

D.G.R. N. 48 DEL 31 GENNAIO 2011

ART. 2 L. 21 MAGGIO 2010 N. 20 – COMPETENZA DELLE AZIENDE UU.SS.LL. IN MATERIA DI CERTIFICAZIONE -PROCEDURE APPLICATIVE ED OPERATIVE .

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI gli artt. 99 e 100 del T.U.LL.SS. approvato con R.D. n. 1265 del 27.07.1934;

VISTO l'art.12, commi 7, 8, 9 della L. 2 aprile 1968, n. 475 recante: "Norme concernenti il servizio farmaceutico", siccome modificata dalla legge di riordino del settore farmaceutico n.362 dell'8 novembre 1991;

VISTO l'art.12, L.2 aprile 1968 nr.475, così come modificata dalla legge di riordino del settore farmaceutico n.362 dell'8 novembre 1991, che ai commi 7-8-9-recita:

"Il trasferimento di farmacia può avere luogo a favore di farmacista iscritto all'albo professionale, che abbia conseguito l'idoneità o che abbia almeno due anni di pratica professionale, certificata dall'autorità sanitaria competente.

Ai fini della pratica professionale il titolare di farmacia deve comunicare all'autorità sanitaria competente le generalità del farmacista praticante, la data di effettivo inizio nonché di effettiva cessazione della stessa.

Le suddette comunicazioni devono essere trascritte in apposito registro tenuto dalla autorità sanitaria competente che è tenuta ad effettuare periodiche visite sull'effettivo svolgimento della pratica professionale..." ;

VISTA la L. R. n. 32 del 14.08.1981, siccome modificata dalla L. R. n. 33 del 11.07.1991, recante: "Norme per il trasferimento alle Unità Locali Socio-Sanitarie delle funzioni in materia di igiene, sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica";

CONSIDERATO che con L. R. n. 32 del 14.08.1981 e s.m.i. l'attività ispettiva di vigilanza e di controllo sulle farmacie convenzionate è esercitata dal Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL competente per territorio;

RICHIAMATA la D.G.R. n. 307 del 14 marzo 2005 con la quale veniva approvato lo schema di verbale d'ispezione alle farmacie convenzionate pubbliche e private quale strumento valevole sul territorio regionale per l'espletamento della funzione di vigilanza e controllo;

VISTO che si rendeva necessario integrare ed implementare l'esercizio dell'attività di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica - già ascrivito dalla L. R. n. 32 del 14.08.1981 e s.m.i. alla competenza dei Servizi Farmaceutici Territoriali delle AA.SS.LL. per alcuni specifici aspetti della materia - delegando altresì alle AA.SS.LL. le funzioni amministrative relative alla materia dei certificati di servizio dei farmacisti;

VISTA la L.R. 20 maggio 2010 n. 20 recante:" Norme urgenti in materia di assistenza farmaceutica";

VISTO che con l'art. 2 della L.R. 20 maggio 2010 n. 20, le funzioni amministrative nella materia indicata all'art. 12 L.2 aprile 1968, ancora esercitate dagli organi periferici della Regione, sono state trasferite alle AA.SS.LL. e attribuite al Servizio Farmaceutico Territoriale, al fine di adeguare

l'attuale organizzazione della Regione ai compiti di programmazione sanitaria e di indirizzo dell'attività sanitaria;

OMISSIS

RITENUTO di dover dare attuazione, ai sensi dell'art.2 della L.R. 20 maggio 2010 n. 20, al trasferimento delle funzioni amministrative in materia, secondo le disposizioni della presente deliberazione per i fini di cui all'art.12 della L. 475/1968, disponendo che:

il Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL sia competente:

- alla regolare tenuta, conservazione, aggiornamento del registro informatico;
- alla acquisizione, trattamento e controllo dei documenti relativi alle istanze di iscrizione, modifica e cancellazione dal registro informatico dei farmacisti;
- alla attività di verifica relativa all'espletamento della pratica professionale dei farmacisti;
- al rilascio dei certificati, attestanti il servizio svolto presso le farmacie convenzionate pubbliche e private dai farmacisti iscritti agli Ordini provinciali della categoria professionale, ai soggetti interessati per i fini indicati dalla Legge;
- alla trasmissione, anche in modalità telematica, al competente Servizio regionale dei dati inerenti l'espletamento della pratica e l'attività professionale dei farmacisti nonché dei dati inerenti le verifiche compiute nell'esercizio di funzioni amministrative proprie e delegate;

