



*Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
UOD 06 - Politica del Farmaco e Dispositivi*

-----

REGIONE CAMPANIA

**Prot. 2020. 0120235 25/02/2020 07,48**

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : PRESIDENTI DEGLI ORDINI PROVINCIALI DEI FARMACISTI - LO...  
DIRETTORI RESPONSABILI DEI DIPARTIMENTI FARMACEUTICI

Classifica : 50.4. Fascicolo : 57 del 2020



*Ai Direttori/Responsabili dei Dipartimenti Farmaceutici*

*Agli Ordini Provinciali dei Farmacisti*

*A FEDERFARMA Campania*

*A ASSOFARM Campania*

*e, per Loro tramite*

*Alle Federazioni Provinciali*

*Ai Titolari/Direttori di Farmacie Rurali*

*e, p.c.*

*Al Direttore Generale per la Tutela della Salute  
e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

*Ai Direttori Generali AA.SS.LL.  
della Regione Campania*

**Oggetto: modalità operative DCA n. 47 del 28.06.2019 “Progetto sperimentale farmacie rurali sussidiate”**

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 47 del 28.06.2019 indicato in oggetto è stato approvato il documento “Progetto sperimentale per le Farmacie rurali sussidiate”, elaborato dai competenti uffici regionali sulla base della proposta pervenuta da parte di Federfarma Campania e SUNIFAR Campania e finalizzato alla erogazione di nuovi servizi alla popolazione residente nelle aree interne e nelle zone disagiate della Regione Campania.

La base normativa del suddetto documento, come citata nel DCA n. 47/2019 e che qui si intende interamente richiamata, è rappresentata in particolare dal D.L.vo n. 153 del 3 ottobre 2009, che ha individuato i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell’ambito del SSN, nonché da tutte le disposizioni in materia di indennità di residenza a favore dei titolari e direttori delle Farmacie rurali (R.D. 27 luglio 1934, n. 1265; Legge 8 marzo 1968, n. 221; Legge 5 marzo 1973, n. 40).

Il presente provvedimento contiene le modalità operative per l'applicazione del "Progetto sperimentale per le Farmacie rurali sussidiate", di seguito indicato, per brevità, "Progetto".

All'atto dell'invio alla ASL competente per territorio dell'istanza per il riconoscimento dell'indennità di residenza, formulata secondo le modalità previste dalla L. 8 marzo 1968, n. 221, che qui si intendono integralmente richiamate, il titolare o direttore della farmacia rurale che intende aderire al "Progetto" dovrà allegare alla suddetta istanza una richiesta di adesione, quest'ultima in carta semplice.

Con l'adesione, il Titolare/Direttore Tecnico della Farmacia rurale sussidiata si dichiarerà disponibile a garantire:

1. la disponibilità di un defibrillatore semiautomatico, posizionato all'esterno della Farmacia in condizioni di sicurezza, ma comunque accessibile in caso di necessità, e di sottoporre i farmacisti che operano nella Farmacia a periodici corsi di formazione e aggiornamento per il corretto utilizzo di tale apparecchio salvavita;
2. la dispensazione di ulteriori farmaci, oltre a quelli previsti nell'elenco regionale per il Servizio DPC, secondo le esigenze eventualmente rappresentate dalla ASL di afferenza territoriale;
3. un servizio di guardia farmaceutica notturna, al di fuori dei turni obbligatori cui la Farmacia è soggetta ed è tenuta a rispettare, ai sensi della normativa vigente, assicurando la disponibilità del farmacista 24 ore su 24 in caso di urgenza e necessità (L.R. n. 7 1° febbraio 1980, art. 8). Durante tale servizio di guardia notturna l'intervento del farmacista avverrà dietro presentazione di ricetta medica da parte dell'utente e senza richiesta di corresponsione dei diritti d'urgenza da parte del farmacista.

La richiesta di adesione al "Progetto" dovrà essere presentata entro il 31.03.2020, in allegato all'istanza per il riconoscimento dell'indennità di residenza per il biennio 2020/2021; ad essa andrà allegata copia della fattura di acquisto del defibrillatore, ovvero copia dell'ordinativo d'acquisto dell'apparecchio, che in ogni caso dovrà essere consegnato alla Farmacia entro o non oltre il 30.06.2020, pena la decadenza dall'adesione al Progetto e il mancato riconoscimento dell'indennità prevista per la partecipazione allo stesso da parte delle ASL. In questo caso, la domanda andrà regolarizzata con l'invio successivo della copia della fattura di acquisto dell'apparecchio.

