



*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)

