

**ISPEZIONE ORDINARIA DELLE FARMACIE\***  
ai sensi dell'art. 127 T.U.LL.SS. e della L.R. n.33/09 e s.m.i.

VERBALE N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Eventuale numero PROGRESSIVO ANNUO

(\* = Barrare la voce che non interessa)

Il giorno \_\_\_\_\_ del mese \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

i sottoindicati componenti della Commissione/sottocommissione\* ispettiva

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome) Farmacista ATS– Presidente

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome) Farmacista designato dall' OdF

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome) eventuale altro componente (indicare la qualifica)

\_\_\_\_\_  
(Cognome Nome) Funzionario /dipendente\* del ruolo amministrativo ATS con funzioni di Segretario verbalizzante

hanno proceduto all' ispezione ordinaria\*

della farmacia (denominazione) \_\_\_\_\_

Titolare Sede n. XX del Comune di XX : denominazione societaria/titolare persona fisica

Iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA)\*

Iscrizione al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_\*

Cod. ATS \_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_

in presenza del dr \_\_\_\_\_

	Direttore responsabile
	Direttore responsabile sostituto (art. 11 legge 362/1991)

## 1. VERIFICHE AMMINISTRATIVE

### 1.1 Sono presenti i seguenti documenti

- Provvedimento di autorizzazione all'esercizio: SI NO
- Ricevuta della tassa regionale di esercizio annuale: SI NO
- Autorizzazione amministrativa al commercio o presentazione SCIA: SI NO

1.2 L'Autorizzazione amministrativa al commercio o presentazione SCIA è affissa: SI NO

## 2. COLLABORATORI

2.1 I farmacisti in organico sono:

Nominativo	Ordine professionale e numero di iscrizione	Qualifica (es: socio, Libero professionista, dipendente)	Presenti	
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO

2.2 I farmacisti dichiarati in organico corrispondono a quelli segnalati all'ATS dal titolare/direttore **SI**  
**NO**

Se no:

Nominativo	Ordine professionale e numero di iscrizione	Qualifica (es: socio, Libero professionista, dipendente)	Data inizio attività	Data cessazione

2.3 I farmacisti indossano<sup>1</sup>

il camice bianco:	SI	NO
il distintivo dell'Ordine dei Farmacisti	SI	NO

<sup>1</sup> Art. 7 Cod. Deontologico

### 3. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

3.1	La farmacia è dotata di insegna luminosa a forma di croce di colore verde	SI	NO	
3.2	L'orario di apertura, di chiusura e i turni di servizio sono esposti al pubblico	SI	NO	
3.3	L'avviso recante le quote di partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica è disponibile alla consultazione	SI	NO	
3.4	La lista di trasparenza aggiornata dei medicinali inseriti nell'elenco dei farmaci equivalenti è disponibile alla consultazione anche in formato digitale	SI	NO	
3.5	E' esposta pubblicità vietata			
	di esercenti altre professioni	SI	NO	
	di strutture sanitarie	SI	NO	
3.6	E' esposta pubblicità-non autorizzata			
	di medicinale di origine industriale	SI	NO	
	di presidi medico chirurgici	SI	NO	
3.7	La Farmacopea Ufficiale con i relativi aggiornamenti e supplementi è disponibile alla consultazione:	SI	NO	
3.8	La Tariffa Ufficiale dei medicinali è disponibile alla consultazione	SI	NO	
3.9	La documentazione relativa alle attrezzature/apparecchiature con complessità d'uso è presente	SI	NO	
3.10	Il registro/raccolta dei verbali delle ispezioni è presente	SI	NO	
3.11	È stato individuato uno spazio per la conservazione delle bombole di ossigeno nel rispetto delle indicazioni di sicurezza precisate nella scheda tecnica	SI	NO	
3.12	Le sostanze medicinali obbligatorie sono presenti:	SI	NO	
	SE NO, indicare i medicinali mancanti * <i>(* indicare solo quelli di cui non vi sono comunicazioni ufficiali di carenza al momento dell'ispezione)</i>			
	È disponibile la documentazione giustificativa in formato analogico o digitale?	SI	SI	
3.13	Sono presenti gli apparecchi e gli utensili da detenersi obbligatoriamente in farmacia Se no, indicare gli apparecchi e gli utensili obbligatori mancanti:	SI	NO	
3.14	Le sostanze velenose, tossiche sono custodite in armadi chiusi a chiave, in contenitori con la relativa indicazione o con il contrassegno speciale	SI	NO	
3.15	E' presente il registro delle sostanze velenose	SI	NO	

