

# **Protocollo del REGOLAMENTO di AFM SpA di L'Aquila relativo al servizio di CONSEGNA FARMACI presso il DOMICILIO/RESIDENZA del richiedente EMERGENZA COVID19**

**AFM SPA di L'aquila via Ettore Moschino, 24 – 67100 L'Aquila  
P.Iva 01413790666 Telefono 0862 411861**

## **Articolo 1- Finalità**

Le farmacie comunali dell'Aquila, gestite dalla AFM Spa, al fine di garantire adeguatamente il servizio di erogazione del farmaco ed agevolare la corretta fruizione anche alle categorie più deboli della popolazione, nel rispetto delle disposizioni emanate in relazione all'emergenza Coronavirus e per il periodo di durata di tale emergenza, organizzano un'attività di consegna di farmaci a domicilio, per casi non urgenti, in forma GRATUITA. L'iniziativa riguarda i cittadini residenti nel comune dell'Aquila, i quali non abbiano possibilità di accedere alla farmacia o di acquisire comunque i medicinali, per motivi di salute e/o di condizioni di vita e di famiglia; in particolare il servizio si rivolge a persone anziane o disabili o, più in generale, a persone confinate in casa, senza possibilità di provvedere all'esigenza con l'aiuto di familiari.

## **Articolo 2 – Utenti del servizio**

Sono fruitori del servizio di consegna a domicilio dei farmaci i seguenti soggetti residenti nel Comune dell'Aquila:

- le persone aventi un'età superiore ai 75 anni con nucleo monofamiliare;
- le persone aventi un'età superiore a 65 anni con nucleo monofamiliare e con specifiche patologie croniche;

La compromissione, temporanea o permanente, l'età e lo stato familiare deve essere autocertificata dall'utente, tale autocertificazione, come i dati personali relativi, verranno raccolti agli atti presso gli uffici dell'A.F.M. S.p.a..

Saranno pertanto ammessi alla fruizione del servizio tutti i richiedenti con i requisiti di cui sopra, che abbiano presentato regolare domanda secondo apposito modello Allegato, debitamente documentata.

Il servizio è offerto dalle 6 farmacie comunali e, pertanto, si rivolge ai cittadini che intendano esercitare il diritto di libera scelta di acquisto dei medicinali tramite le stesse farmacie comunali, al fine di escludere ogni indebito accaparramento di prescrizioni mediche ed ogni concorrenza sleale nei confronti delle farmacie private. Al riguardo si richiamano i riferimenti legislativi, regolamentari e deontologici descritti nella circolare del 27 febbraio 2012 – oggetto "consegna a domicilio dei farmaci" di FEDERFARMA – federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia italiani.

I dati saranno trattati in conformità a quanto prevede la normativa di riferimento europea GDPR 679/2016, sulla base dell'art.9 par. a), h), i) (Trattamento di categorie particolari di dati personali, assistenza o terapia sanitaria) ed art.7 GDPR relativo al consenso prestato per il servizio di consegna farmaci a domicilio di AFM.

## **Art. 3- Modalità di richiesta del servizio.**

Il servizio deve essere richiesto telefonando al numero telefonico 0862 1822777 dedicato dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9 alle ore 12. La consegna sarà evasa entro le ore 20,00 dei giorni lunedì, mercoledì e venerdì. Al momento della richiesta l'utente deve essere provvisto di ricetta medica, per i farmaci di cui ha necessità. L'utente può richiedere il ritiro materiale della ricetta medica in altro luogo rispetto alla propria abitazione, come ad es. presso l'ambulatorio del proprio medico, rispettando la procedura più avanti descritta. In ogni caso la domanda di rilascio della ricetta al medico deve essere avanzata dalla persona interessata, nell'ambito del rapporto medico-paziente, mentre il servizio offerto dalla farmacia riguarda esclusivamente il ritiro materiale della prescrizione. La ricetta medica da presentare al farmacista deve essere "in originale".

