

MODELLO C
PROCEDURA

TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA
IN NUOVI LOCALI

Procedimento

Il Titolare della Farmacia presenta istanza **in bollo** al Direttore Generale dell'ASL di competenza, con la quale chiede il trasferimento della farmacia in nuovi locali nell'ambito della propria sede farmaceutica prevista in Pianta Organica.

La domanda deve essere corredata dei dati personali (luogo e data di nascita, residenza, titolare della farmacia) e deve dichiarare il rispetto della pianta organica e della distanza minima consentita dagli altri esercizi.

L'istanza deve essere integrata dalla seguente documentazione:

1. Planimetria dei nuovi locali con indicazione della via e del numero civico
2. Per i Comuni con più sedi farmaceutiche, deve essere allegata da parte del Titolare perizia giurata/asseverata o rilasciata da un tecnico comunale che dichiara che i nuovi locali in cui si trasferirà l'esercizio farmaceutico distano oltre 200 metri da soglia a soglia, per via pedonale più breve, dalle farmacie più vicine;

La Struttura Farmaceutica pone in atto le seguenti attività:

1. invia al Sindaco copia della domanda e della planimetria dei locali presentati dal Titolare perché venga pubblicata per 15 giorni consecutivi all'Albo Pretorio del Comune (ai sensi dell'art. 1 Legge 08/11/91 n° 362 e smi). Contemporaneamente copia della stessa documentazione viene affissa all'Albo dell'ASL. Scaduti i termini, le domande inviate all'albo vengono restituite alla Struttura Farmaceutica con attestazione di avvenuta pubblicazione
2. concorda con il Titolare della farmacia la data della visita ispettiva preventiva che effettuerà con la Commissione di vigilanza integrata dal Responsabile del Servizio di Igiene e sanità pubblica ai sensi del comma 3 art. 7 legge regionale n.21/91 e smi (intervento congiunto). La Commissione ispettiva, completa di tutti i suoi membri, redige il verbale allegato. Nel caso in cui l'intervento non sia congiunto al Servizio di Igiene, il Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale effettuerà un sopralluogo per accertare l'idoneità dei locali e l'ubicazione dell'esercizio. Il Servizio di Igiene, contattato dal Titolare, provvederà a comunicare le risultanze della propria ispezione.

Successivamente rispetto all'esito favorevole della visita ispettiva viene proposta la determina di autorizzazione al trasferimento dei locali.

Copia di tale determina viene inviata alla farmacia interessata, al sindaco del Comune ove ha sede la farmacia, all'Ordine Provinciale dei farmacisti, all'Associazione Provinciale dei Titolari di Farmacia, alla Regione Piemonte, Direzione bilanci e finanze - Settore tributi e Assessorato alla Sanità.

FAC SIMILE VERBALE

VERBALE D'ISPEZIONE PREVENTIVA SUI NUOVI LOCALI DELLA FARMACIA _____

In data _____ i sottoscritti:

Dr. _____ Farmacista Resp./delegato del S. Farmaceutico Terr. ASL __

Dr. _____ Medico Resp./delegato del S. Igiene e Sanità ASL __ (in caso di intervento congiunto)

Dr. _____ Funzionario Amministrativo ASL __ con funzioni di Segretario

Dr. _____ Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti Provincia di __ (se presente)

hanno proceduto, ai sensi dell'art. 111 del T.U.L.L.S. e dell'art.7 della L.R. n. 21 del 14.05.1991,
all'ispezione presso i nuovi locali della Farmacia _____

siti in _____ via _____ n. _____

di cui Titolare/direttore risulta essere il
Dr./D.ssa _____,

iscritto/a all'Albo professionale della provincia di _____ dal _____ al n. _____ di posizione.

Estremi del provvedimento attestante la titolarità e l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio:

Il Titolare è presente alla visita [SI] [NO]

La Commissione ha constatato quanto segue:

La farmacia è composta da n. _____ locali

Destinati a:

Alla farmacia sono annessi locali direttamente comunicanti con la stessa ed adibiti all'uso di
ambulatorio medico-chirurgico? SI NO

Il **locale dispensazione** è igienicamente idoneo? SI NO

Il **locale magazzino** è igienicamente idoneo? SI NO

Il **locale magazzino** è provvisto/predisposto di/per idonei scaffali affinché non vi sia materiale depositato direttamente sulla pavimentazione? SI NO

L'**area laboratorio** è separata da altro locale della farmacia? SI NO

L'**area laboratorio** è separabile da altro locale della farmacia? SI NO *

*Se il laboratorio non risulta separabile da altro locale della farmacia le preparazioni devono essere effettuate durante l'orario di chiusura della farmacia.

Ha pareti, soffitto e pavimenti lavabili? SI NO

La zona / il locale dove vengono effettuate le preparazioni magistrali e officinali, è adeguato al tipo di preparazioni eseguite? SI NO

Il locale/area laboratorio è igienicamente idoneo? SI NO

Se la farmacia svolgerà attività di **autodiagnostica**, è previsto un luogo idoneo atto a garantire la privacy del paziente e munito di lavandino? SI NO

Tutti i locali sono puliti e illuminati? SI NO

L'assetto e la manutenzione di tutti locali sono soddisfacenti ? SI NO

Se no, perché? _____

MEDICINALI SOGGETTI A NORME PARTICOLARI

Sostanze e preparazioni stupefacenti e psicotrope (DPR 9.10.1990, n. 309)

Esiste/è prevista l'installazione di idoneo armadio, da potersi chiudere a chiave, diverso da quello destinato ad ospitare le sostanze velenose (circolare I.S.S. 5.7.79), atto a custodire le sostanze, le preparazioni e le specialità stupefacenti di cui alle Tabelle I[^], II[^] e III[^] (Tab. 7 F.U.)? SI NO

SOSTANZE VELENOSE

• Esiste/è prevista l'installazione di idoneo armadio, da potersi chiudere a chiave, per conservare le sostanze velenose in modo separato dagli altri medicinali (art. 146, II° comma TULLSS)? SI NO

Esiste/e' prevista l'istallazione di frigorifero a temperatura controllata? SI NO

Esiste/e' prevista l'istallazione di impianto di condizionamento? SI NO

Esiste/e' prevista l'istallazione di sistemi di controllo della temperatura degli ambienti? SI NO

Nel corso del sopralluogo si è rilevato che i **locali sono regolari** e tali da offrire sufficienti garanzie di buon funzionamento. SI NO

Per quanto attiene **sostanze e apparecchiature obbligatorie**:

- Sono state verificate in sede d'ispezione ordinaria del_____
- Sono state verificate in data odierna.
- Si rimanda alla successiva visita ispettiva ordinaria.

ALLEGATI AL VERBALE

- CERTIFICATO DI AGIBILITA'
- ALTRO_____

Il presente verbale viene redatto in triplice esemplare, di cui una copia è rilasciata al Titolare/Direttore e le rimanenti ai Servizi competenti.

Farmacista Resp./delegato del S. Farmaceutico Terr. ASL ____ _____

Medico Resp./delegato del S. Igiene e Sanità ASL (in caso di intervento congiunto) _____

Funzionario Amministrativo ASL con funzioni di Segretario _____

Farmacista designato dall'Ordine dei Farmacisti Provincia di ____ (se presente)_____

Titolare/Direttore della Farmacia _____