Alla richiesta di adesione andrà allegata, inoltre, copia dell'attestato di superamento del Corso di formazione BSLD per l'utilizzo del defibrillatore, ovvero domanda di iscrizione al Corso medesimo; entro il 30.06.2020 la richiesta va comunque regolarizzata con l'invio alla ASL dell'attestato di superamento del Corso BSLD, pena la decadenza dall'adesione al "Progetto" e il mancato riconoscimento dell'indennità prevista per la partecipazione allo stesso da parte delle ASL.

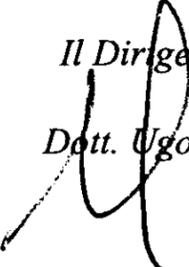
La richiesta di adesione al "Progetto" da parte del farmacista Titolare/Direttore della Farmacia rurale sussidiata dovrà essere presentata entro il termine inderogabile del 31.03.2020 (in concomitanza con l'invio dell'istanza per il riconoscimento dell'indennità di residenza) e dovrà essere ripresentata dal Titolare/Direttore subentrante in caso di cessione o trasferimento della titolarità della Farmacia ed in caso di Farmacie di

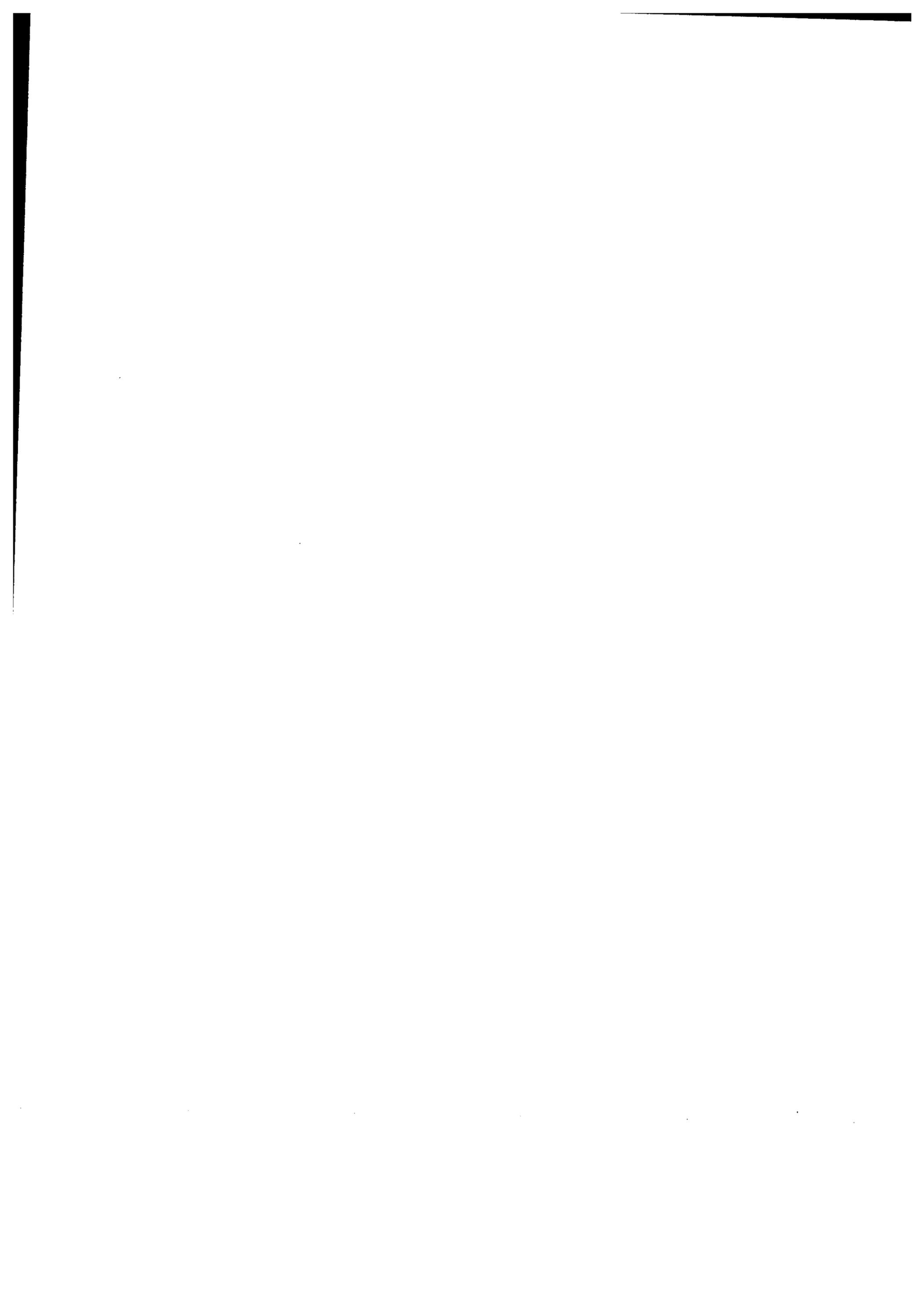
nuova istituzione. Per queste ultime fattispecie, il termine ultimo per l'invio della richiesta di adesione al "Progetto" è fissato al 31.01.2021.

