



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 I 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.

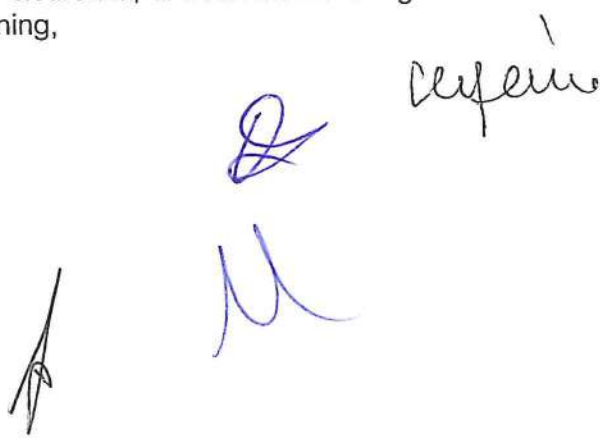
Dichiaro che la somministrazione degli screening sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del \_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

 Several handwritten signatures in blue ink are present on the right side of the page. One signature is clearly legible as 'Cefem' with a small '1' above it. Other signatures are more stylized and less legible.

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. Ferrari*  
*De*  
*M*