



## **Decreto Dirigenziale n. 939 del 29/12/2023**

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

**ACCORDI ATTUATIVI DELLE PRESTAZIONI RIENTRANTI NELLE ATTIVITA' DELLA C.D. "FARMACIA DEI SERVIZI"**

## IL DIRETTORE GENERALE

**PREMESSO che**

- l'art. 1 del d.lgs. n. 153 del 2009 ha previsto nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, tra cui: l'erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano; l'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;
- il Decreto del Ministero della Salute del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011, il Decreto del Ministero della Salute del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011 ed il Decreto del Ministero della Salute dell'8 luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 01 ottobre 2011 hanno aggiornato le competenze in tema di "farmacia dei servizi", hanno previsto l'erogazione di servizi e prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie, mediante la disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali, l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali, l'erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 ha previsto che «le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrati la dispensazione di farmaci e dispositivi medici, nonché alimenti a fini medici speciali, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza e la dispositivivigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni ai sensi della normativa vigente, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria»;

**CONSIDERATO che**

- secondo quanto statuito con il Decreto del Ministero della Salute dell'8 luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 dell'1 ottobre 2011, le farmacie, attraverso una postazione dedicata, possono operare anche come canali di accesso al Sistema CUP per prenotare prestazioni di

assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento dei ticket, ritirare i relativi referti, accedere al fascicolo sanitario elettronico;

- il 20 febbraio 2014, al fine di garantire uno sviluppo coordinato, armonico e coerente della telemedicina nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è stata siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" (Repertorio Atti n. 16/CSR del 20/02/2014), in cui viene rappresentato che la Telemedicina assume un ruolo centrale nell'organizzazione del "nuovo" Servizio Sanitario (Nazionale e Regionale), che pone la farmacia quale presidio territoriale capillare e al tempo stesso idoneo a ospitare servizi sanitari svolti da remoto, individuata quale uno dei luoghi di fruizione delle prestazioni in telemedicina;

### **CONSIDERATO, altresì, che**

- in sede di conversione in legge, con modificazioni, del d.l. del 24 marzo 2022, n. 24, il legislatore ha ritenuto di formalizzare in legge il ruolo centrale della farmacia nelle attività di diagnosi e monitoraggio dei contagi e attuazione del piano vaccinale, introducendo il seguente inciso: "All'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, dopo la lettera e-ter) è inserita la seguente: "e-quater) la somministrazione, con oneri a carico degli assistiti, presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di vaccini anti SARS-CoV-2 e di vaccini antinfluenzali nei confronti dei soggetti di età non inferiore a diciotto anni, previa presentazione di documentazione comprovante la pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievo del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa";

### **RITENUTO**

- di dover approvare e ratificare gli accordi attuativi siglati dalla Regione Campania e le Associazioni di categoria dei titolari delle farmacie pubbliche e private convenzionate per le prestazioni rientranti nelle attività previste dalla normativa in tema di "Farmacia dei Servizi", di seguito specificati:
  - accordo attuativo per i servizi di Front Office e Fascicolo Sanitario Elettronico;
  - accordo attuativo per i servizi di monitoraggio dell'aderenza terapeutica;
  - accordo attuativo per i servizi di ricognizione e riconciliazione alla terapia farmacologica;
  - accordo attuativo per i servizi di telecardiologia (holter pressorio, holter cardiaco, ECG e spirometria);
  - accordo attuativo per la somministrazione di test per l'emoglobina glicata ed il quadro lipidico;
  - accordo attuativo per effettuare attività di screening oncologici;

VISTO l'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, recante delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti;

VISTO l'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, concernente i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute dell'8 luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 01 ottobre 2011;

VISTA la legge n. 178 del 30.12.2020, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021, nella parte in cui all'art. 1 comma 420 prevede che all'art. 1 comma 2 del d.lgs. n. 153/2009, dopo la lettera e-bis) è inserita la seguente: *«e-ter) l'effettuazione presso le farmacie da parte di un farmacista di test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare»*;

VISTA l'intesa Stato Regioni n. 33/CSR del 07/03/2019;

VISTA l'intesa Stato Regioni n. 167/CSR del 17/10/2019;

VISTA l'intesa Stato Regioni n. 41/CSR del 30/03/2022;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022 con il quale è stato emanato il "Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale";

VISTA la Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 407 del 27.07.2022 con cui è stato approvato il documento "Attività di sperimentazione dell'erogazione di nuovi servizi nella farmacia di comunità nella Regione Campania negli anni 2022-2023 - Cronoprogramma";

VISTA la Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 682 del 13.12.2022 con cui sono state emanate le "linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in

applicazione delle attività previste dal piano nazionale di ripresa e resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022”;

ACCERTATA l'assenza di cause di incompatibilità e/o conflitto di interessi per il Direttore Generale firmatario del presente decreto, ai sensi della legge anticorruzione e trasparenza (L. n.190/2013 e D.lgs. 33/2013) e del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 e Decreto del Presidente della Repubblica aprile 2013, n. 62);

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal competente ufficio regionale, verificata la regolarità della documentazione e la veridicità delle autodichiarazioni rese, necessaria a consentire l'espressa dichiarazione di regolarità resa dal Direttore Generale della D.G. Tutela della Salute;

## DECRETA

per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono integralmente riportate:

- 1) **di approvare e ratificare** gli accordi attuativi siglati dalla Regione Campania e le Associazioni di categoria dei titolari delle farmacie pubbliche e private convenzionate per le prestazioni rientranti nelle attività previste dalla normativa in tema di “Farmacia dei Servizi”, allegati al presente provvedimento, di cui ne formano parte integrante, di seguito specificati:
  - accordo attuativo per i servizi di Front Office e Fascicolo Sanitario Elettronico (Allegato 1);
  - accordo attuativo per i servizi di monitoraggio dell'aderenza terapeutica (Allegato 2);
  - accordo attuativo per i servizi di ricognizione e riconciliazione alla terapia farmacologica (Allegato 3);
  - accordo attuativo per i servizi di telecardiologia (holter pressorio, holter cardiaco, ECG e spirometria) (Allegato 4);
  - accordo attuativo per la somministrazione di test per l'emoglobina glicata ed il quadro lipidico (Allegato 5);
  - accordo attuativo per effettuare attività di screening oncologici (Allegato 6);
- 2) **di demandare** alla U.O.D. 50.04.06. Politica del Farmaco e Dispositivi l'adozione degli atti consequenziali, ivi compresa la notifica del presente provvedimento ai Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie Locali, agli Ordini Provinciali dei Farmacisti ed alle Associazioni di categoria, con obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale;
- 3) **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania e nella Sezione “Amministrazione Trasparente – Casa di Vetro” del sito Internet istituzionale della Regione.

Il Direttore Generale  
Avv. Antonio POSTIGLIONE





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

*Direzione Generale*

**OGGETTO: ACCORDO ATTUATIVO TRA LA REGIONE CAMPANIA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DEI TITOLARI DELLE FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE PER I SERVIZI DI FRONT OFFICE E SERVIZIO FSE IN REGIONE CAMPANIA.**

**Premesso che:**

- con la L. n. 69/2009, all'art. 11, è stato ampliato il numero di servizi offerti ai cittadini in ambito sanitario all'interno delle farmacie di comunità, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi",
- che con il D.L. 153 del 3 ottobre 2009, sono stati individuati dei nuovi servizi da erogare attraverso le Farmacie di Comunità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che Il FSE è un elemento chiave dell'insieme di iniziative che si inseriscono nell'ambito della Sanità Digitale e rappresenta un importante strumento per il miglioramento della qualità delle cure che le strutture sanitarie, a tutti i livelli, offrono all'assistito.
- Il FSE è messo a disposizione dalle Regioni e dalle Province Autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, con finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico, programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria. Il potenziamento del FSE rientra negli obiettivi assegnati dallo Stato alle Regioni;

**Considerato che:**

- che le Farmacie di Comunità convenzionata, grazie alla loro capillarità sul territorio, entrano in contatto si configurano come un luogo privilegiato per la raccolta del consenso informato necessario all'attivazione del FSE della popolazione e per sensibilizzare la cittadinanza all'utilizzo consapevole del FSE;

**Ritenuto di:**

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa al fine di coinvolgere la rete delle farmacie territoriali al raggiungimento dell'obiettivo l'implementazione dei programmi dei servizi di front office e servizi FSE.

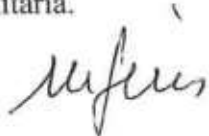
**Tanto premesso e considerato, si conviene e si stipula tra:**

- 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 Introduzione**

1. I Servizi di front-office vengono identificati come uno degli ambiti di riferimento per l' esecuzione delle progettualità dove si collocano i servizi relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino in termini di arricchimento o consultazione.
2. Per Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si intende un insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private.
3. Il FSE è istituito in base all'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) viene attivato per legge e alimentato con dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario, generati da eventi clinici presenti e trascorsi, che fanno parte della storia clinica del cittadino. Il FSE è un elemento chiave dell'insieme di iniziative che si inseriscono nell'ambito della Sanità Digitale e rappresenta un importante strumento per il miglioramento della qualità delle cure che le strutture sanitarie, a tutti i livelli, offrono all'assistito.
4. Il FSE è messo a disposizione dalle Regioni e dalle Province Autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, con finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.