## **Art. 4- Modalità di svolgimento del servizio.**

Una volta ricevuta la richiesta telefonica dell'utente, ed espletate le procedure relative al trattamento dei dati così come previsto dalla legislazione e normativa di riferimento GDPR 679/2016 e dal Codice Privacy

Dlgs.196/2003, si provvederà ad inviare l'operatore incaricato del servizio (di seguito denominato "operatore"), munito di cartellino/tessera di riconoscimento con fotografia, presso il domicilio del richiedente. Quest'ultimo firma una scheda di incarico-delega per il ritiro della ricetta medica e/o dei farmaci od altro prodotto e/o servizio dall'utente richiesto che possa erogare la AFM, da parte dell'operatore incaricato, e le ricette mediche devono essere inserite in busta chiusa, come indicato dall'Autorità Garante della Protezione dei dati (privacy) e come previsto da art.5 par. f) del GDPR 679/2016 (integrità e riservatezza); la delega scritta è esibita al personale dello studio medico, (a cui viene rilasciata una copia), per il ritiro della ricetta ed al farmacista per il ritiro dei farmaci.

L'utente consegna all'operatore la delega scritta. L'operatore consegna i farmaci e lo scontrino fiscale, solo dopo aver incassato il corrispettivo dovuto. Nulla è dovuto dagli utenti per lo svolgimento del servizio oltre a quanto necessario per l'acquisto dei farmaci. L'utente può, all'inizio della procedura, richiedere all'operatore lo scontrino fiscale "parlante" da utilizzare per le detrazioni fiscali, fornendo la tessera sanitaria od il codice fiscale.

#### **Art. 5 - Tempi di evasione della richiesta**

Le richieste verranno evase, con la maggiore sollecitudine possibile, nei giorni feriali Lunedì, mercoledì e venerdì, dalle ore 14.00 alle ore 20.00; il trasporto dei medicinali verrà effettuato con la cura necessaria per uno svolgimento ottimale del servizio e con attenzione alle temperature ed alle modalità necessarie per la corretta conservazione dei farmaci, secondo le indicazioni del farmacista responsabile al momento delle consegne. Il servizio non riguarda consegna farmaci di urgenza.

#### **Art. 6 - Personale e costi del Servizio**

Il personale necessario per lo svolgimento del servizio è costituito da operatori già dipendenti dall'AFM Spa o da personale appositamente incaricato da AFM in base a protocolli specifici previsti.

#### **Art. 7 – Durata del servizio**

Il servizio di consegna farmaci oggetto del presente regolamento avrà durata dal momento della sottoscrizione della delega, e sino alla conclusione dell'emergenza Covid19, salvo eventuali variazioni che saranno comunicate all'utenza con modalità appropriate a garantire i criteri di riservatezza e trasparenza.

#### **Art. 8 – Modifiche successive del Regolamento.**

L'Azienda si riserva eventuali variazioni del servizio e del presente Regolamento che saranno comunicate all'utenza.

Il Direttore Amm.vo  
Dott. Roberto Fontana

### **ATTO di INFORMATIVA GDPR (ridotta) Art. 13 Regolamento Europeo 679/2016**

Gentile utente, con il presente atto di informativa è portato a conoscenza da AFM Spa di L'Aquila relativamente al trattamento dei suoi dati personali art.13 (GDPR), ed al contestuale servizio di consegna farmaci presso il domicilio/residenza. Di seguito le sono illustrate le informazioni rispetto al trattamento dei dati personali, anche particolari (art.9 GDPR), necessari per l'erogazione del servizio di erogazione e consegna farmaci.