RITENUTO opportuno al fine di semplificare in fase iniziale l'approccio all'esercizio della funzione amministrativa sopra citata, predisporre appositi schemi o moduli tipici: (Allegati A,B, C e D) che elencano i documenti a corredo delle istanze e comunicazioni, con i quali i soggetti interessati possono effettuare le dichiarazioni ai sensi dell'art. 12 L.475/1968 alla ASL competente per territorio, così come di seguito indicati:

Allegato A – comunicazione di inizio/cessazione servizio;

Allegato B – istanza di sostituzione;

Allegato C - comunicazione di rientro in servizio;

Allegato D – dichiarazione sostitutiva di certificazione;

DATO ATTO del parere favorevole espresso dal Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente provvedimento, e del parere favorevole espresso dal Direttore Regionale della Direzione Politiche della Salute, in ordine alla conformità alla legislazione vigente del presente provvedimento;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

- **per le motivazioni espresse in narrativa** -

1. di dare attuazione all'art. 2 della L.R. 20 maggio 2010 n.20, disponendo che il Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL sia competente:
 - alla regolare tenuta, conservazione, aggiornamento del registro informatico;
 - alla acquisizione, trattamento e controllo dei documenti relativi alle istanze di iscrizione, modifica e cancellazione dal registro informatico dei farmacisti;
 - alla attività di verifica relativa all'espletamento della pratica professionale dei farmacisti;
 - al rilascio dei certificati, attestanti il servizio svolto presso le farmacie convenzionate pubbliche e private dai farmacisti iscritti agli Ordini provinciali della categoria professionale, ai soggetti interessati per i fini indicati dalla Legge;

- alla trasmissione, anche in modalità telematica, al competente Servizio regionale dei dati inerenti l'espletamento della pratica e l'attività professionale dei farmacisti, nonché dei dati inerenti le verifiche compiute nell'esercizio di funzioni amministrative proprie e delegate;
2. di adottare gli schemi di comunicazione di cui agli Allegati **(A,B,C, e D)** – parte integrante e sostanziale del presente atto – quale modulistica per le AA.SS.LL. ai fini dell'esercizio della funzione amministrativa di cui all'art. 2 della L.R. 20 maggio 2010 n. 20;
 3. di disporre, per le motivazioni in premessa, il trasferimento del registro informatico regionale attestante la pratica ed il servizio professionale svolto dai farmacisti presso la A.S.L. di Lanciano-Vasto-Chieti, la ASL di Pescara e la ASL di Teramo;
 4. di inviare a successivo provvedimento il trasferimento del registro informatico regionale attestante la pratica ed il servizio professionale svolto dai farmacisti presso la A.S.L. di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, per le motivazioni in premessa, ai sensi delle disposizioni di cui al comma 9, art.12 L.475/1968, entro 180 gg. dall'adozione del presente provvedimento;
 5. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende U.S.L. di Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo provvedano ad individuare i Responsabili della materia di cui all'art.12 della L. 2 aprile 1968, n. 475;
 6. di demandare al Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute il trasferimento della documentazione degli archivi relativi alla materia dei certificati dei servizi professionali dei farmacisti;
 7. di dare mandato al Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute, di provvedere alla trasmissione del presente atto ai Direttori Generali delle Aziende U.S.L. e ai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Farmacisti;
 8. di precisare che l'esercizio della funzione amministrativa di cui all'art. 2 della L.R. 20 maggio 2010 n. 20 decorra per le Aziende U.S.L. di Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo dal 01 marzo 2011;
 9. di precisare che con provvedimento del Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute verrà indicata per la Azienda U.S.L. di Avezzano-Sulmona-L'Aquila la decorrenza all'esercizio della funzione amministrativa di cui al precedente punto 8;
 10. di disporre che il dispositivo del presente provvedimento venga pubblicato per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, nonché sul Portale della Sanità: [http: // sanitab.regione.abruzzo.it..](http://sanitab.regione.abruzzo.it..)

Timbro della farmacia

Allegato A

_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N. ...
Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
Via.....n.
..... (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
(Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

....l/la sottoscritt.... Dr./Dr.ssa

Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n.ubicata in Comune di

....., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che presso la suddetta farmacia il giorno __ / __ / ____ (1) il/la Dr./Dr.ssa

....., iscritt... all'albo Professionale dei Farmacisti della Pro-

vincia di..... al n.

ha preso servizio **ha cessato il servizio**

in qualità di farmacista

Collaboratore **Praticante** **Altro**
(specificare)

Con contratto:

a tempo indeterminato a tempo determinato fino al(2)
(se trattasi di inizio servizio specificare anche le modalità):

a tempo pieno a tempo parziale (part-time) per n.ore settimanali (2)

altra modalità
(specificare)

..... li,

In fede

Titolare/Direttore/Gest.Provv.