5. Attualmente il Fascicolo Sanitario Elettronico raccoglie e rende disponibili al paziente e, con il suo consenso, al personale sanitario:

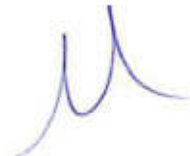
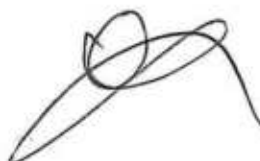
- i dati identificativi e amministrativi dell'assistito;
- le informazioni del medico di base o pediatra di libera scelta di riferimento;
- le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- i referti di laboratorio;
- il profilo sanitario sintetico redatto e aggiornato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta.

### **Art. 2 Obiettivi**

1. L'obiettivo primario del progetto è contribuire a sensibilizzare la cittadinanza all'utilizzo consapevole del FSE e ad integrare quanto già presente nel sistema con ulteriori informazioni che possano rendere tale strumento realmente efficace ed operativo.
2. Come obiettivo ulteriore il progetto si pone di favorire la costituzione di una rete tra gli attori coinvolgibili che possa contribuire in maniera cooperativa alla gestione e mantenimento dei flussi informativi utili alla corretta operatività del FSE

### **Art. 3 Attori coinvolti**

1. Farmacie: coinvolgono i cittadini sensibilizzandoli in merito e, a seguito di consenso ad operare da parte di questi, effettuano le implementazioni possibili nel FSE assolvendo i compiti descritti nel seguente protocollo. L'adesione è su base volontaria.
2. Ordine dei Farmacisti/Associazioni: erogano il corso di Formazione necessario all'esecuzione del progetto.
3. Regione Campania: Soggetto proponente il progetto sperimentale. Ha la responsabilità del progetto ne definisce dimensione, obiettivi e termine. Monitora, tramite le ASL, l'andamento ed il raggiungimento degli obiettivi.
4. Pazienti/Cittadini: acconsentono alla gestione del proprio FSE nei termini del presente progetto in tutte le farmacie aderenti su base volontaria.



#### **Art. 4 Durata**

1. Il presente accordo, salvo proroghe, avrà durata fino al 30.06.2024.

#### **Art. 5 Descrizione**

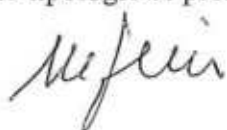
1. Il farmacista opera in spazi adeguati che consentano la riservatezza adeguata a garantire tutela dei dati comunicati dal cittadino e la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità.
2. Il farmacista coinvolge il cittadino sensibilizzandolo alla conoscenza del FSE. Il farmacista identifica il cittadino, fornisce le informazioni sul FSE, si occupa di far rilasciare al cittadino il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità di operatività e lo acquisisce, stampa e rilascia ricevuta ove necessario.
3. Il farmacista informa in tale fase il cittadino della possibilità di alimentare il FSE con i dati e i documenti relativi alle prestazioni sanitarie erogate dal SSN prima del 19 maggio 2020 (cosiddetti «dati pregressi»)
4. Il farmacista informa in tale fase il cittadino della possibilità di concedere il consenso alla consultazione del proprio Fascicolo Sanitario Elettronico agli operatori autorizzati.
5. Le implementazioni, anche in virtù delle informazioni inerenti agli altri progetti sperimentali regionali riguarderanno in maniera non esaustiva i seguenti ambiti:
  - Inserimento di referti per prestazioni di telemedicina effettuate;
  - Inserimento dei vaccini effettuati;
  - Inserimento delle allergie eventuali del soggetto;
  - Inserimento di piani terapeutici e prescrizioni farmaci, esami specialistici e visite.

#### **Art. 6 Popolazione Target**

1. La sperimentazione è rivolta ai cittadini maggiorenni che acconsentono di poter operare nel proprio FSE.

#### **Art. 7 Materiali e strumentazione**

1. Le farmacie pubbliche e private, per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti, dovranno utilizzare spazi dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano le operazioni sul FSE del cittadino, assicurando un livello adeguato di riservatezza.
2. Il farmacista avrà inoltre l'obbligo di esporre nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni analitiche disponibili agli utenti.



3. Vengono inoltre identificate le seguenti apparecchiature per l'espletamento del progetto:

- Pc con connessione ad Internet per l'accesso al sistema FSE e le operazioni di accesso ed implementazione;
- Attrezzatura dedicata e specifica in relazione al tipo di prestazione fornita.

### Art. 11 Emolumenti

1. La Regione Campania riconosce alle farmacie che aderiscono alla campagna di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica il seguente importo:
  - la somma di € 6,00 euro più iva per ogni consenso raccolto;
2. Le farmacie aderenti potranno raccogliere un massimo di cento consensi nel periodo di attivazione della sperimentazione.

La liquidazione dei corrispettivi avverrà previa presentazione, bimestrale, della DCR-AIR, opportunamente modificata, all'A.S.L. di riferimento che provvederà ad effettuare i controlli.

Ai fini del pagamento dei corrispettivi farà fede quanto estratto dalla piattaforma ministeriale TS Sogei.

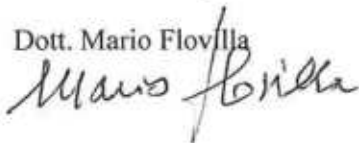
La farmacia dovrà, in ogni caso, conservare tutta la documentazione comprovante l'attività svolta, anche con il supporto della piattaforma digitale.

Si precisa che l'attivazione e l'effettuazione dei servizi di cui al presente protocollo è finanziato con i fondi della cd. "Farmacia dei servizi" e non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo ottobre 2009, n. 153, fermo restando che eventuali prestazioni al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

Napoli, --/--/----

Federfarma Campania


Dott. Mario Flovilla



Regione Campania

Avv. Antonio Postiglione

Dott. Ugo Trama



Assofarm Campania

Avv. Domenico Della Gatta



Allegato 1 Modulo di consenso





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

*Direzione Generale*

**OGGETTO: Accordo attuativo tra la Regione Campania e le Associazioni di categoria dei titolari delle farmacie pubbliche e private convenzionate per effettuare il monitoraggio dell'aderenza terapeutica.**

**Premesso:**

- che con la L. n. 69/2009, all'art. 11, è stato ampliato il numero di servizi offerti ai cittadini in ambito sanitario all'interno delle farmacie di comunità, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi",
- che con il D.L. 153 del 3 ottobre 2009, sono stati individuati dei nuovi servizi da erogare attraverso le Farmacie di Comunità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che tra i nuovi servizi da erogare attraverso le farmacie di comunità rientra l'aderenza alla terapia farmacologica, tale attività mira a una diminuzione della morbilità e della mortalità congiuntamente ad una riduzione della spesa pubblica per le terapie prescritte ai pazienti cronici. La Regione Campania, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali e le farmacie di comunità, mira a un costante miglioramento dell'aderenza del paziente alla terapia per i pazienti affetti da BPCO, per i pazienti affetti da Diabete di tipo 2 e per i pazienti affetti da Ipertensione;

**Considerato:**

- che le Farmacie di Comunità convenzionate, grazie alla loro capillarità sul territorio, entrano in contatto e si configurano come un luogo privilegiato per l'arruolamento della popolazione eleggibile per monitorare l'aderenza alle terapie farmacologiche;
- che l'aderenza terapeutica indica quanto l'assistito è conforme alle raccomandazioni ricevute dal medico di famiglia o dal medico specialista circa le quantità, la frequenza e la tempistica di assunzione di un farmaco previsto da un piano terapeutico.
- che la mancata o scarsa aderenza è una delle principali cause di non efficacia delle terapie farmacologiche e comporta un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, con un maggior aggravio sulla spesa pubblica e un rilevante danno alla salute dei pazienti.
- che maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN.

**Ritenuto di:**

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa al fine di coinvolgere la rete delle farmacie di comunità al raggiungimento dell'obiettivo di incrementare la percentuale di assistiti affetti da BPCO, Diabete di tipo 2 e Ipertensione aderenti alle terapie farmacologiche che gli sono state prescritte.

**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 Obiettivi**

L'attività in sperimentazione "Monitoraggio dell'aderenza alla terapeutica" ha i seguenti obiettivi:

1. Raccogliere dati sull'aderenza della terapia nel paziente affetto da BPCO, Diabete di tipo 2 e Ipertensione.
2. Intervenire sull'aderenza alla terapia e sull'adesione alle linee guida per la patologia.
3. Migliorare gli stili di vita dei pazienti con attività di counselling.

**Art.2 Monitoraggio dell'Aderenza**

- 1 Le farmacie che intendono effettuare questa sperimentazione comunicano preventivamente alla Azienda sanitaria Locale competente per territorio, tenuto conto delle modalità definite dalla Regione. Compilando il modulo di adesione (ALL.2);
- 2 L'arruolamento dei pazienti è eseguita previa verifica dell'identità ed esibizione da parte dell'avente diritto della Tessera Sanitaria e previa acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario (ALL.1 e ALL.3) e valutazione della idoneità/inidoneità dell'avente diritto a sottoporsi al questionario sull'aderenza (ALL.4 e 5);



- 3 Le farmacie, nei mesi successivi all'arruolamento, al momento del ritiro di ogni nuova confezione di farmaco e/o dispositivo prescritto, effettuano un follow up dell'aderenza sottoponendo nuovamente il questionario e valutando il corretto utilizzo del dispositivo da parte del paziente.
- 4 Il farmacista o il personale amministrativo sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia ~~deve registrare i dati, della ricetta e del questionario, nella piattaforma informatica messa a disposizione dalla Regione, secondo le indicazioni formulate dalla Regione.~~

### **Art. 3 Documentazione**

Le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, che aderiscono, su base volontaria, al Progetto di monitoraggio dell'aderenza terapeutica, si impegnano ad inviare la propria disponibilità all'adesione alla ASL di competenza, all'ordine provinciale e alla propria Associazione Sindacale di categoria provinciale. L'oggetto della comunicazione dell'adesione dovrà essere "Adesione progetto di monitoraggio aderenza terapeutica", <nome farmacia >, <ASL di competenza>" e, andranno indicati nel dettaglio: modalità e luogo di svolgimento del servizio. 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;

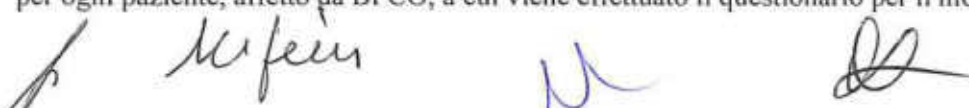
Il riconoscimento degli emolumenti di seguito trattati verrà corrisposto tramite approvazione di apposito documento contabile, ovvero nell'ambito della distinta contabile riepilogativa predisposta dalle farmacie, opportunamente modificata ed integrata.

