Modulo di Adesione Farmacia alle attività di screening per il Tumore della Mammella della ASL Napoli 1 Centro di cui al Protocollo d'Intesa ASL Napoli 1 Centro – Associazione Federfarma Napoli su Screening e Vaccinazioni

Con la presente, il sottoscritto dott._____ titolare della Farmacia _____ codice convenzionale n. _____ dichiara di aderire alle attività di screening del tumore della Mammella, a tal fine, indica, quale referente farmacista per le attività di screening il dott._____, contattabile al seguente recapito_____, che provvederà a :

1. ritirare il materiale informativo da detenere in farmacia e distribuire alla popolazione afferente alla ASL Napoli 1 Centro
2. informare opportunamente il personale della farmacia in merito alle attività connesse alla presente adesione
3. fornire opportuna informativa sulle attività di screening del tumore della mammella previsto dalla ASL Napoli 1 Centro agli utenti della farmacia ai fini del potenziale arruolamento delle donne
4. verificare il possesso dei requisiti e la rispondenza ai criteri di arruolamento per le donne (fascia di età compresa tra i 45 e i 69 anni) che si dichiarino disponibili a partecipare allo screening
5. far firmare alle donne aderenti il consenso al trattamento dei dati ai fini della normativa sulla privacy (modulo allegato alla presente). I singoli consensi, allegati alla stampa della prenotazione CUP dovranno essere consegnati, con cadenza semestrale, in plico chiuso separato, alla UOC Farmaceutica Convenzionata durante i giorni dedicati alla ricezione mensile ricette SSN presso i locali adibiti a deposito e ricezione ricette. Contestualmente alla consegna del plico, sarà cura della farmacia, ai fini della corresponsione, emettere semestralmente fattura elettronica alla UOC Farmaceutica Convenzionata per un importo ivato pari a € 2,00 per ogni prima prenotazione effettuata per singolo paziente arruolato.
6. effettuare, per le donne aderenti al progetto, le prenotazioni per gli esami previsti dallo screening attraverso il sistema CUP della ASL Napoli 1 Centro con le seguenti modalità:
    a. accedere alla sezione "SCREENING" già predisposta sulla schermata video del programma CUP
    b. registrare ogni nuovo arruolamento
    c. visualizzare l'elenco degli ambulatori disponibili e far scegliere al cittadino arruolato dove recarsi per partecipare allo screening
    d. ottenere la prenotazione relativa da consegnare al cittadino
7. attenersi alle modalità di esecuzione indicate nel protocollo di intesa (disponibile sul sito istituzionale della ASL Napoli 1 Centro) assolvendo ai compiti ed agli impegni previsti durante tutto l'orario di apertura al pubblico
8. definire un'area-setting per le attività relative alle procedure di screening, con particolare riferimento alla garanzia di riservatezza per il cittadino
9. partecipare agli incontri di formazione previsti dal protocollo, indirizzati alla formazione ed informazione circa le modalità ed i criteri di reclutamento
10. segnalare ogni difficoltà o criticità inerente a quanto sopra alla ASL Napoli 1 Centro

Il Titolare della Farmacia

Napoli, _____ _____