

Con la presente, il sottoscritto dott. _____ Il Titolare/Rappresentante Legale della Farmacia _____ codice convenzionale n. _____ dichiara di aderire alle attività di **screening di seguito indicate** e di aver controfirmato ed accettato la nomina di responsabile esterno dei trattamenti dei dati.

Screening colon retto

Il Titolare/Rappresentante Legale avrà cura di:

1. ritirare il materiale informativo e relativi KIT da detenere in farmacia e distribuire alla popolazione aderente allo screening
2. fornire opportuna informativa sulle attività di screening del tumore al colon-retto previsto dalla ASL Napoli 1 Centro agli utenti della farmacia ai fini del potenziale arruolamento
3. verificare il possesso dei requisiti e la rispondenza ai criteri di arruolamento dei pazienti (fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni) che si dichiarino disponibili a partecipare allo screening
4. sottoporre e illustrare in modo semplice e chiaro agli utenti il testo dell'informativa privacy redatta dall'azienda (modulo scaricabile dal sito aziendale) e solo dopo acquisirne - con la registrazione dei dati - il consenso (*la registrazione dell'adesione al programma di screening sarà considerato infatti acquisizione di consenso al trattamento dei dati, salvo espressa dichiarazione contraria, che escluderà tuttavia l'utente dal progetto di screening*);
5. Seguire, per gli utenti aderenti al progetto, il percorso relativo allo screening con le seguenti modalità:
 - a. Collegarsi alla piattaforma SINFONIA tramite lo SPID ed accedere alla sezione dedicata allo screening del colon-retto con le credenziali ricevute ed attivare la procedura per l'arruolamento paziente
 - b. Fornire ai pazienti le dovute indicazioni per la corretta raccolta dei campioni biologici
 - c. Consegnare ai pazienti il KIT per la raccolta del campione, staccare il codice a barre adesivo dalla provetta riportandolo sul modulo di consenso e registrare il codice a barre identificativo paziente
 - d. Accettare il Kit da parte del paziente verificando la rispondenza dei tempi ai fini della corretta consegna dello stesso.
 - e. Consegnare i campioni raccolti dai pazienti arruolati per lo screening e detenuti all'interno dei contenitori dedicati, unitamente ai moduli di consenso/autocertificazione firmati, al corriere per l'inoltro degli stessi al centro di raccolta ASL Na 1 Centro individuato presso la UOC di Laboratorio di Analisi DSB n. 28 di Scampia
 - f. Stampare i referti e consegnarli in busta chiusa al paziente.
6. definire un'area-setting per le attività relative alle procedure di screening, con particolare riferimento alla garanzia di riservatezza per il cittadino
7. segnalare ogni difficoltà o criticità inerente a quanto sopra alla ASL Napoli 1 Centro

Screening Cervice Uterina

Il Titolare/Rappresentante Legale avrà cura di:

1. ritirare il materiale informativo da detenere in farmacia e distribuire alla popolazione afferente alla ASL Napoli 1 Centro
2. fornire opportuna informativa sulle attività di screening del tumore della cervice uterina previsto dalla ASL Napoli 1 Centro agli utenti della farmacia ai fini del potenziale arruolamento delle donne
3. verificare il possesso dei requisiti e la rispondenza ai criteri di arruolamento per le donne (fascia di età compresa tra i 25 e i 64 anni) che si dichiarino disponibili a partecipare allo screening
4. far firmare alle donne aderenti il consenso al trattamento dei dati ai fini della normativa sulla privacy (modulo scaricabile dal sito aziendale)
5. 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 CONVENZIONE - "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
6. definire un'area-setting per le attività relative alle procedure di screening, con particolare riferimento alla garanzia di riservatezza per il cittadino
7. segnalare ogni difficoltà o criticità inerente a quanto sopra alla ASL Napoli 1 Centro

Screening Mammella

Il Titolare/Rappresentante Legale avrà cura di:

1. ritirare il materiale informativo da detenere in farmacia e distribuire alla popolazione afferente alla ASL Napoli 1 Centro
2. 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
3. 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
4. far firmare alle donne aderenti il consenso al trattamento dei dati ai fini della normativa sulla privacy ((modulo scaricabile dal sito aziendale)
5. 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 CONVENZIONE - 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
6. definire un’area-setting per le attività relative alle procedure di screening, con particolare riferimento alla garanzia di riservatezza per il cittadino
7. segnalare ogni difficoltà o criticità inerente a quanto sopra alla ASL Napoli 1 Centro

Il Titolare della Farmacia

Napoli, _____

N.B. tale modulo, opportunamente compilato barrando le caselle relative agli screening di interesse , firmato dal titolare/rappresentante legale , va restituito via PEC al seguente indirizzo: farmaceutica.convenzionata@pec.aslna1centro.it