3.16	I medicinali guasti o imperfetti o scaduti sono tenuti separati dagli altri medicinali e con l'indicazione sul contenitore esterno della loro non utilizzazione e della destinazione alla distruzione	SI	NO	NON PRESENTI
3.17	Sono presenti medicinali per i quali l'autorizzazione non è stata rilasciata e confermata, ovvero è stata sospesa o revocata, o medicinali aventi una composizione dichiarata diversa da quella autorizzata oppure per i quali sia stata revocata la registrazione o modificata la composizione	SI	NO	
	sono conservati separatamente dagli altri medicinali	SI	NO	
	E' presente l'apposita indicazione di non vendibilità	SI	NO	
3.18	E' presente in farmacia idonea modulistica per la consegna, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta? Se NO indicare le difformità/irregolarità d'uso _____	SI	NO	
3.19	La farmacia dispone degli strumenti cartacei e/o informatici necessari alla pronta segnalazione ADR al Responsabile Locale di Farmacovigilanza:	SI	NO	
3.20	Sono presenti campioni di medicinali:	SI	NO	
3.21	Sono presenti medicinali privi di fustelle	SI	NO	
3.22	Sono presenti fustelle libere ovvero non applicate sugli appositi moduli per le ricette dematerializzate o direttamente sulle ricette SSN	SI	NO	
3.23	Sono rispettate le condizioni di conservazione dei farmaci	SI	NO	
3.24	La farmacia è autorizzata alla vendita on line di SOP/OTCC Se SI:	SI	NO	
	Prezzi praticati in farmacia uguali a prezzi praticati on-line SE NO: indicare specialità e prezzo praticato	SI	NO	

#### 4. ORGANIZZAZIONE DEI LOCALI

4.1	La planimetria depositata agli atti dell'ATS corrisponde ai locali fisici	SI	NO
4.2	Le destinazioni d'uso dei locali sono corrispondenti con quelle indicate nella planimetria depositata agli atti dell'ATS	SI	NO
4.3	Alla farmacia sono annessi locali adibiti all'uso di ambulatorio medico-chirurgico direttamente comunicanti con la stessa	SI	NO

#### 5. PREPARAZIONE DEI MEDICINALI

5.1 Il direttore responsabile dichiara che la farmacia applica quanto disposto da:  
(selezionare la voce che interessa)

	norme di buona preparazione (NBP) di cui alla FUI ultima edizione
	norme semplificate di cui al DM 18.11.2003

5.2	Sono rispettate le indicazioni previste dalle NBP o dal DM 18.11.2003	SI	NO	NA
-----	---	----	----	----

Se NO, indicare le non conformità rispetto alla normativa di riferimento (NBP o DM 18.11.2003)

---

5.3 Sono rispettate le indicazioni della normativa in merito a specifiche tipologie di preparazione contenenti:

	Stupefacenti	SI	NO	NA
	sostanze vietate per doping	SI	NO	NA
	sostanze usate off label (es. cannabis/Avastin ecc.)	SI	NO	NA

## 6. GESTIONE DEGLI STUPEFACENTI

6.1 Sono presenti:

- Il registro di entrata e uscita: SI NO
- I moduli buoni acquisto utilizzati : SI NO

SE NO

È stata effettuata denuncia SI NO

6.2 Risultano conservati per il periodo di tempo previsto dalla normativa vigente:

- il registro di entrata e uscita: SI NO
- i moduli buono acquisto utilizzati: SI NO

6.3 Il registro cartaceo è numerato e firmato in ogni pagina dalla competente autorità o da un suo delegato: SI NO NA

---

6.4 E' stata inviata la comunicazione preventiva all'ATS dell'utilizzazione del registro informatico di entrata e uscita: SI NO NA

---

6.5 Il registro di entrata e uscita delle sostanze e preparazioni stupefacenti e psicotrope di cui è prevista la registrazione secondo la vigente normativa è correttamente compilato: SI NO

---

6.6 Le trascrizioni in entrata e quelle in uscita sono state effettuate entro le 48 ore dalla presa in carico o spedizione dei medicinali: SI NO

---

6.7 Le sostanze e preparazioni stupefacenti e psicotrope giacenti all'atto dell'ispezione corrispondono alle giacenze trascritte sul registro: SI NO

---

6.8 Il registro di entrata e uscita è stato correttamente chiuso al 31 dicembre di ogni anno, con scrittura riassuntiva di tutti i dati comprovanti i totali delle qualità e quantità dei prodotti avuti in carico o commercializzati durante l'anno e con l'indicazione di ogni eventuale giacenza : *SI NO*