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 alla campagna di monitoraggio dell'aderenza terapeutica i seguenti importi:

- la somma di € 50,00 euro più iva per l'arruolamento e un minimo di tre follow up nei sei mesi successivi per ogni paziente, affetto da BPCO, a cui viene effettuato il questionario per il monitoraggio dell'aderenza;



- la somma di € 50,00 euro più iva per l'arruolamento e un minimo di tre follow up nei sei mesi successivi per ogni paziente, affetto da Diabete di tipo 2, a cui viene effettuato il questionario per il monitoraggio dell'aderenza;
  - la somma di € 50,00 euro più iva per l'arruolamento e un minimo di tre follow up nei sei mesi successivi per ogni paziente, affetto da Ipertensione, a cui viene effettuato il questionario per il monitoraggio dell'aderenza;
- 

La liquidazione dei corrispettivi avverrà previa presentazione, della DCR-AIR al termine del semestre, opportunamente modificata, all'A.S.L. di riferimento che provvederà ad effettuare i controlli.

La farmacia dovrà, in ogni caso, conservare tutta la documentazione comprovante l'attività svolta, anche con il supporto della piattaforma digitale.

Si precisa che l'attivazione e l'effettuazione dei servizi di cui al presente protocollo è finanziato con i fondi della cd. "Farmacia dei servizi" e non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo ottobre 2009, n. 153, fermo restando che eventuali prestazioni al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

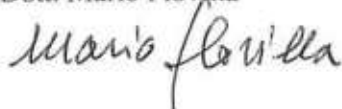
#### Art. 5 Durata

Il presente accordo, salvo proroghe, avrà durata fino al 30.06.2024.

Napoli, \_\_/\_\_/\_\_

**Federfarma**

Dott. Mario Flovilla



**Regione Campania**

Avv. Antonio Postiglione

Dott. Ugo Trama



**Assofarm**

Avv. Domenico Della Gatta





## Allegato 1

### MONITORAGGIO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

#### FOGLIO INFORMATIVO

*Cittadino/Paziente*

---

Tale sperimentazione mira a raccogliere i dati sull'aderenza della terapia nei pazienti con bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), con Diabete di tipo 2 e con Ipertensione. In particolare:

- Individuare i soggetti a rischio di aggravamento a causa di una mancata aderenza alla terapia prescritta;
- Migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti;
- Tracciare i fattori sociali che potrebbero influire sul tasso di aderenza;
- Intervenire sull'aderenza alla terapia e sull'adesione alle linee guida per la patologia.

Il cittadino sarà sottoposto ad un questionario con domande in merito le proprie abitudini di vita e in merito alla terapia prescritta. Il questionario, una volta completato, sarà oggetto di una valutazione sintetica da parte del farmacista. La documentazione, una volta sottoscritta, verrà rilasciata al cittadino e contestualmente verrà inserita nella piattaforma informatica messa a disposizione dalla regione e sarà un utile strumento per gli altri operatori sanitari che eventualmente prenderanno in carico il soggetto monitorato.

#### **Durata prevista della Sua partecipazione al progetto**

Circa 20-30 min.

#### **Possibili benefici**

Il cittadino avrà accesso al counselling da parte del farmacista sul modo in cui assume la terapia e riceverà eventuali consigli a riguardo.

#### **Eventuali spese**

Il progetto è interamente gratuito per il cittadino.

#### **Volontarietà della partecipazione**

La partecipazione è volontaria.

Qualora il cittadino decidesse di partecipare al progetto in oggetto, potrà ritirare il Suo consenso in qualsiasi momento. La decisione di non partecipare, così come la decisione di ritirarsi in qualsiasi momento, non pregiudica le cure attuali e future alle quali ha diritto.

#### **Accesso alla Sua documentazione medica**

Le informazioni condivise con gli operatori sanitari previsti dal progetto sono disciplinate a norma di legge.

#### **Riservatezza della Sua documentazione medica originale**

La documentazione che La identifica sarà mantenuta riservata così come previsto dalla normativa applicabile in materia. Qualora i risultati dello fossero pubblicati, la Sua identità rimarrà segreta e tutti i dati saranno utilizzato solo in forma aggregata e previa autorizzazione all'utilizzo da parte del Ministero della Salute.

Allegato 2

MODULO DI COMUNICAZIONE

ADESIONE AL PROGETTO SULL'ADERENZA TERAPEUTICA

---

da inviare a:

*Azienda sanitaria territorialmente competente Ordine dei Farmacisti territorialmente competente Associazione provinciale di appartenenza*

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

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di Monitoraggio dell'aderenza terapeutica:

- SI  
 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 che l'attività sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere in possesso della strumentazione necessaria allo svolgimento dell'attività

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività monitoraggio dell'aderenza terapeutica.

Data \_\_\_\_

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

Allegato 3

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Per proprio conto

**In veste di**  genitore  tutore

Il Sottoscritto

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver ricevuto e compreso le informazioni, nello specifico:

- ho letto e compreso il foglio informativo;
- ho avuto il tempo di informarmi circa il progetto, di porre domande e di ricevere risposte soddisfacenti relativamente al progetto Regionale della Farmacia dei Servizi – Monitoraggio dell'aderenza terapeutica.

**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa, per le finalità ivi indicate.

SI  NO

**INOLTRE, ACCONSENTE (Ove previsto)**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, alla comunicazione dei dati personali raccolti secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa, per le finalità ivi indicate AL PROPRIO Medico di Medicina Generale

SI  NO

Dott. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Letto, confermato e sottoscritto**

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

**Da compilare ove previsto**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 - DPR 18/12/2000, N. 445)**

Il Sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria personale responsabilità, dichiara di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i minorenni di età ed i soggetti sottoposti a tutela, unite in allegato; di aver informato l'altro esercente la responsabilità genitoriale della sperimentazione; di esprimere il consenso anche per suo conto.

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato 4**  
**Questionario Sociale**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Et  \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Numero  
componenti familiari \_\_\_\_\_

---

**Titolo di studio:**

- licenza elementare
- licenza media
- scuola superiore biennio/triennio
- scuola superiore quarto e quinto anno
- diploma
- diploma universitario

**Professione** \_\_\_\_\_

**Aiuto personale esterno alla famiglia:**

- parenti
- amici
- volontariato
- a pagamento

Allegato 5

Questionario sull'aderenza alla terapia

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

---

**Qual è la patologia di cui è affetto/a?**

- BPCO
- Diabete di tipo 2
- Ipertensione

**1. Si avvale del supporto di un parente o di una badante che le ricorda la somministrazione dei suoi farmaci per il diabete**

- SI
- NO

**2. Ha sempre con sé un pro-memoria scritto dei medicinali da assumere ogni giorno?**

- SI
- NO

**5. A volte si dimentica di prendere i farmaci?**

- SI
- NO

**6. Nell'ultimo mese si è dimenticato di prendere le medicine per il trattamento della sua patologia?**

- SI
- NO

**Se sì, indicare il motivo (possono essere indicate anche più motivazioni):**

- non ero a casa nel momento in cui dovevo prendere i farmaci
- devo assumere troppi farmaci più volte al giorno
- ho uno schema di terapia troppo complicato
- ero ammalato
- altro:

7. Ha mai ridotto o smesso di prendere il farmaco, senza dirlo al medico, perché aveva disturbi quando lo prendeva?

SI

NO

---

8. Quando sente di star meglio interrompe talvolta la terapia?

SI

NO

9. Quando ha effetti indesiderati tende ad interrompere la terapia?

SI

NO

10. Nell'ultimo mese ha sospeso di sua iniziativa il trattamento per almeno un giorno intero?

SI

NO

**Se sì, indicare il motivo (possono essere indicate anche più motivazioni):**

non ero a casa nel momento in cui dovevo prendere i farmaci

devo assumere troppi farmaci più volte al giorno

ho uno schema di terapia troppo complicato

il farmaco non sempre è disponibile

mi sentivo bene

volevo evitare gli effetti collaterali

farmaco e troppo costoso

ero ammalato

non volevo che altre persone mi vedessero prendere i farmaci

altro:

Ogni risposta positiva ha il punteggio pari a 0 e ogni risposta negativa ha punteggio pari a 1.

Il paziente è da considerarsi poco aderente se il punteggio totale è inferiore a 5, aderente se il punteggio è da 6 a 8 e molto aderente se il punteggio è superiore a 8.

