

Il presente modulo deve essere inviato alla Federfarma Provinciale, ad Assofarm e alla ASL di riferimento entro il 1 luglio 2024\* (in allegato elenco PEC ASL)

**SPERIMENTAZIONE REGIONALE FARMACIA DEI SERVIZI:  
MODULO DI ADESIONE FARMACIE\*\***

Spett.le Federfarma Provinciale/Assofarm/ ASL .....

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa ..... direttore della Farmacia (denominazione farmacia)  
..... sita in via/Comune ..... cod. reg. ....

consapevole, secondo quanto previsto dall'art. 76 DPR 445/2000 e s.m.i., della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti ed uso di atti falsi, dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art.. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i.:

- che, per la corretta conduzione delle attività di cui al presente progetto, si impegna ad osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari, dedicando uno spazio adeguato nel quale erogare le prestazioni individuate;
- di voler aderire ai seguenti servizi previsti dal Cronoprogramma regionale 2023/2024:
  - 1. SERVIZI COGNITIVI**
    - monitoraggio aderenza alla terapia dei pazienti affetti da **BPCO**, con ricognizione farmacologica e rilevazione di eventuali reazioni avverse
  - 2. ANALISI DI PRIMA ISTANZA**
    - a) SERVIZI DI TELEMEDICINA**
      - Holter pressorio
      - Holter cardiaco
      - ECG
    - b) SUPPORTO ALLO SCREENING DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI (SOF)**
      - coinvolgimento del paziente e ritiro kit
  - 3. VACCINAZIONI ANTI-SARS COV2/COVID-19\*\***
    - Somministrazione del vaccino nell'ambito della campagna vaccinale contro il coronavirus
- di voler comunicare la disponibilità ad aderire ai seguenti servizi di possibile prossima implementazione previsti dal Cronoprogramma regionale:
  - 1. SERVIZI COGNITIVI**
    - monitoraggio aderenza alla terapia dei pazienti affetti da **Ipertensione**, con ricognizione farmacologica e rilevazione di eventuali reazioni avverse
    - monitoraggio aderenza alla terapia dei pazienti affetti da **Diabete**, con ricognizione farmacologica e rilevazione di eventuali reazioni avverse

*\*dopo il 20 giugno 2024 potranno essere accettate eventuali ulteriori adesioni provenienti esclusivamente dalle farmacie di nuova apertura*

*\*\* l'adesione dovrà essere comunicata anche in caso di farmacia che già effettua il servizio ai sensi dell'Accordo regionale vigente*

**2. ANALISI DI PRIMA ISTANZA**

**a) SERVIZI DI TELEMEDICINA**

- Spirometria

**b) SUPPORTO ALLO SCREENING DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI (SOF)**

- coinvolgimento del paziente, consegna e ritiro kit

**3. VACCINAZIONI ANTI-PNEUMOCOCCICA**

- Somministrazione del vaccino secondo le indicazioni definite dal dipartimento di Prevenzione aziendale

● che per i **SERVIZI COGNITIVI**

Il/i farmacista/i sottoposto/i alla prevista attività di formazione<sup>1</sup> è/sono:

Dott./ssa ..... n. iscrizione all'Albo

Dott./ssa..... n. iscrizione all'Albo

Il REFERENTE per l'attività di monitoraggio dell'aderenza alla terapia è:

il Dott./ssa .....

Cell. ....

E-mail .....

● che per i **SERVIZI DI TELEMEDICINA**

Il/i farmacista/i sottoposto/i alla prevista attività di formazione è/sono:

Dott./ssa ..... n. iscrizione all'Albo

Dott./ssa..... n. iscrizione all'Albo

Il REFERENTE per l'effettuazione delle prestazioni in questione è

il Dott./ssa .....

Cell. ....

E-mail .....

- la denominazione dei dispositivi utilizzati è la seguente

**HOLTER PRESSORIO: DISPOSITIVO** ..... con il seguente codice protocollo..... e il seguente n° di repertorio .....

Il **PROVIDER**<sup>2</sup> che fornisce il servizio di telerefertazione è .....

