

Federfarma Campania  
Assofarm Campania

**OGGETTO:** Trasmissione Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e le Associazioni di categoria dei titolari delle farmacie pubbliche e private convenzionate per l'attuazione dello screening per l'eliminazione dell'infezione attiva da HCV

Con D.D. n.529 del 22.12.2022 "Percorso di attuazione e modello organizzativo dello screening per l'eliminazione dell'infezione attiva da HCV in Regione Campania" è stato approvato uno specifico percorso ed un modello organizzativo da attuare in ambito regionale per l'individuazione precoce degli utenti infetti da HCV e, quindi, per l'eliminazione dell'infezione attiva al fine di favorire l'individuazione delle infezioni "sommerse" che potrebbero essere invece prese in carico e trattate precocemente.

Con la presente si trasmette, in allegato, il Protocollo di Intesa tra la Regione Campania e le Associazioni di categoria dei titolari delle farmacie pubbliche e private convenzionate per l'attuazione dello screening per l'eliminazione dell'infezione attiva da HCV riportato in oggetto.

Il Dirigente UOD 02  
f.to Dott. Vincenzo Giordano

Il Dirigente UOD 06  
f.to Dott. Ugo Trama

Il Referente Regionale HCV  
f.to Dott.ssa Raffaella Errico

Il Direttore  
f.to Avv. Antonio Postiglione



*Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

*Direzione Generale*

OGGETTO: PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE CAMPANIA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DEI TITOLARI DELLE **FARMACIE** PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE PER L'ATTUAZIONE DELLO SCREENING PER L'ELIMINAZIONE DELL'INFEZIONE ATTIVA DA **HCV**.

Premesso che:

- rilevare le infezioni da virus dell'epatite C ancora non diagnosticate, per migliorare la possibilità di diagnosi precoce ed avviare i pazienti al trattamento, onde evitare le complicanze di una malattia epatica avanzata e delle manifestazioni extraepatiche, interrompendo così la circolazione del virus ed impedendo nuove infezioni, è uno degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile che definisce un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità, sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU;
- che il D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019, convertito con modificazioni dalla L. n. 8 del 28 febbraio 2020, all'articolo 25-sexies "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV" prevede, in via sperimentale, uno screening gratuito destinato ai nati negli anni dal 1969 al 1989, ai soggetti che sono seguiti dai servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerD) nonché ai soggetti detenuti in carcere, al fine di prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV);
- che con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e di Bolzano, in data 17 dicembre 2020, con Repertorio n. 226 /CSR, ai sensi del succitato art. 25-sexies, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, sono state ripartite tra le Regioni le somme destinate al finanziamento di uno screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus HCV.

Considerato che:

- nella seduta del 17 dicembre 2020, Repertorio atti n. 216/CSR, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Intesa sullo Schema di decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e finanze, per lo "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV";
- nella medesima seduta la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Intesa sulla proposta del Ministero della

Salute di deliberazione per il Cipe di ripartizione delle somme destinate al finanziamento di uno screening gratuito e nazionale per prevenire, eliminare ed eradicare il virus HCV, a valere sul FSN 2020 e 2021.

Visto che:

- con DD della Regione Campania n. 529 del 22 dicembre 2022 è stato approvato il documento denominato "Percorso di attuazione e modello organizzativo dello screening per l'eliminazione dell'infezione attiva da HCV in Regione Campania";
- relativamente allo screening HCV di I livello, il succitato decreto prevede la partecipazione delle farmacie pubbliche e private convenzionate per l'esecuzione del test rapido HCV.

Ritenuto di:

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa al fine di coinvolgere la rete delle farmacie territoriali per il "Percorso di attuazione e modello organizzativo dello screening per l'eliminazione dell'infezione attiva da HCV in Regione Campania".

Tanto premesso e considerato, si conviene e si stipula tra:

- Regione Campania, (Codice Fiscale 80011990639), sede legale: via S. Lucia, 81 - 80132 Napoli. Rappresentata dall' Avv. Antonio Postiglione e dal Dott. Ugo Trama;
- Federfarma Campania, (Codice Fiscale 94112670636), sede legale: via Toledo 156 — 80132 Napoli.  
Rappresentata dall' Dott. Mario Flovilla;
- Assofarm Campania, (Codice Fiscale 95258180637), sede legale: via Taddeo da Sessa snc 80143 — Napoli.  
Rappresentata dall'Avv. Domenico Della Gatta.

## PROTOCOLLO DI INTESA

### Art. 1 Screening HCV

1. Le farmacie che intendono svolgere l'attività di effettuazione dei test rapidi per lo screening HCV lo comunicano preventivamente alla Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, tenuto conto delle modalità definite dalla Regione, compilando il modulo in allegato 1;
2. le Aziende Sanitarie Locali competenti territorialmente provvederanno all'abilitazione della farmacia/farmacisti sulla piattaforma regionale Sinfonia;
3. l'effettuazione dei test rapidi è eseguita previa verifica dell'identità e previa acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario nonché previa valutazione della idoneità/inidoneità del soggetto richiedente a sottoporsi allo screening HCV;