Firma



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

-----  
*Direzione Generale*

**OGGETTO: ACCORDO ATTUATIVO TRA LA REGIONE CAMPANIA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DEI TITOLARI DELLE FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE PER EFFETTUARE LA RICOGNIZIONE E LA RICONCILIAZIONE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA.**

**Premesso:**

- che con la L. n. 69/2009, all'art. 11, è stato ampliato il numero di servizi offerti ai cittadini in ambito sanitario all'interno delle farmacie di comunità, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi",
- che con il D.L. 153 del 3 ottobre 2009, sono stati individuati dei nuovi servizi da erogare attraverso le Farmacie di Comunità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che tra i nuovi servizi da erogare attraverso le farmacie di comunità rientra la riconciliazione alla terapia farmacologica, tale attività mira a raccogliere informazioni dettagliate sui farmaci e/o integratori assunti dal paziente per poter effettuare una successiva valutazione, da parte del medico, dei farmaci e/o integratori assunti. Una corretta gestione della fase di ricognizione e riconciliazione permette di prevenire sia eventuali reazioni avverse sia di monitorare l'aderenza terapeutica e realizzare l'appropriatezza delle cure prescritte;

**Considerato:**

- che le Farmacie di Comunità convenzionata, grazie alla loro capillarità sul territorio, entrano in contatti si configurano come un luogo privilegiato per l'arruolamento della popolazione eleggibile per monitorare la ricognizione e la riconciliazione delle terapie farmacologiche;

**Ritenuto di:**

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa al fine di coinvolgere la rete delle farmacie di comunità al raggiungimento dell'obiettivo di prevenire errori nelle terapie, reazioni avverse e migliorare la consapevolezza dei cittadini nell'utilizzo dei farmaci/integratori.

**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 Obiettivi

L'attività in sperimentazione "Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica" ha i seguenti obiettivi:

1. ridurre le reazioni avverse ai farmaci/integratori;
2. prevenire errori nella prescrizione di una terapia;
3. permettere un utilizzo del farmaco più consapevole da parte dei pazienti;

### Art.2 Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica

1. Le farmacie che intendono effettuare questa sperimentazione comunicano preventivamente alla Azienda sanitaria Locale competente per territorio, tenuto conto delle modalità definite dalla Regione. Compilando il modulo di adesione (ALL.1);
2. L'arruolamento dei pazienti è eseguita previa verifica dell'identità ed esibizione da parte dell'avente diritto della Tessera Sanitaria e previa acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario (ALL.2) e valutazione della idoneità/inidoneità dell'avente diritto a sottoporsi ai questionari sulla ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica (ALL.3 e 4);
3. La Farmacia partecipante alla sperimentazione provvederà, previo rilascio del consenso informato da parte del paziente, alla raccolta di informazioni complete ed accurate sui medicinali utilizzati dal paziente stesso, tramite intervista al paziente o al parente/caregiver/amministratore di sostegno (qualora il paziente non sia in grado di riferire i medicinali che sta utilizzando) purché a conoscenza dei trattamenti in corso. Qualora quanto riferito dal paziente o dal parente/caregiver/amministratore di sostegno non fosse completo o esaustivo, sarà necessario integrare con almeno un'altra fonte di informazioni attendibile (es. lettera di dimissione ospedaliera, confezioni di medicinali portate dal domicilio, medico curante ...).
4. Il Farmacista compila la Scheda Ricognizione Farmacologica trascrivendo quanto esibito o riferito (ad es. confezioni di medicinali portati dal domicilio, lista dei farmaci assunti) dal paziente (o dal parente/caregiver/amministratore di sostegno). La lista dei farmaci che il paziente sta già assumendo (inclusi farmaci per automedicazione, integratori e prodotti omeopatici o erboristici) deve essere raccolta in modo dettagliato indicando esattamente per ciascuno:
  - numero di autorizzazione all' immissione in commercio (AIC);





- nome commerciale e/o denominazione del principio attivo;
- forma farmaceutica;
- dosaggio;
- posologia giornaliera;
- data di inizio e durata della terapia;
- data e ora dell'ultima dose assunta;
- via di somministrazione;
- ogni altro elemento ritenuto importante.

Durante il colloquio registra eventuali allergie e intolleranze e ogni altro elemento utile a fini di sicurezza e raccoglie di informazioni sui farmaci a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato, sui farmaci a ristretto margine terapeutico (ad es. farmaci anticoagulanti, farmaci antiepilettici, farmaci antiaritmici, farmaci tiroidei), sui farmaci ad azione immunosoppressiva, sugli antidiabetici, sugli oppioidi e sull'ossigeno.

- 5 Il farmacista o il personale amministrativo sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia deve registrare i dati, della ricetta e del questionario, nella piattaforma informatica messa a disposizione dalla Regione, secondo le indicazioni formulate dalla Regione.
- 6 Il farmacista effettua il monitoraggio tramite una verifica periodica (mediamente ogni due mesi o ad ogni modifica di terapia) utilizzando la piattaforma informatica predisposta e consegnando il documento aggiornato al paziente, se il farmacista rileva delle situazioni di rischio o di mancata compliance effettuerà il Counselling e l'eventuale segnalazione di sospette reazioni avverse.
- 7 La sperimentazione è rivolta sia a pazienti a domicilio con patologia cronica in poli terapia (che assumono almeno cinque principi attivi diversi).

### Art. 3 Documentazione

Le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, che aderiscono, su base volontaria, al Progetto di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica, si impegnano ad inviare la propria disponibilità all'adesione alla ASL di competenza, all'ordine provinciale, alla propria Associazione Sindacale di categoria provinciale. L'oggetto della comunicazione dell'adesione dovrà essere "Adesione Progetto di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica", <nome farmacia >, <ASL di competenza>" e, andranno indicati nel dettaglio: modalità e luogo di svolgimento del servizio. 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 elettronico certificato;
- Altro indirizzo di posta elettronico non certificato;
- Codice Convenzionale ASL della Farmacia;
- Codice NSIS della Farmacia;

Il riconoscimento degli emolumenti di seguito trattati verrà corrisposto tramite approvazione di apposito documento contabile, ovvero nell'ambito della distinta contabile riepilogativa predisposta dalle farmacie, opportunamente modificata ed integrata.

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 alla campagna di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica il seguente importo:

- la somma di € 50,00 euro più iva per l'arruolamento e un minimo di tre follow up nei sei mesi successivi per ogni paziente per cui viene effettuata la ricognizione e la riconciliazione della terapia farmacologica.

La liquidazione dei corrispettivi avverrà previa presentazione, della DCR-AIR alla fine del semestre di sperimentazione, opportunamente modificata, all'A.S.L. di riferimento che provvederà ad effettuare i controlli.

La farmacia dovrà, in ogni caso, conservare tutta la documentazione comprovante l'attività svolta, anche con il supporto della piattaforma digitale.

Si precisa che l'attivazione e l'effettuazione dei servizi di cui al presente protocollo è finanziato con i fondi della cd. "Farmacia dei servizi" e non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo ottobre 2009, n. 153, fermo restando che eventuali prestazioni al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

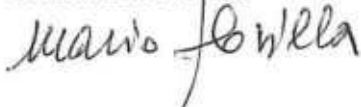
#### Art. 5 Durata

Il presente accordo, salvo proroghe, avrà durata fino al 30.06.2024.

Napoli, \_\_/\_\_/\_\_

**Federfarma**

Dott. Mario Fiorilla



**Regione Campania**

Avv. Antonio Postiglione

Dott. Ugo Trama



**Assofarm**

Avv. Domenico Della Gatta



Allegato 1

MODULO DI COMUNICAZIONE

**ADESIONE AL PROGETTO SULLA RICOGNIZIONE E LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**

da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente Ordine dei Farmacisti territorialmente competente  
Associazione provinciale di appartenenza

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

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica:

–  SI  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 che l'attività sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere in possesso della strumentazione necessaria allo svolgimento dell'attività

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.

Data \_\_\_\_\_

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

Allegato 2

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
 Per proprio conto

In veste di  genitore  tutore

Il Sottoscritto  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver ricevuto e compreso le informazioni, nello specifico:

- ho letto e compreso il foglio informativo;
- ho avuto il tempo di informarmi circa il progetto, di porre domande e di ricevere risposte soddisfacenti relativamente al progetto Regionale della Farmacia dei Servizi – di Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.

**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa, per le finalità ivi indicate.

SI  NO

**INOLTRE, ACCONSENTE (Ove previsto)**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, alla comunicazione dei dati personali raccolti secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa, per le finalità ivi indicate AL PROPRIO Medico di Medicina Generale.

SI  NO

Dott. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Letto, confermato e sottoscritto**

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

**Da compilare ove previsto**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 - DPR 18/12/2000, N. 445)**

Il Sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria personale responsabilità, dichiara di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i minorenni di età ed i soggetti sottoposti a tutela, unite in allegato;  
di aver informato l'altro esercente la responsabilità genitoriale della sperimentazione;  
di esprimere il consenso anche per suo conto.