.....
(Firma leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

(1) INDICARE IL PRIMO O L'ULTIMO GIORNO DI EFFETTIVO SERVIZIO

In caso di inizio rapporto la presente dichiarazione deve essere trasmessa unitamente a:

- certificato medico comprovante l'esenzione del coadiutore " da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso" (art. 12 D.P.R. 21.8.71 n. 1275);
- certificato di iscrizione all'Albo professionale del dr./dr.ssa dipendente **OVVERO** autocertificazione (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 attestante data e luogo del conseguimento della laurea, data e luogo dell'abilitazione definitiva all'esercizio della professione, nonché l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti con relativo numero e decorrenza.

(2) DEPENDERE LE VOCI CHE NON RICORRONO

Timbro della farmacia

_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N.
 c/a Dirig. Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
 Via.....n.
 (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
 (Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

....l/la sottoscritt.... Dr./Dr.ssa

Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n.ubicata in Comune di

....., avendo necessità di interrompere temporaneamente la
 conduzione dell'esercizio farmaceutico predetto nel periodo dal ____ ____ ' al ____ ____ ' per il
 seguente motivo _____

CHIEDE

di essere autorizzat __ alla sostituzione a norma dell'Art.11, 2° comma, della Legge 362/1991 e a tal
 fine

INDICA

nella persona del Dr./sa _____

- già Collaboratore di questa farmacia - giusta comunicazione del ____ ____ -
 ovvero
- nuovo Collaboratore di questa farmacia – **inizio rapporto** come da presente comunicazione

il farmacista al quale, nel periodo indicato, sarà affidata la direzione della farmacia.
 Lo stesso sottoscrive per accettazione la presente istanza.

Dr./sa _____
 (per accettazione)

Dr./sa _____
 (in fede)

..... li,

In fede
Titolare/Direttore/Gest.Provv.

 (Firma leggibile)

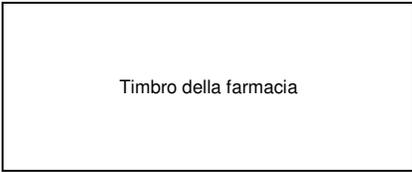
La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

(1) INDICARE IL PRIMO E L'ULTIMO GIORNO DI EFFETTIVA SOSTITUZIONE

- **In caso di inizio rapporto** la presente dichiarazione deve essere trasmessa unitamente a:

- certificato medico comprovante l'esenzione del coadiutore "da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso" (art. 12 D.P.R. 21.8.71 n. 1275) **OVVERO** copia del libretto di idoneità sanitaria;
- certificato di iscrizione all'Albo professionale di data non superiore e tre mesi del dr./dr.ssa dipendente **OVVERO** autocertificazione (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 attestante data e luogo del conseguimento della laurea, data e luogo dell'abilitazione definitiva all'esercizio della professione, nonché l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti con relativo numero e decorrenza.

Documentazione giustificativa della sostituzione per i casi previsti alle lettere a,c,d,e,f – 2° comma, art.11 Legge 362/1991



_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N. ...
c/a Dirig. Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
Via.....n.
..... (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
(Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

..../la sottoscritt.... Dr./Dr.ssa

Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n.ubicata in Comune di

.....,

COMUNICA

di aver ripreso regolare servizio in data _____¹ e che pertanto il Dr./sa

_____²

..... li,

In fede
Titolare/Direttore/Gest.Provv.

.....
(Firma leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della
firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

1) indicare il primo giorno "effettivo" di rientro in servizio
2) specificare se cessa il rapporto di lavoro ovvero se il farmacista rimane in qualità collaboratore

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AUTODICHIARAZIONE) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La _____ sottoscritt _____
nato/a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____
dal _____ al n. _____

di essere in possesso del diploma di Laurea in Farmacia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____

di essere in possesso di Abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista conseguita presso l'Università degli Studi di _____ sessione _____

DICHIARA

di essere stato informato ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, con modalità manuali ed informatiche, presso il Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL _____ con sede in _____, in qualità di titolare del trattamento, per le finalità istituzionali, in relazione al procedimento avviato ed in adempimento agli obblighi di Legge

PRENDE ATTO

che potrà esercitare i diritti di all'art. 7 del citato D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
che il titolare ha nominato Responsabile del trattamento il _____

_____, lì _____

IL DICHIARANTE

N.B. E' necessario allenare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità