

## **ALLEGATO 1**

alla Convenzione per l'attuazione dell'azione 1 del progetto "Recupero prodotti farmaceutici" approvato con delibera di Giunta regionale 21 giugno 2012, n. 1142

### **Requisiti minimi dei prodotti farmaceutici**

- validità residua di almeno 6 (sei) mesi, con lotto e scadenza leggibili;
- confezione integra;
- conservazione corretta.

### Tipologie ammesse:

- farmaci e parafarmaci appartenenti a tutte le categorie terapeutiche senza obbligo di ricetta medica, farmaci da banco (OTC), farmaci non soggetti a prescrizione medica (SOP);
- dispositivi medici;
- prodotti per l'infanzia.

### Tipologie non ammesse:

- prodotti farmaceutici con obbligo di ricetta medica;
- prodotti farmaceutici per i quali è prevista la conservazione in frigorifero a temperature controllate;
- sostanze stupefacenti e psicotrope;
- campioni omaggio.

### **Caratteristiche dei punti di raccolta**

Il punto di raccolta ubicato presso la Struttura Complessa farmaceutica dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste deve essere:

- immediatamente identificabile;
- idoneo alla corretta conservazione dei prodotti farmaceutici invenduti;
- accessibile solamente al personale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

### **Fasi operative**

La presente procedura descrive le modalità operative del progetto "Recupero prodotti farmaceutici" che si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

1. preparazione, conservazione e pesatura dei prodotti farmaceutici invenduti da parte delle farmacie aderenti al progetto;
2. raccolta dei prodotti farmaceutici invenduti da parte delle Onlus aderenti alla presente Convenzione presso le farmacie aderenti al progetto, previo accordo con le farmacie stesse e nel rispetto del calendario dei ritiri stabilito dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;

3. sottoscrizione da parte delle Onlus aderenti alla presente Convenzione e delle farmacie aderenti al progetto del documento di cessione gratuita di cui all'Allegato 2 e del documento di trasporto di cui all'Allegato 3;
4. trasporto e consegna da parte delle Onlus aderenti alla presente Convenzione dei prodotti farmaceutici invenduti al personale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste presso il punto di raccolta di cui all'articolo 6, comma 1, lettera a);
5. registrazione dei prodotti farmaceutici invenduti nella Sezione registrazione del Registro di cui all'Allegato 4 da parte del personale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;
6. custodia dei prodotti farmaceutici invenduti nel punto di raccolta da parte dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;
7. richiesta di ritiro dei prodotti farmaceutici invenduti da parte delle Microaree al Servizio gestione ambientale aziendale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste tramite compilazione del documento di ritiro di cui all'Allegato 6;
8. ritiro da parte delle Microaree, presso il punto di raccolta, dei prodotti farmaceutici invenduti da dispensare, previa compilazione della Sezione consegna del Registro di cui all'Allegato 4 e previa vidimazione del documento di consegna di cui all'Allegato 5 e del documento di ritiro cui all'Allegato 6, da parte del personale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;
9. dispensazione dei prodotti farmaceutici invenduti agli assistiti da parte di operatori delle Microaree, nel rispetto delle normative vigenti in materia sanitaria.

## **ALLEGATO 2**

alla Convenzione per l'attuazione dell'azione 1 del progetto "Recupero prodotti farmaceutici"  
approvato con delibera di Giunta regionale 21 giugno 2012, n. 1142

### **Documento di cessione gratuita**

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Ai sensi dell'Art. 47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ai sensi dell'Art.13, Decreto  
Legislativo 4 dicembre 1997, n. 460

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....  
residente a ..... Via

C.F. ....  
in qualità di ..... della Onlus

con sede legale in ..... Via

C.F.:.....

### **DICHIARA**

- di aver ricevuto a titolo gratuito dalla Farmacia ..... i prodotti farmaceutici invenduti elencati nel documento di trasporto sotto indicato

Documento di trasporto n.	Data

- che i prodotti farmaceutici invenduti, ricevuti a titolo gratuito, sono conformi ai dati riportati dalla Farmacia nel documento di trasporto.

In fede

(luogo e data)

(firma)

## **ALLEGATO 3**

alla Convenzione per l'attuazione dell'azione 1 del progetto "Recupero prodotti farmaceutici" approvato con delibera di Giunta regionale 21 giugno 2012, n. 1142

## **Documento di trasporto (fax simile)**

Data: ..... N .....

Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di farmacista della Farmacia .....

**CEDE A TITOLO GRATUITO**

in riferimento al comma 4 dell'articolo 13 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460  
“Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non  
lucratивe di utilità sociale” alla Onlus .....

i seguenti prodotti farmaceutici invenduti

per un peso complessivo di ..... kg.

In fede

(luogo e data)

(firma)

## ALLEGATO 4

alla Convenzione per l'attuazione dell'azione 1 del progetto "Recupero prodotti farmaceutici"  
approvato con delibera di Giunta regionale 21 giugno 2012, n. 1142

### **Registro di catalogazione dei prodotti farmaceutici ritirati presso le farmacie aderenti al progetto e consegnati alle Microaree per la dispensazione degli stessi ai propri assistiti**

SEZIONE REGISTRAZIONE E CONSEGNA													
Progressivo registrazione n.	Data registrazione	Documento di trasporto n.	Farmacia	Nome commerciale	Data scadenza	Lotto	Forma farmaceutica	Categoria*	Data consegna	Micro area	Ritirata	Consegnata	
1													
2													
...													
n													

\* F= farmaco, PF=parafarmaco; PM=presidio medico; PI=prodotto per l'infanzia.

SEZIONE PESI			
Documento di trasporto n.	Data consegna	Farmacia	Peso totale
1			
2			
...			
n			

## **ALLEGATO 5**

alla Convenzione per l'attuazione dell'azione 1 del progetto "Recupero prodotti farmaceutici" approvato con delibera di Giunta regionale 21 giugno 2012, n. 1142

## **Documento di consegna**

Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di farmacista aziendale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

## **CONSEGNA**

A.....

in qualità di .....  
della Microarea .....

i seguenti prodotti farmaceutici invenduti

In fede

(luogo e data)

(firma)

## **ALLEGATO 6**

alla Convenzione per l'attuazione dell'azione 1 del progetto "Recupero prodotti farmaceutici" approvato con delibera di Giunta regionale 21 giugno 2012, n. 1142

## Documento di ritiro

Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di .....  
della Microarea .....

## RITIRA

presso il punto di raccolta i seguenti prodotti farmaceutici invenduti

In fede

(luogo e data)

(firma)