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato 3**

**Questionario Sociale**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

NUMERO COMPONENTI FAMILIARI \_\_\_\_\_

AIUTO PERONALE ESTERNO ALLA FAMIGLIA:

- parenti
- amici
- volontariato
- a pagamento

TITOLO DI STUDIO:

- licenza elementare
- licenza media
- scuola superiore biennio/triennio
- scuola superiore quarto e quinto anno
- diploma
- diploma universitario

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

## Allegato 4

### Scheda di riconciliazione/ricognizione della terapia farmacologica

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_ NUMERO CARTELLA CLINICA \_\_\_\_\_

MMG \_\_\_\_\_ TEL MMG \_\_\_\_\_ EMAIL MMG \_\_\_\_\_

#### ALLERGIE/EFFETTI INDESIDERATI SIGNIFICATIVE AI FINI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Allergie/effetti indesiderati/reazioni avverse da terapie farmacologiche precedenti  SI  NO  NON NOTO

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

Intolleranze/allergie conosciute  SI  NO  NON NOTO Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

#### TERAPIE IN CORSO

Terapia anticoagulante  SI  NO

Terapia insulinica  SI  NO

Terapia ipoglicemizzanti orali  SI  NO

Terapia oppioidi  SI  NO

Terapia antiepilettica  SI  NO

Terapia immunosoppressiva  SI  NO

Terapia con ossigeno  SI  NO

Dispositivi medici medicati  SI  NO

#### STILE DI VITA

Omeopatici/fitoterapici e/o integratori  SI  NO

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

Alimenti a dosi elevate che possono interferire con la terapia  SI  NO

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

Abitudine al fumo  SI  NO

Consumo di alcool  SI  NO

Difficoltà nell'assunzione della terapia  SI  NO

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

Altre informazioni rilevanti \_\_\_\_\_

Data e ora

Firma









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

-----  
Direzione Generale

**OGGETTO: ACCORDO ATTUATIVO TRA LA REGIONE CAMPANIA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DEI TITOLARI DELLE FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE PER EFFETTUARE SERVIZI DI TELECARDIOLOGIA (Holter pressorio, Holter cardiaco, ECG) E SPIROMETRIA IN REGIONE CAMPANIA.**

**Premesso che:**

- con la L. n. 69/2009, all'art. 11, è stato ampliato il numero di servizi offerti ai cittadini in ambito sanitario all'interno delle farmacie di comunità, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi",
- che con il D.L. 153 del 3 ottobre 2009, sono stati individuati dei nuovi servizi da erogare attraverso le Farmacie di Comunità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che la possibilità di effettuare prenotazioni di prestazioni sanitarie, raccolta di campioni biologici e consegna di referti, congiuntamente al ruolo di informazione e educazione sanitaria ed all'attività di *counselling*, risultano particolarmente interessanti al fine di una partnership forte tra le Aziende Sanitarie Locali e le Farmacie Convenzionate per l'attuazione dei programmi di telecardiologia il cui potenziamento rientra negli obiettivi assegnati dallo Stato alle Regioni;

**Considerato che:**

- che le Farmacie di Comunità convenzionate, grazie alla loro capillarità sul territorio, si configurano come un luogo privilegiato per favorire l'accesso ai servizi di telecardiologia;

**Ritenuto di:**

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa al fine di coinvolgere la rete delle farmacie territoriali al raggiungimento dell'obiettivo di incrementare i servizi di telecardiologia (holter pressorio, holter cardiaco, ecg) e spirometria 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 Oggetto

Formano oggetto del presente accordo le modalità di realizzazione dei servizi di telecardiologia (Holter pressorio, Holter cardiaco, ECG) e spirometria, in favore dei cittadini da parte delle farmacie di comunità nell'ambito della sperimentazione della "Farmacia dei Servizi", allo scopo di fornire importanti informazioni diagnostiche tramite un servizio innovativo e capillarizzato.

Ulteriore obiettivo del progetto è di strutturare le basi dei futuri servizi di telemedicina nell'ottica di decongestionamento delle strutture sanitarie convenzionate.

### Art. 2 - Attori coinvolti

- Farmacia: erogano i servizi di telemedicina assolvendo i compiti descritti nel presente protocollo. L'adesione è su base volontaria.
- Ordine /Associazione dei Farmacisti: erogano il corso di Formazione necessario all'esecuzione del progetto.
- Regione Campania: è il soggetto proponente il progetto sperimentale, ha la responsabilità del progetto, ne definisce dimensione, obiettivi e termine e monitora l'andamento ed il raggiungimento degli obiettivi.
- Pazienti/Cittadini: accedono ai servizi di telemedicina in tutte le farmacie aderenti al progetto previa prescrizione medica.
- i Provider del servizio di tele refertazione, con il quale la farmacia ha sottoscritto un contratto

### Art. 3 - Partecipazione farmacie

La farmacia che intende partecipare al progetto di telecardiologia deve compilare il Modulo di adesione (allegato al presente Protocollo) e inviarlo via PEC o consegnarlo in originale alla Asl di propria competenza, alla Federfarma provinciale (Assofarm per le farmacie pubbliche) ed all'Ordine provinciale entro 30 giorni dalla data fissata per la partenza del progetto.

### Art. 4 - Formazione dei farmacisti

Le farmacie che aderiscono, su base volontaria, alla presente sperimentazione, devono indicare le generalità di almeno un farmacista iscritto nell'Albo professionale dei farmacisti, quale responsabile delle attività inerenti all'erogazione dei servizi, che deve documentare, anche con autocertificazione, di avere acquisito la Formazione relativa ai servizi che in farmacia intende erogare.

Le farmacie aderenti alla sperimentazione saranno assegnatarie delle risorse previste per la formazione.

Tenuto conto che la formazione dei professionisti coinvolti nella sperimentazione assume rilevanza strategica e fondamentale per l'acquisizione delle competenze necessarie per la corretta attuazione del progetto, gli Ordini dei Farmacisti, d'intesa con la Regione, Federfarma e Assofarm, promuovono eventi formativi inerenti ai servizi da erogare.

La partecipazione alla formazione promossa dalla FOFI ed erogata tramite provider accreditati attraverso modalità di formazione a distanza (FAD) e/o residenziale, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM), darà diritto, secondo le indicazioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, all'attribuzione dei crediti formativi.

Per l'esecuzione dell'holter cardiaco e pressorio il professionista addetto al servizio applica il dispositivo medico al paziente, illustra le attività che lo stesso può compiere nelle 24 ore successive e lo invita a ritornare al termine delle 24 ore per togliere il suddetto dispositivo. Invia in modalità telematica i dati raccolti al centro per la refertazione.

Per quanto riguarda l'ECG, l'addetto al servizio applica il dispositivo medico al paziente; al termine dell'esecuzione invia i dati raccolti al centro di refertazione.

I referti degli esami in telemedicina dovranno essere conferiti nel rispetto della normativa vigente e, in base alla richiesta del paziente, verranno consegnati direttamente in busta chiusa o in modalità telematica.

Qualora il paziente intenda ricevere il referto in modalità telematica deve esprimere specifico consenso previa idonea informativa ai sensi della normativa sulla privacy.

Inoltre, previo consenso del paziente, la farmacia può trasmettere il referto/i al MMG/PLS.

Per l'effettuazione della spirometria, il farmacista pone a disposizione del cittadino l'apparecchio e lo assiste nell'esame illustrandogli le modalità esecutive.

#### **Art. 9 - Remunerazione delle farmacie**

Per ogni servizio di telemedicina, come da cronoprogramma approvato, è prevista una remunerazione alle farmacie ottenuta sulla base delle seguenti voci:

- costo effettivo del farmacista dedicato, calcolato come costo orario del dipendente;
- costo organizzativo relativo agli spazi messi a disposizione;
- costo dei consumabili impiegati;
- costo della refertazione

Tenendo conto di tali elementi, vengono definite le seguenti remunerazioni, comprensive del pagamento al centro refertante), per ciascuna prestazione di telemedicina effettuata dalle farmacie:

HOLTER CARDIACO € 65.00

HOLTER PRESSORIO € 56.00

ECG € 30.00

SPIROMETRIA SEMPLICE € 30.00

Tutti i descritti importi sono da intendersi esenti da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1 n. 18) del d.P.R. n. 633/1972.

#### **Art. 10 – Pagamento delle farmacie**

Le farmacie inseriranno nelle Distinte Contabili Riepilogative (DCR) del mese di riferimento l'importo spettante per l'erogazione dei servizi di telemedicina in apposita riga "*Servizi Telemedicina/Farmacia dei Servizi*", allegando un dettaglio dei servizi di telemedicina erogati.

#### **Art. 11 - Tutela dei dati personali**

Le Parti garantiscono che tutti i dati personali saranno fatti oggetto solo dei trattamenti strettamente necessari all'espletamento delle attività previste dal presente Protocollo, nel rispetto di quanto imposto dalla vigente normativa per la tutela dei dati personali.

Le Parti, a tal proposito, sotto la propria esclusiva responsabilità, confermano di conoscere e applicare il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali (GDPR 679/2016), il d.lgs. n. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, nonché ogni provvedimento emanato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali rilevante rispetto alle attività di cui al presente Protocollo.

In particolare, per quanto riguarda i ruoli privacy le parti prendono atto di quanto segue:

- a) in relazione ai dati personali sanitari relativi ai tracciati e ai referti, trattati attraverso i servizi di tele refertazione forniti dal provider, il titolare del trattamento dei dati è il provider del servizio. In merito a tali trattamenti la farmacia è nominata responsabile del trattamento da parte del titolare del trattamento;
- b) in relazione alla gestione dei dati personali delle prescrizioni mediche in farmacia necessarie per accedere al servizio e per richiedere il pagamento della prestazione alla Regione, il titolare del trattamento è la farmacia;



### **Art. 5 - Popolazione target**

La sperimentazione è rivolta ai cittadini di tutte le età che necessitano, secondo il MMG o il PLS, di uno dei seguenti esami: Holter Pressorio, Holter cardiaco, ECG, Spirometria.

Il MMG o il PLS propongono ai pazienti la possibilità di effettuare l'esame direttamente in farmacia, aderendo alla sperimentazione in oggetto.

Ai pazienti che aderiranno verrà rilasciata apposita prescrizione medica che soddisfi tutti i requisiti (Intestazione e/o timbro del medico, firma del medico, data, nome cognome del paziente, codice fiscale, tipologia di esame da eseguire) previsti per la prescrizione delle prestazioni specialistiche.

### **Art. 6 - Stima dei partecipanti**

La stima dei partecipanti è di circa 15.000 soggetti sul territorio regionale per l'intero periodo della sperimentazione.

Per ciascuna farmacia si stima un'erogazione dei seguenti servizi:

- Holter pressorio n. 30 prestazioni
- Holter cardiaco n. 30 prestazioni
- Auto-spirometria n. 30 prestazioni
- Elettrocardiogramma n.30 prestazioni

### **Art. 7 - Locali e strumenti**

Le farmacie aderenti sottoscrivono un contratto di fornitura con un servizio di tele refertazione (provider) che offra le prestazioni di telemedicina oggetto del presente protocollo, nel rispetto della normativa vigente.

Il provider prescelto dalla farmacia offre anche la piattaforma informatica che consenta la trasmissione dei dati tra dispositivo medico applicato al paziente e centro di refertazione e il rilascio del relativo referto.

Le farmacie assicurano l'impiego di dispositivi medici e strumentazione tecnologica necessari ai fini dell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente protocollo, con relativa certificazione di conformità, nonché di una connessione ad Internet efficace, secondo gli standard richiesti dal Provider del servizio.

Ai sensi dell'art. 5 del DM 16 dicembre 2010: «Il farmacista titolare o il direttore responsabile della farmacia risponde della corretta installazione e manutenzione dei dispositivi utilizzati, secondo le indicazioni fornite dal fabbricante. Il farmacista titolare o il direttore responsabile della farmacia risponde della inesattezza dei risultati analitici, qualora questa sia dovuta a carenze nella installazione e manutenzione delle attrezzature utilizzate».

Le prestazioni di cui al presente protocollo sono effettuate all'interno dei locali della farmacia, in spazi dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano l'uso, la manutenzione e la conservazione delle apparecchiature dedicate in condizioni di sicurezza.

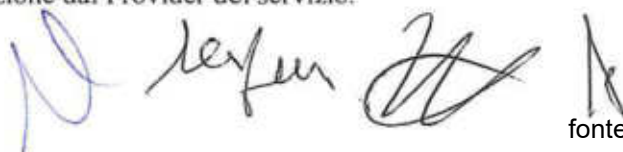
Le farmacie possono altresì svolgere le prestazioni di cui al presente protocollo in locali esterni alla farmacia, dotati di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza; è comunque consentita l'effettuazione delle prestazioni a farmacia chiusa.

Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa.

Per quanto riguarda gli aspetti autorizzatori e di vigilanza dei locali esterni si applicano le medesime procedure previste dall'art. 4 comma 2 del Protocollo di Intesa del 28 luglio 2022 sottoscritto tra Governo, le Regioni e le province autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie unite.

### **Art. 8 - Esecuzione della prestazione**

L'erogazione dei servizi di telemedicina è eseguita previa verifica dell'identità ed esibizione da parte dell'interessato della Tessera Sanitaria, informativa al paziente sul trattamento dei dati personali e acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario, messe a disposizione dal Provider del servizio.



- c) in relazione ai dati acquisiti dalla regione per il monitoraggio della sperimentazione, la regione è autonomo titolare del trattamento dei dati.

#### **Art. 12 – Finanziamenti**

Il finanziamento delle attività di cui al presente protocollo d'intesa è a valere sulle risorse destinate alla sperimentazione della farmacia dei servizi.

#### **Art. 13 – Durata del progetto**

Il presente progetto verrà eseguito entro il 30/06/2024.

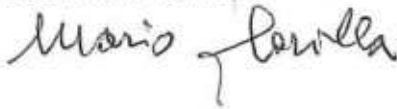
Allegati:

1. Modulo di Adesione ai Servizi di telecardiologia (sperimentazione Farmacia dei Servizi);
2. Modulo di consenso

Napoli, \_\_/\_\_/\_\_

**Federfarma**

Dott. Mario Flovilla



~~Regione Campania~~

Avv. Antonio Postiglione

Dott. Ugo Trama

**Assofarm**

Avv. Domenico Della Gatta



## MODULO DI ADESIONE AI SERVIZI DI TELECARDIOLOGIA

Somministrazione in farmacia Holter pressorio, Holter cardiaco, ECG e spirometria, da inviare a:

- Azienda sanitaria territorialmente competente;
- Ordine dei Farmacisti territorialmente competente;
- Federfarma provinciale;
- Associazione provinciale di appartenenza;

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

titolare/direttore tecnico/legale rappresentante della Farmacia (indicare la denominazione della farmacia) “ \_\_\_\_\_ ”, ubicata in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ n. sede farmaceutica \_\_\_\_\_

Codice convenzionale ASL \_\_\_\_\_

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di telecardiologia 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:

SI  NO

Dichiaro che la somministrazione dei test sarà eseguita secondo quanto contenuto nel presente protocollo d'intesa del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_;

SI  NO

Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti all'espletamento dei servizi di telecardiologia

SI  NO

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle prestazioni di telecardiologia

SI  NO

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

**MODULO DI CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI  
TELECARDIOLOGIA**

Nome e Cognome: .....

Data di nascita:..... Luogo di nascita: .....

Residenza: .....

Telefono: .....

Tessera sanitaria: .....

Codice Fiscale: .....

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota e ho del tutto compreso la Nota informativa della prestazione oggetto del presente Modulo

SI  NO

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione

SI  NO

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al test \_\_\_\_\_, e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese

SI  NO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del test

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

**Da compilarsi a cura del Professionista Sanitario**

Nome e Cognome (Farmacista) \_\_\_\_\_

Confermo che il soggetto ha espresso il suo consenso alla somministrazione del test \_\_\_\_\_, dopo essere stato adeguatamente informato.

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







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

-----  
*Direzione Generale*

**OGGETTO: ACCORDO ATTUATIVO TRA LA REGIONE CAMPANIA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DEI TITOLARI DELLE FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST HbA1c E QLip IN REGIONE CAMPANIA.**

**Premesso:**

- che con la L. n. 69/2009, all'art. 11, è stato ampliato il numero di servizi offerti ai cittadini in ambito sanitario all'interno delle farmacie di comunità, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi",
- che con il D.L. 153 del 3 ottobre 2009, sono stati individuati dei nuovi servizi da erogare attraverso le Farmacie di Comunità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che la possibilità di effettuare prenotazioni di prestazioni sanitarie, raccolta di campioni biologici e consegna di referti, congiuntamente al ruolo di informazione ed educazione sanitaria e all'attività di counselling, risultano particolarmente rilevanti nell'attività di consolidamento di una partnership forte tra le Aziende Sanitarie Locali e le Farmacie Convenzionate per la realizzazione di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolte alla popolazione generale e ai gruppi a rischio, il cui potenziamento rientra negli obiettivi assegnati dallo Stato alle Regioni;

**considerato che:**

- che le Farmacie di Comunità convenzionate, grazie alla loro capillarità sul territorio, si configurano come un luogo privilegiato per l'arruolamento della popolazione eleggibile alla somministrazione di test volti alla prevenzione secondaria del rischio cardiovascolare, da espletarsi attraverso il dosaggio dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip);

**ritenuto di:**

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa, al fine di coinvolgere la rete delle farmacie territoriali per il raggiungimento degli obiettivi di arruolamento della popolazione eleggibile alla somministrazione di test volti alla prevenzione secondaria del rischio cardiovascolare;

**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 dal 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 Oggetto del Protocollo**

1. Le farmacie che intendono somministrare i test per il dosaggio dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip) lo comunicano preventivamente alla Azienda sanitaria Locale competente per territorio, tenuto conto delle modalità definite dalla Regione Campania, compilando il modulo di adesione allegato al presente protocollo di intesa (ALL.1).
2. La somministrazione dei test per il dosaggio dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip) è eseguita previa verifica dell'identità ed esibizione da parte dell'avente diritto della Tessera Sanitaria, nonché previa acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario e valutazione della idoneità/inidoneità dell'avente diritto a sottoporsi ai test oggetto del protocollo.
3. La somministrazione dei test viene eseguita gratuitamente solamente nei confronti di soggetti "target" come individuati all'art. 2 del protocollo di intesa.
4. Le Farmacie ricevono dagli uffici delle AA.SS.LL. territorialmente competenti tutto il materiale informativo necessario alla corretta esecuzione dei test in questione;
5. Il farmacista abilitato esegue il test nel rispetto di adeguate misure di sicurezza, rispettando le modalità di esecuzione riportate nel riassunto delle caratteristiche del test e nel materiale illustrativo che verrà reso disponibile.
6. Il farmacista o il personale amministrativo, sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia, assolve ad eventuali obblighi di comunicazione di dati afferenti all'esecuzione dei test, nel rispetto della normativa vigente a tutela dei dati personali.
7. Il farmacista o il personale amministrativo sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia deve registrare i dati di somministrazione nella piattaforma informatica messa a disposizione dalla Regione, rilasciare l'attestato con l'esito del test e assicurare la registrazione informatica, secondo le indicazioni formulate dalla Regione.



