

Formulario di richiesta di partecipazione al Programma cantonale di screening colorettaile in qualità di Farmacia

1. Ambito della candidatura

I requisiti qualitativi e organizzativi richiesti alle Farmacie convenzionate al Programma cantonale di screening colorettaile (PSCR) sono riportati in modo dettagliato nel **capitolo 5.2 delle Direttive del PSCR** (disponibili nel sito internet del Centro programma screening Ticino, CPST: <https://www4.ti.ch/dss/dsp/cpst/informazioni-per-gli-specialisti/partecipazione-accreditamento/>) e sono stati definiti in accordo agli Standards nazionali qualitativi elaborati da Swiss Cancer Screening e alla Charta nazionale sulla collaborazione tra i professionisti attivi nel settore della diagnosi precoce del cancro colorettaile.

Le Farmacie devono designare un/una Farmacista in possesso dell'autorizzazione al libero esercizio responsabile per le attività svolte nell'ambito del PSCR; qualora una Farmacia disponesse di 2 o più Farmacisti in possesso dell'autorizzazione al libero esercizio, la Farmacia deve identificare il Farmacista Responsabile tra i Farmacisti con autorizzazione al libero esercizio.

2. Dati generali della Farmacia

Denominazione Farmacia	
Indirizzo	
NAP, Luogo	
Farmacista Responsabile (capitolo 2.1)	
Telefono	
Fax	
e-mail	
Altra persona di contatto	
Telefono	
Fax	
e-mail	

2.1 Farmacista Responsabile

(vedi capitolo 5.2.1 delle Direttive del PSCR)

Dati generali

Titolo	Diploma federale <input type="checkbox"/> Specialista FPH <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome	
Data di nascita (giorno/mese/anno)	__/__/____
Luogo di nascita	
Nazionalità	
Telefono ufficio	
E-mail	

Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di farmacia o equivalente titolo estero	Data: Il: __/__/____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specialista FPH	Data: Il: __/__/____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino:

Sì dal __/__/____ No
(gg/mm/aaaa)

NOTA:

l'inoltro dei diplomi/attestati sopra indicati non viene richiesto ma il CPST si impegna a verificare le informazioni indicate nel registro delle professioni mediche Medreg (Ufficio federale della salute pubblica). Qualora fosse necessario il CPST si avvale della possibilità di richiedere una copia dei diplomi/attestati.

2.2 Farmacista

(vedi capitolo 5.2.1 delle Direttive del PSCR)

Farmacista 1 - Dati generali

Titolo	Diploma federale <input type="checkbox"/> Specialista FPH <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome	
Data di nascita (giorno/mese/anno)	__/__/____
Luogo di nascita	
Nazionalità	
Telefono ufficio	
E-mail	

Farmacista 1 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di farmacia o equivalente titolo estero	Data: Il: __/__/____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specialista FPH	Data: Il: __/__/____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

Farmacista 1 - Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino:

Si dal __/__/____
(gg/mm/aaaa)

No , si prega di allegare l'attestato di partecipazione alla formazione di perfezionamento come specialista FPH

NOTA:

l'invio dei diplomi/attestati sopra indicati (escluso l'eventuale attestato di partecipazione alla formazione di perfezionamento FPH) non viene richiesto ma il CPST si impegna a verificare le informazioni indicate nel registro delle professioni mediche Medreg (Ufficio federale della salute pubblica). Qualora fosse necessario il CPST si avvale della possibilità di richiedere una copia dei diplomi/attestati.

Farmacista 2 - Dati generali

Titolo	Diploma federale <input type="checkbox"/> Specialista FPH <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome	
Data di nascita (giorno/mese/anno)	__ / __ / ____
Luogo di nascita	
Nazionalità	
Telefono ufficio	
E-mail	

Farmacista 2 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di farmacia o equivalente titolo estero	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specialista FPH	Data: Il: __ / __ / ____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

Farmacista 2 - Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino:

Sì dal __ / __ / ____
(gg/mm/aaaa)

No , si prega di allegare l'attestato di partecipazione alla
formazione di perfezionamento come specialista FPH

NOTA:

l'inoltro dei diplomi/attestati sopra indicati (escluso l'eventuale attestato di partecipazione alla formazione di perfezionamento FPH) non viene richiesto ma il CPST si impegna a verificare le informazioni indicate nel registro delle professioni mediche Medreg (Ufficio federale della salute pubblica). Qualora fosse necessario il CPST si avvale della possibilità di richiedere una copia dei diplomi/attestati.

Farmacista 3 - Dati generali

Titolo	Diploma federale <input type="checkbox"/> Specialista FPH <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome	
Data di nascita (giorno/mese/anno)	__/__/____
Luogo di nascita	
Nazionalità	
Telefono ufficio	
E-mail	

Farmacista 3 - Elenco delle qualifiche / corsi di formazione

Tipo Qualifica / Corso *	Eseguito
Diploma federale di farmacia o equivalente titolo estero	Data: Il: __/__/____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:
Titolo di specialista FPH	Data: Il: __/__/____ (gg/mm/aaaa) Istituto: Luogo:

Farmacista 3 - Autorizzazione al libero esercizio in Canton Ticino:

Sì dal __/__/____
(gg/mm/aaaa)

No , si prega di allegare l'attestato di partecipazione alla
formazione di perfezionamento come specialista FPH

NOTA:

l'inoltro dei diplomi/attestati sopra indicati (escluso l'eventuale attestato di partecipazione alla formazione di perfezionamento FPH) non viene richiesto ma il CPST si impegna a verificare le informazioni indicate nel registro delle professioni mediche Medreg (Ufficio federale della salute pubblica). Qualora fosse necessario il CPST si avvale della possibilità di richiedere una copia dei diplomi/attestati.

3. Approvvigionamento del kit per il test FIT

Inclusione andicap Ticino è il partner del CPST responsabile per l'assemblaggio e lo stoccaggio dei kit per il test FIT.

L'ordinazione e la relativa distribuzione dei kit avvengono tramite Unione Farmaceutica Distribuzione SA per le farmacie associate a UFD e tramite il CPST per le farmacie associate a Amedis o Pharmafocus. Tutti i costi relativi al kit FIT (inclusa l'analisi) sono a carico del CPST (vedi capitolo 10.2 delle Direttive del PSCR).

Per favore indicare il proprio Grossista farmaceutico: _____

4. Remunerazione

In Canton Ticino, come nel resto della Svizzera, le prestazioni erogate dalle Farmacie nell'ambito del PSCR non sono attualmente prese a carico dall'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre), bensì interamente dal CPST.

La remunerazione prevista per le Farmacie convenzionate dal CPST per la consegna di ogni kit per il test FIT è pari a fr. 8.-. Tale remunerazione è fissa ed è vincolata alla consegna del questionario sullo stato di salute (inclusione o non-inclusione) al CPST.

5. Assicurazione

La Farmacia è assicurata in maniera sufficiente contro i rischi di responsabilità civile derivanti dall'attività di screening colorettales?

Sì No

6. Consenso/Firma

Dichiaro di aver letto e compreso le Direttive e i requisiti del PSCR, che approvo e di cui garantisco l'osservanza in caso di partecipazione della Farmacia al PSCR.

_____, il __/__/_____
Luogo, Data

Nome e Cognome
Farmacista Responsabile

Firma/Timbro

Si prega di inviare il presente Formulario compilato in tutte le sue parti al CPST, vedi piè di pagina.

Persona di contatto: Samuela Rossi, collaboratrice scientifica, +41 (0)91 816 25 14, [samuela.rossi@ti.ch](mailto:samuella.rossi@ti.ch)