4. l'effettuazione dei test rapidi screening HCV è eseguita solamente nei confronti dei soggetti iscritti all'anagrafe sanitaria residenti, domiciliati o assistiti in Regione Campania nati tra il 1969 ed il 1989;
5. i soggetti considerati non eleggibili sono quelli con storia già nota di infezione HCV/guarigione e pazienti che hanno già praticato ricerca di HCVab/HCV RNA con esito negativo negli ultimi 12 mesi;
- 6 il farmacista abilitato avrà cura di flaggare sulla piattaforma l'acquisizione del consenso informato e/o del diniego e conservare i relativi moduli debitamente sottoscritti e corredati degli estremi del documento di riconoscimento, presso la propria farmacia;
7. il criterio di attribuzione dei test sarà definito e comunicato dalla Regione alle farmacie aderenti per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

## **Art. 2 Attività delle Farmacie**

Le Farmacie si impegnano a:

1. sensibilizzare la popolazione circa l'importanza dello screening HCV al fine di estendere il consenso dei cittadini all'adesione e di incrementare il numero dei soggetti per il conseguimento degli obiettivi regionali relativi al programma di screening. Tale sensibilizzazione va svolta attraverso l'utilizzo di materiale informativo, attraverso l'adesione alle iniziative delle singole aziende sanitarie nonché attraverso azioni di counselling e simili;
2. illustrare al soggetto leggibile la scheda informativa, il consenso informato e l'attestato di avvenuta effettuazione reperibili dalla piattaforma;
3. flaggare sulla piattaforma l'acquisizione del consenso informato (avendo cura di conservare i relativi moduli debitamente sottoscritti e corredati degli estremi del documento di riconoscimento, presso la propria farmacia) ed eseguire il relativo test rapido;
4. in caso di diniego da parte dell'assistito, il farmacista abilitato dovrà scaricare dalla piattaforma dedicata il modulo di diniego da sottoporre all'assistito. Quest'ultimo dovrà essere firmato, datato e conservato come per il consenso;
5. assumersi la responsabilità del trattamento dei dati, nella persona del titolare della farmacia o direttore responsabile della stessa;
6. registrare in piattaforma i test di screening HCV effettuati.

## **Art. 3 Documentazione**

Le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale che aderiranno, su base volontaria, al Progetto di screening HCV si impegnano ad inviare la propria disponibilità all'adesione alla ASL di competenza e alla propria Associazione Sindacale di categoria provinciale. Il modulo di adesione, in allegato, va inoltre integrato con i seguenti dati:

- Denominazione della farmacia;
- Tipologia della farmacia (urbana, rurale, rurale sussidiata);

- Comune di residenza della farmacia;
- Indirizzo della farmacia;
- Numero di telefono;
- Indirizzo di posta elettronica certificato;
- Altro indirizzo di posta elettronica non certificato;
- Codice Convenzionale ASL della Farmacia;
- Codice NSIS della Farmacia;

Sarà cura delle AA.SS.LL. fornire agli enti richiedenti l'elenco delle farmacie aderenti, la data di inizio attività e il nominativo del referente delle attività.

#### Art. 4 Emolumenti

La Regione Campania riconosce alle farmacie che aderiscono al "Percorso di attuazione e modello organizzativo dello screening per l'eliminazione dell'infezione attiva da HCV in Regione Campania" la somma di €4,00 per le farmacie urbane e €4,10 per le farmacie rurali per l'espletamento delle attività di cui all'art.2 comma 3 e 6 ovvero di cui all'art. 2 comma 4 del presente Protocollo di Intesa.

Farmacie	Euro
URBANE	4,00
RURALI SUSSIDIATE	4,10

Sono previsti ulteriori €2,00 per l'identificazione e la stratificazione degli assistiti eleggibili, domiciliati o assistiti in Regione Campania, nati tra il 1969 ed il 1989.

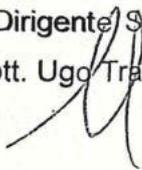
La farmacia dovrà conservare tutta la documentazione comprovante l'attività svolta.

Si allega al presente accordo:

Allegato 1 - Modello di comunicazione - adesione;

Letto approvato e sottoscritto

Il Dirigente Staff 93  
Dott. Ugo Trama

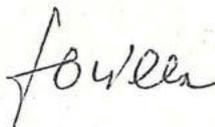


Il Direttore Generale  
Avv. Antonio Postiglione



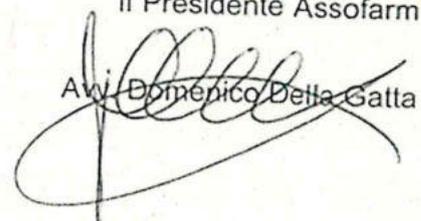
Il Presidente Federfarma Campania  
Campania

Dott. Mario Flovilla



Il Presidente Assofarm

Avv. Domenico Della Gatta



Allegato 1

MODULO DI COMUNICAZIONE-ADESIONE

ATTUAZIONE TEST RAPIDO SCREENING HCV

da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente

alla propria Associazione Sindacale di  
categoria provinciale

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ titolare o  
direttore legale rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_ (indicare la  
denominazione della farmacia), codice \_\_\_\_\_ codice NSIS \_\_\_\_\_ tipologia  
(urbana/rurale) \_\_\_\_\_ ubicata in Via \_\_\_\_\_ n. CAP \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Fraz. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_

Contatti:

Telefono: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Aderisco:

— screening HCV

a SI a NO

e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza e di riservatezza per la corretta conduzione delle attività.

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_