## Art. 2 Soggetti Target

1. Ai fini individuati dal presente protocollo, sono definiti "soggetti target" tutti i coloro i quali:
  - relativamente al test dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) assumono farmaci antidiabete;
  - relativamente al test del Quadro Lipidico (QLip) presentano una scheda di dimissione ospedaliera per ricovero in seguito ad un evento cardiovascolare maggiore ovvero assumono farmaci anticoagulanti/antiaggreganti.
2. Per ognuno dei soggetti target, possono essere proposte due somministrazioni dei test dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip) per anno.

## Art. 3 Attività delle Farmacie

1. Le Farmacie si impegnano a:
  - illustrare al soggetto avente diritto le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente, conservando, in formato cartaceo o digitale registrato in piattaforma, tutta la documentazione prevista, debitamente compilata e firmata. Ogni documento così conservato dovrà essere reso disponibile all'Azienda Sanitaria Locale di competenza solo qualora richiesto e comunque fino al termine di legge;
  - assumersi la responsabilità del trattamento dei dati, nella persona del titolare della farmacia o direttore responsabile della stessa. Il titolare dei dati è comunque l'ASL di competenza dell'assistito, come da normativa vigente;
  - sensibilizzare la popolazione circa l'importanza della campagna di prevenzione del rischio di eventi cardiovascolari, al fine di estendere il consenso dei cittadini aventi diritto all'adesione e di incrementare il numero dei soggetti che si sottopongono ai test dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip) per il conseguimento degli obiettivi regionali. Tale sensibilizzazione va svolta attraverso l'utilizzo di materiale informativo, attraverso l'adesione alle iniziative delle singole Aziende Sanitarie nonché attraverso azioni di *counselling*;
  - registrare sul software regionale gli esiti dei test.

## Art. 4 Piattaforma Informatica Regionale

1. La Regione si impegna a:
  - rendere disponibile il programma informatico predisposto ad hoc, necessario per la registrazione dei test oggetto del presente protocollo;
  - definire, tramite il gruppo di lavoro istituito presso la U.O.D. Politica del farmaco, il tetto massimo di spesa per le attività di cui al presente protocollo.



## Art. 5 Documentazione

1. Le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, che aderiscono, su base volontaria, al progetto di effettuazione dei test dell'Emoglobina Glicata (HbA1c) e del Quadro Lipidico (QLip), si impegnano ad inviare la propria disponibilità all'adesione alla ASL di competenza, alla propria Associazione Sindacale di categoria provinciale e all'Ordine Provinciale. L'oggetto della comunicazione dell'adesione dovrà essere "Adesione campagna prevenzione rischio CDV 2024 – somministrazione test HbA1c e QLip", <nome farmacia>, <ASL di competenza>" e andranno indicati nel dettaglio le modalità e il luogo di svolgimento del servizio. Il modulo di adesione (ALL. 1), va inoltre integrato con i seguenti dati:
  - denominazione della farmacia;
  - tipologia della farmacia (urbana, rurale, rurale sussidiata);
  - comune di residenza e numero della sede farmaceutica;
  - indirizzo della farmacia;
  - numero di telefono;
  - indirizzo di posta elettronica certificato (PEC);
  - altro indirizzo di posta elettronica non certificato;
  - codice convenzionale ASL della farmacia;
  - codice NSIS della Farmacia;
2. Nel caso in cui le farmacie aderenti al presente accordo non fossero già in possesso delle credenziali necessarie all'accesso alla piattaforma informatica regionale, dovranno inviare all'ASL di competenza:
  - i nominativi dei responsabili individuati per le attività di cui al presente protocollo;
  - eventuali nominativi di utenti da abilitare alla registrazione dei test in piattaforma.
3. Il riconoscimento degli emolumenti di cui all'art. 8 verrà corrisposto tramite approvazione di apposito documento contabile, ovvero nell'ambito della distinta contabile riepilogativa predisposta dalle farmacie, opportunamente modificata ed integrata, alla fine del semestre.
4. 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. 6 Emolumenti

1. La Regione Campania riconosce alle farmacie che aderiscono alla campagna di screening del rischio CDV i seguenti importi:
  - la somma di € 15,00 più iva per ogni soggetto avente diritto, per cui viene effettuata la somministrazione del test HbA1c. Per somministrazione si intende: registrazione informatica del paziente in piattaforma, effettuazione test e refertazione;



- la somma di € 20,00 più iva per ogni soggetto, avente diritto, per cui viene effettuata la somministrazione del test QLip. Per somministrazione si intende: registrazione informatica del paziente in piattaforma, effettuazione test e refertazione.
- 2. La liquidazione dei corrispettivi avverrà previa presentazione mensile della DCR-AIR, opportunamente modificata, all'A.S.L. di riferimento che provvederà ad effettuare i controlli alla fine del semestre di riferimento.
- 3. La farmacia dovrà, in ogni caso, conservare tutta la documentazione comprovante l'attività svolta, anche con il supporto della piattaforma digitale.
- 4. Si precisa che l'attivazione e l'effettuazione dei servizi di cui al presente protocollo non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo n.153/2009, fermo restando che eventuali prestazioni al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

Napoli, --/------

**Federfarma Campania**

Dott. Mario Flovilla



**Regione Campania**

Avv. Antonio Postiglione

Dott. Ugo Trama



**Assofarm Campania**

Avv. Domenico Della Gatta



Si allegano al presente accordo:

**Allegato 1** - Modulo di comunicazione

**Allegato 2** - Modulo di consenso

**Allegato 1**

**MODULO DI COMUNICAZIONE**

**Somministrazione in farmacia dei test HbA1c e QLip**

da inviare a:

*Azienda sanitaria territorialmente  
competente;*

*Ordine dei Farmacisti territorialmente  
competente;*

*Associazione provinciale di appartenenza;*

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
titolare/direttore tecnico/legale rappresentante della Farmacia (*indicare la denominazione  
della farmacia*) " \_\_\_\_\_",  
ubicata in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ n. sede farmaceutica \_\_\_\_\_

Codice convenzionale ASL \_\_\_\_\_ Codice NSIS \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei test HbA1c e QLip per la prevenzione del rischio cardiovascolare 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:

SI  NO

Dichiaro che la somministrazione dei test sarà eseguita secondo quanto contenuto nel protocollo d'intesa concernente la somministrazione dei test HbA1c e QLip nelle farmacie della Regione Campania.

SI  NO

Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e somministrazione dei test, che verranno resi disponibili ai cittadini aventi diritto.

SI  NO

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di somministrazione dei test HbA1c e QLip.

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

**Allegato 2**

**MODULO DI CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL TEST \_\_\_\_\_**

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: ..... .....	Telefono: ..... .....
Tessera sanitaria: .....	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota e ho del tutto compreso la nota informativa della prestazione oggetto del presente modulo.

SI  NO

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

SI  NO

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al test \_\_\_\_\_, e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

SI  NO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del test \_\_\_\_\_.

Data e Luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

Da compilarsi a cura del Professionista Sanitario

Nome e Cognome (Farmacista) \_\_\_\_\_

Confermo che il soggetto ha espresso il suo consenso alla somministrazione del test \_\_\_\_\_, dopo essere stato adeguatamente informato.

Data e Luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)







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

*Direzione Generale*

**OGGETTO: ACCORDO ATTUATIVO TRA LA REGIONE CAMPANIA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DEI TITOLARI DELLE FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE PER EFFETTUARE GLI SCREENING ONCOLOGICI IN REGIONE CAMPANIA.**

**Premesso che:**

- con la L. n. 69/2009, all'art. 11, è stato ampliato il numero di servizi offerti ai cittadini in ambito sanitario all'interno delle farmacie di comunità, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi",
- che con il D.L. 153 del 3 ottobre 2009, sono stati individuati dei nuovi servizi da erogare attraverso le Farmacie di Comunità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che la possibilità di effettuare prenotazioni di prestazioni sanitarie, raccolta di campioni biologici e consegna di referti, congiuntamente al ruolo di informazione e educazione sanitaria ed all'attività di *counselling*, risultano particolarmente interessanti al fine di una partnership forte tra le Aziende Sanitarie Locali e le Farmacie Convenzionate per l'attuazione dei programmi di screening oncologici il cui potenziamento rientra negli obiettivi assegnati dallo Stato alle Regioni;

**Considerato che:**

- che le Farmacie di Comunità convenzionate, grazie alla loro capillarità sul territorio, entrano in contatto e si configurano come un luogo privilegiato per l'arruolamento della popolazione eleggibile per partecipare agli screening oncologici;

**Ritenuto di:**

- dover procedere alla stipula del presente protocollo d'intesa al fine di coinvolgere la rete delle farmacie territoriali al raggiungimento dell'obiettivo di incrementare la percentuale di arruolamento della popolazione eleggibile agli screening oncologici.