Indirizzo.....

Responsabile legale ..... e ha dichiarato\*\*\* di avvalersi, per la refertazione, di medici afferenti al SSN, ossia operanti nell'ambito di strutture sanitarie accreditate ex art. 8 quater del Dlgs. N. 502/1992 ovvero convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali)

**HOLTER CARDIACO: DISPOSITIVO** ..... con il seguente codice protocollo ..... e il seguente n° di repertorio .....

Il **PROVIDER**<sup>3</sup> che fornisce il servizio di telerefertazione è .....

Indirizzo.....

<sup>1</sup> Per tutti i servizi è possibile indicare anche più di 2 nominativi di farmacisti sottoposti ad attività di formazione

<sup>2</sup> Il provider va indicato solo la prima volta se uguale per tutti i dispositivi

<sup>3</sup> Il provider va indicato solo la prima volta se uguale per tutti i dispositivi

\*\*\* tale dichiarazione deve essere conservata in farmacia per eventuale richiesta da parte dell'autorità competente (ASL/Regione)

Responsabile legale ..... e ha dichiarato\*\*\* di avvalersi, per la refertazione, di medici afferenti al SSN, ossia operanti nell'ambito di strutture sanitarie accreditate ex art. 8 quater del Dlgs. N. 502/1992 ovvero convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali)

**ECG: DISPOSITIVO** ..... con il seguente codice protocollo ..... e il seguente n° di repertorio .....

Il **PROVIDER**<sup>4</sup> che fornisce il servizio di telerefertazione è .....

Indirizzo.....

Responsabile legale ..... e ha dichiarato\*\*\* di avvalersi, per la refertazione, di medici afferenti al SSN, ossia operanti nell'ambito di strutture sanitarie accreditate ex art. 8 quater del Dlgs. N. 502/1992 ovvero convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali)

- che per L'ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLO **SCREENING SOF**  
Il/i farmacista/i sottoposto/i alla prevista attività di formazione è/sono:  
Dott./ssa ..... n. iscrizione all'Albo  
Dott./ssa..... n. iscrizione all'Albo

Il REFERENTE per l'effettuazione dello screening è

il Dott./ssa .....

Cell. ....

E-mail .....

- che per L'ATTIVITA' DI **VACCINAZIONE ANTI SARS-COV2/COVID-19**  
Il/i farmacista/i sottoposto/i alla prevista attività di formazione è/sono:  
Dott./ssa..... n. iscrizione all'Albo  
Dott./ssa..... n. iscrizione all'Albo

Il REFERENTE per la somministrazione delle vaccinazioni è:

il Dott./ssa .....

Cell. ....

E-mail .....

- che dispone dei requisiti organizzativi, professionali e tecnologici per aderire al progetto e assicura l'aderenza alle specifiche previste dai relativi protocolli operativi;
- che si impegna a far seguire entro 30 giorni dall'avvio dei progetti ai farmacisti suindicati l'attività di formazione appositamente predisposta (se non già svolta, ad esempio per la vaccinazione tramite frequenza dei corsi ISS) e a trasmettere alla Federfarma provinciale/Assofarm e alla ASL territorialmente competente i relativi attestati.

FIRMA DEL DIRETTORE  
TIMBRO FARMACIA

Si allega copia di documento d'identità

<sup>4</sup> Il provider va indicato solo la prima volta se uguale per tutti i dispositivi

\*\*\* tale dichiarazione deve essere conservata in farmacia per eventuale richiesta da parte dell'autorità competente (ASL/Regione)

## ELENCO PEC ASL

ASL	PEC
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	<a href="mailto:protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it">protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it</a>
Lanciano-Vasto-Chieti	<a href="mailto:farmacia.territoriale@pec.asl2abruzzo.it">farmacia.territoriale@pec.asl2abruzzo.it</a>
Pescara	<a href="mailto:protocollo.aslpe@pec.it">protocollo.aslpe@pec.it</a>
Teramo	<a href="mailto:serv.farm@pec.aslteramo.it">serv.farm@pec.aslteramo.it</a>