In caso di trasferimento di titolarità della Farmacia, infatti, il titolare uscente si impegna a versare al titolare entrante la quota già pagata dalla ASL in funzione dei mesi spettanti al nuovo titolare sull'importo totale versato dalla ASL: tale impegno dovrà essere formalizzato dal farmacista richiedente all'atto dell'invio dell'istanza di adesione al "Progetto".

Alla luce di quanto esposto si allega modulistica da utilizzare ai fini di adesione al "Progetto" di cui al DCA in oggetto.

*Il Dirigente*  
*Dott. Ugo Trama*





**ADESIONE ACCORDO "PROGETTO SPERIMENTALE FARMACIE  
RURALI SUSSIDIATE" di cui al DCA n. 47 del 28.06.2019**

---

**Timbro Farmacia**

Alla Spett.le ASL \_\_\_\_\_  
c.a. Direttore Dipartimento Farmaceutico ASL \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**RACCOMANDATA A.R.**

**Oggetto: ADESIONE ACCORDO DCA N. 47/2019**

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa .....nella qualità di  
Titolare/Direttore tecnico/Gestore provvisorio/Legale Rappresentante della Farmacia RURALE SUSSIDIATA

.....  
sita in ..... Provincia..... ( ..... )

alla via .....n° .....

codice regionale .....

**IBAN .....**

con riferimento all'istanza per il riconoscimento dell'indennità di residenza per il biennio 2020/2021, di cui la presente rappresenta allegati n° ....., chiede di aderire al "Progetto sperimentale farmacie rurali sussidiate" di cui al DCA n. 47 del 28.06.2019.

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa ..... in riferimento all'art. 4 dell'Accordo di cui al DCA n. 47/2019, aderendo al citato progetto dichiara di:

- a) avere disponibilità di un defibrillatore semiautomatico o di trasmettere entro il 30 giugno 2020 copia della relativa fattura di acquisto all'Azienda Sanitaria territorialmente competente. Alla data della presente adesione, in assenza della fattura di acquisto, allega documento che attesta l'ordine di acquisto per un defibrillatore semiautomatico, con impegno di consegna alla farmacia entro il termine previsto del 30 giugno 2020;
- b) allegare alla fattura di cui al punto a) la certificazione di aver effettuato il previsto Corso BLSD;

## **ADESIONE ACCORDO "PROGETTO SPERIMENTALE FARMACIE RURALI SUSSIDIATE" di cui al DCA n. 47 del 28.06.2019**

- c) essere disponibile alla dispensazione di ulteriori farmaci, oltre a quelli previsti nell'elenco di cui all'accordo DPC regionale, secondo le esigenze della ASL territorialmente competente;
- d) assicurare reperibilità notturna in caso di urgenza e necessità oltre il servizio di guardia farmaceutica obbligatoria stabilito dalla ASL territorialmente competente, ai sensi della Legge Regionale n.7 del 1° Febbraio 1980, art. 8;

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa ..... aderendo al citato progetto, in riferimento all'art. 3 dell'Accordo di cui al DCA n. 47/2019, dichiara che:

- a) in caso di trasferimento della titolarità dell'esercizio farmaceutico successivamente alla data del 31 marzo 2020 ed entro la data del 31 dicembre 2020, di essere debitore nei confronti dell'acquirente del relativo rateo mensile riferito al contributo previsto per l'anno 2020, di cui all'art. 3.1, fatto salvo che l'acquirente dovrà produrre la relativa documentazione come previsto all'art. 3.5 e ottenuto il conseguente riconoscimento;
- b) in caso di trasferimento della titolarità dell'esercizio farmaceutico successivamente alla data del 31 gennaio 2021 ed entro la data del 31 dicembre 2021, sarà debitore nei confronti dell'acquirente del relativo rateo mensile riferito al contributo previsto per l'anno 2021, di cui all'art. 3.1, fatto salvo che l'acquirente dovrà produrre la relativa documentazione come previsto all'art. 3.5 e ottenuto il conseguente riconoscimento;

....., li ..... / ..... / .....

In fede

(timbro e firma)