**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

1. Le farmacie che intendono somministrare gli screening per il tumore al colon retto e offrire il servizio di prenotazione degli screening per i tumori della mammella e cervice uterina comunicano preventivamente alla Azienda sanitaria Locale competente per territorio, tenuto conto delle modalità definite dalla Regione. Compilando il modulo di adesione (ALL.1);
2. La somministrazione e/o la prenotazione dello screening è eseguita previa verifica dell'identità ed esibizione da parte dell'avente diritto della Tessera Sanitaria e previa acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario e valutazione della idoneità/inidoneità dell'avente diritto a sottoporsi allo screening.
3. La somministrazione e/o la prenotazione degli screening viene eseguita gratuitamente solamente nei confronti di soggetti "target" appositamente individuati per ciascuna tipologia di screening.
4. Le Farmacie ritirano presso gli uffici delle AA.SS.LL. territorialmente competente tutto il materiale necessario informativo ed operativo per gli screening in questione (materiale informativo, contenitori per lo stoccaggio ed il trasporto dei campioni etc.);
5. Il farmacista abilitato, previa verifica della corretta conservazione del test, somministra il test nel rispetto di adeguate misure di sicurezza, rispettando le modalità di esecuzione riportate nel riassunto delle caratteristiche del prodotto e nel foglio illustrativo che verrà reso disponibile.
6. Il farmacista o il personale amministrativo sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia assolve ad eventuali obblighi di comunicazione di dati previsti dalla normativa vigente afferenti all'esecuzione degli screening, nel rispetto della normativa vigente a tutela dei dati personali.
7. Il farmacista o il personale amministrativo sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia deve registrare i dati di somministrazione nella piattaforma informatica messa a disposizione dalla Regione, rilasciare l'attestato con l'esito del test e assicurare la registrazione informatica dei dati di logistica dei vaccini, secondo le indicazioni formulate dalla Regione/Provincia autonoma o dall'Azienda Sanitaria Locale.

### Art. 2 Utilizzo di aree, locali o strutture esterne alla farmacia

1. Ai fini dell'offerta di servizi sanitari da parte delle farmacie di cui all'art.1, comma 2, lettera e- quater del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n.153, i soggetti titolari di farmacia possono utilizzare aree, locali o strutture separate dai locali ove è ubicata la farmacia;
2. L'esercizio dei servizi sanitari nelle aree, locali o strutture di cui al comma 1 è soggetto a controllo da parte dell'amministrazione sanitaria territorialmente competente, verificando che i soli locali abbiano i requisiti di idoneità igienico-sanitaria già previsti per l'esercizio farmaceutico nelle



farmacie di comunità, consentano il rispetto della riservatezza degli utenti, ricadano nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza prevista in pianta organica. In caso di ampliamento dei locali per le attività previste dal presente protocollo la farmacia è tenuta, entro il termine di 60 giorni dalla comunicazione di cui all'Allegato 1, a presentare domanda di autorizzazione all'autorità competente. Nelle more del rilascio dell'autorizzazione l'attività può essere svolta in ragione della comunicazione di cui all'Allegato 1.

3. Due o più farmacie, di proprietà di soggetti differenti, possono esercitare in comune i servizi sanitari di cui all'art.1, comma 2, letterae-quater), del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n.153, e successive modificazioni, anche utilizzando le aree, i locali o le strutture di cui al comma 1, previa stipula del contratto di rete di cui all'articolo 3, comma 4-ter, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33.
4. L'autorizzazione, all'utilizzo delle aree, locali o strutture di cui al comma 1 da parte delle farmacie che hanno stipulato il contratto di rete di cui al comma 3, è rilasciata al rappresentante di rete verificando che i soli locali abbiano i requisiti di idoneità igienico-sanitaria di cui al comma 2 del presente articolo, consentano il rispetto della riservatezza degli utenti, ricadano nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza di una delle farmacie aderenti al contratto di rete prevista in pianta organica. Nelle more del rilascio dell'autorizzazione l'attività può essere svolta in ragione della comunicazione di cui all'Allegato 1 trasmessa dal rappresentante di rete.

### **Art. 3 Attività delle Farmacie**

Le Farmacie si impegnano a:

1. illustrare al soggetto avente diritto le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente, conservando - in formato cartaceo o digitale – tutto quanto previsto, compilato e firmato. Ogni documento così conservato dovrà essere reso disponibile all'Azienda Sanitaria Locale di competenza solo qualora richiesto e comunque fino al termine di legge.
2. assumersi la responsabilità del trattamento dei dati, nella persona del titolare della farmacia o direttore responsabile della stessa. Il titolare dei dati è comunque l'ASL di competenza dell'assistito, come da normativa vigente.
3. sensibilizzare la popolazione circa l'importanza della campagna di prevenzione oncologica, al fine di estendere il consenso dei cittadini aventi diritto all'adesione e di incrementare il numero dei soggetti che si sottopongono agli screening oncologici per il conseguimento degli obiettivi regionali. Tale sensibilizzazione va svolta attraverso l'utilizzo di materiale informativo, attraverso l'adesione alle iniziative delle singole aziende sanitarie nonché attraverso azioni di counselling;
4. raccogliere i i campioni dai cittadini arruolati per lo screening e li allocarli nei contenitori dedicati;
5. registrare sul software dedicato la riconsegna del campione da parte del cittadino attraverso la registrazione in entrata del codice a barre del campione.



#### Art. 4 Piattaforma Informatica Regionale Screening

La Regione si impegna a:

1. rendere disponibile il programma informatico predisposto ad hoc, necessario per la registrazione dei test;
2. rendere disponibili, l'anagrafe dei pazienti residenti in Regione Campania eleggibili o "aventi diritto", con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La piattaforma Ninfa metterà direttamente a disposizione le informazioni anagrafiche mediante integrazione con Sinfonia Anagrafe, sulla base del Codice Fiscale;
3. definire, tramite il gruppo di lavoro istituito presso la U.O.D. Politica del farmaco, il tetto massimo di spesa per ciascuna attività di screening inserita nel presente protocollo.

#### Art. 5 Consegna test

1. Le Associazioni provinciali concordano con i distributori provinciali già designati per la DPC le modalità di ritiro, con cadenza almeno bisettimanale, e la consegna dei test, con la stessa frequenza, presso il laboratorio dell'ASL deputato all'analisi;
2. In assenza di uno specifico accordo sarà cura dell'ASL territorialmente competente concordare con le associazioni provinciali le modalità di ritiro e consegna dei test.

#### Art. 6 Documentazione

Le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, che aderiscono, su base volontaria, al Progetto di somministrazione e/o prenotazione degli screening oncologici, si impegnano ad inviare la propria disponibilità all'adesione alla ASL di competenza, alla propria Associazione Sindacale di categoria provinciale. L'oggetto della comunicazione dell'adesione dovrà essere "Adesione campagna screening oncologici 2023, <nome farmacia > , <ASL di competenza>" e, andranno indicati nel dettaglio: modalità e luogo di svolgimento del servizio. 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;

Nel caso in cui le farmacie aderenti al presente accordo non fossero già in possesso delle credenziali necessarie all'accesso alla piattaforma informatica regionale Ninfa, dovranno inviare all'ASL di competenza

- i nominativi dei responsabili degli screening;
- eventuali nominativi di utenti da abilitare alla registrazione dei test in piattaforma.



Il riconoscimento degli emolumenti di seguito trattati verrà corrisposto tramite approvazione di apposito documento contabile, ovvero nell'ambito della distinta contabile riepilogativa predisposta dalle farmacie, opportunamente modificata ed integrata.

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. 7 Emolumenti**

La Regione Campania riconosce alle farmacie che aderiscono alla campagna di screening oncologici i seguenti importi:

- la somma di € 9,00 euro più iva per ogni soggetto, avente diritto, reclutato per lo screening oncologico per il tumore al colon retto. Per reclutamento si intende: registrazione informatica del paziente in piattaforma, consegna del kit al cittadino, effettuazione test e refertazione;
- la somma di € 3,00 euro più iva per ogni soggetto, avente diritto, per cui viene effettuata la prenotazione dello screening oncologico per il tumore alla mammella.
- la somma di € 3,00 euro più iva per ogni soggetto, avente diritto, per cui viene effettuata la prenotazione dello screening oncologico per il tumore alla cervice uterina.

La liquidazione dei corrispettivi avverrà previa presentazione, mensile, della DCR-AIR, opportunamente modificata, all'A.S.L. di riferimento che provvederà ad effettuare i controlli.

La farmacia dovrà, in ogni caso, conservare tutta la documentazione comprovante l'attività svolta, anche con il supporto della piattaforma digitale.

Si precisa che l'attivazione e l'effettuazione dei servizi di cui al presente protocollo non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo ottobre 2009, n. 153, fermo restando che eventuali prestazioni al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

### **Art. 8 Durata**

Il presente accordo sostituisce, temporaneamente gli accordi aziendali attualmente in essere e avrà durata fino al 30.06.2024.

Napoli 06.11.2023

Si allegano al presente accordo:

**Allegato 1** - Modello di comunicazione

**Allegato 2** - Modulo di consenso

MODULO DI COMUNICAZIONE

SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI SCREENING ONCOLOGICI

da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente  
Ordine dei Farmacisti territorialmente  
competente Associazione provinciale di  
appartenenza

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

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione degli SCREENING ONCOLOGICI:

-  SI  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 che la somministrazione degli screening sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del \_\_\_\_

Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e somministrazione dei test che verranno resi disponibili ai cittadini aventi diritto.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di screening,

Data \_\_\_\_\_

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

 *Referim*

**Allegato 2**

**MODULO DI CONSENSO ALLO SCREENING...**

SCREENING .....

MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: .....	Telefono: .....
Tessera sanitaria: .....	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota informativa.

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito allo screening .....e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti da me comprese.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione dello screening "\_\_\_\_\_".  
Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_  
*Professionista Sanitario*

1. Nome e Cognome (Farmacista) \_\_\_\_\_

Confermo che il soggetto ha espresso il suo consenso allo screening, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

*M. Fein*  
*Dej*  
*M*