---

6.9 I buoni-acquisto sono stati utilizzati secondo le disposizioni di legge: *SI NO*

---

6.10 Le fatture relative ai movimenti delle sostanze stupefacenti di cui è prevista la registrazione sono correttamente custodite: *SI NO*

---

6.12 I farmaci stupefacenti soggetti a custodia sono conservati in armadi chiusi a chiave: *SI NO*

---

Viene effettuato l'affido degli stupefacenti scaduti e non vendibili in carico presso la farmacia: *SI NO*

---

---

## 7. RICETTE

7.1	Sono presenti Ricette in formato cartaceo per uso umano e veterinario Se SI	SI	NO
	sono conservate in originale o copia per periodo di tempo previsto dalla normativa vigente:	SI	NO
	i formalismi prescrittivi sono rispettati	SI	NO
	è stata annotata la data di spedizione, il prezzo (o fustelle se SSN) e apposto il timbro della farmacia:	SI	NO
	sono state spedite entro i termini previsti dalla vigente normativa	SI	NO

7.2	<u>Ricette relative alla dispensazione dei farmaci in Distribuzione Per Conto (DPC)</u> Se SI	SI	NO
	Sono presenti ricette "aperte" sul gestionale WebDPC da oltre 30 giorni:	SI	NO
	Le ricette già inserite in WebDPC coincidono con i quantitativi presenti in farmacia:	SI	NO

## 8. DISPOSITIVI MEDICI

8.1	I dispositivi medici presenti in farmacia hanno la marcatura CE	SI	NO
8.2	Sono presenti presidi medico-chirurgici non autorizzati, con autorizzazione revocata o importati direttamente dall'estero	SI	NO

## 9. SERVIZI AGGIUNTIVI

9.1	E' prevista l'erogazione di servizi aggiuntivi	SI	NO
-----	--	----	----

Se SI: sono erogati i seguenti servizi aggiuntivi (es: c.d. analisi di prima istanza quali glicemia/colesterolo/glicata, holter pressione, Holter cardiaco Elettrocardiogramma Misurazione Pressione arteriosa ecc.):

Inserire i servizi	sono dotate di marcatura CE			sono corredate della documentazione di manutenzione			i prodotti e reagenti necessari sono conservati correttamente e non scaduti:			I servizi aggiuntivi vengono erogati -in spazi idonei o comunque senza interferenza con altre attività.		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA

La Commissione dichiara che i controlli relativi ai punti..... sono stati effettuati a campione.

**Osservazioni e prescrizioni della Commissione:**

---



---



---

**Dichiarazioni a verbale:**

il

	<u>Direttore responsabile</u>
	Direttore responsabile sostituto (art. 11 legge 362/1991)

fa presente, in merito all'ispezione:

---



---

Visto il risultato dell'ispezione effettuata, si esprime **parere favorevole** in merito alla prosecuzione dell'esercizio:

	senza condizioni
	a condizione che, entro il _____ si sia ottemperato a quanto evidenziato nelle osservazioni di cui sopra

Dell'ottemperanza agli adempimenti prescritti dovrà darne comunicazione alla competente struttura dell'ATS al seguente indirizzo:

Di quanto sopra è stato redatto il presente verbale di cui verrà trasmessa copia all' ATS, all'Ordine dei Farmacisti competente per territorio (dove è collocata la Farmacia) e, ove previsto, al Comune.

*Sui rilievi riscontrati saranno effettuate valutazioni, che potranno dare luogo a sanzioni amministrative e/o procedimenti disciplinari. Tali sanzioni verranno notificate nei modi e nei tempi previsti dalla legge.*

*Constatato, altresì, che quanto indicato ai punti \_\_\_\_\_, potrebbe assumere rilevanza penale, si provvederà all'inoltro del presente verbale all'Autorità Giudiziaria competente.*

Si dà atto che le operazioni di controllo, iniziate alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
sono state interrotte alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
sono state riprese alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
sono state ultimate alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Letto e sottoscritto (possibile la firma digitale) in data e luogo di cui sopra.

*Il Farmacista dell'ATS* \_\_\_\_\_

*Il Farmacista designato dall'Ordine* \_\_\_\_\_

*Altro componente (se del caso)* \_\_\_\_\_

*Il Direttore responsabile della farmacia* \_\_\_\_\_

*Il Segretario verbalizzante* \_\_\_\_\_