- **Finalità** La finalità di trattamento dei dati personali (art.5), anche particolari (art.9), avverrà allo scopo di fornire il prodotto farmacologico ed il servizio di "Consegna farmaci a domicilio" altresì per future comunicazioni ed invio di comunicazioni ed informazioni legate al servizio medesimo e/o similari, oltre che per fini statistici e per indagini sulla soddisfazione dell'utenza.
- **Conferimento** dei dati principali di cui (art.9 salute) e di quelli complementari e relativi al consenso al servizio di consegna (art.7 gdpr) sono necessari e l'eventuale mancato conferimento o rifiuto, prevede l'impossibilità per l'operatore preposto alla consegna e gestione del servizio di poterLa identificare con l'impossibilità di fornirLe il servizio richiesto.
- **Modalità Trattamento** mediante sistema informatizzato di AFM e personale appositamente formato con inserimento dei dati in una banca dati interna e spedizione/consegna con modalità che garantiscano principi di riservatezza e privacy.
- **Comunicazioni** I suoi dati non saranno diffusi o comunicati a nessun altro soggetto oltre AFM L'Aquila, salvo accordi e protocolli con soggetti incaricati che risultino necessari per l'espletamento del servizio, nonché alle autorizzate Pubbliche Amministrazioni.
- **Il titolare** del trattamento è AFM S.p.A. con sede in L'Aquila Via Ettore Moschino n. 24 tel 0862/411861 fax 0862/420588 e-mail [info@afmlaquila.it](mailto:info@afmlaquila.it) al quale si può rivolgere per l'esercizio dei diritti previsti dagli art. da 15 al 22 del GDPR e per eventuale revoca del consenso prestato al servizio di consegna farmaci presso domicilio/residenza
- **Referente Interno** ad Afm SpA presso cui richiedere informazioni dei diritti esercitabili e previsti dal GDPR è: Sig Roberto Fontana
- **Diritti dell'interessato** Lei potrà rivolgersi per esercitare gli specifici diritti che le sono riconosciuti dal GDPR nelle forme e modalità previste presso il titolare. A titolo non esaustivo: il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza e/o del trattamento dei dati personali che La riguardano, la loro comunicazione verso terzi anche ove obbligatorio, l'aggiornamento, la rettificazione/integrazione dei dati

personali e la loro cancellazione (se prevista) od il blocco dei dati trattati. Può opporsi al trattamento e/o ricorrere alla Autorità Garante se possa ritenere che i suoi dati siano stati trattati in violazione della norma di riferimento del GDPR 679/2016, del Codice della privacy Dlgs.196/2003 italiano novellato dal Dlgs.101/2018.

- Le notificiamo ai sensi art.13 GDPR che informativa generale consultabile e reperibile presso: <https://www.afmlaquila.it/privacy-policy>

MODULO ISCRIZIONE al SERVIZIO DI CONSEGNA FARMACI presso  
DOMICILIO/RESIDENZA da parte di A.F.M. SpA di L'AQUILA – Emergenza Covid19

(Da consegnare presso la Farmacia Comunale di riferimento)

Il sottoscritto/a

Nome: \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità di:

- Avere un'età superiore ai 75 anni con nucleo monofamiliare;
- Avere un'età superiore a 65 anni con nucleo monofamiliare e soffrire di patologie croniche;
- Richiede espressamente di poter usufruire del Servizio "Consegna Farmaci da parte di AFM presso il domicilio/residenza" per cui a tal fine dichiara:
  1. Di accettare i necessari controlli per l'autocertificazione prevista;
  2. Di essere portato a conoscenza e di accettare le norme che regolano il servizio ed eventuali successive modifiche che dovessero essere comunicate;
  3. Di consentire ad AFM S.p.A. l'utilizzo dei dati personali ai fini previsti dalla prescrizione medica, da altre prescrizioni da me richieste ed espletamento del servizio di consegna;
  4. Di comunicare ad AFM S.p.A. il venir meno delle condizioni personali sopra elencate od la revoca, così come previsto da art.7 GDPR, rispetto al servizio.

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio (ex DPR 445/2000)

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma genitore o esercizio veci/tutore \_\_\_\_\_



(per ricevuta)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DELLA FARMACIA



**ATTO di CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art.7 comma 1), 3), 4)  
ed art.9 del GDPR 679/2016 Regolamento Europeo Privacy  
relativo al SERVIZIO erogato da AFM SpA L'aquila di CONSEGNA FARMACI presso la  
residenza/domicilio del richiedente – Emergenza Covid19**

Spett.le AFM S.p.A di L'aquila

Io sottoscritto/a ....., ricevute le informazioni previste dagli art.13 del GDPR 679/2016 (informativa) ed in relazione all'art.7 GDPR 679/2016 (consenso), sottoscrivendo il presente documento, autorizzo e confermo il relativo consenso ad AFM al trattamento dati personali relativi sia al richiesto servizio di consegna a domicilio, oltre a quelli particolari previsti da art.9 GDPR (sanitari) a me relativi, informazioni necessarie e da me conferite nel presente modulo per le finalità ivi dichiarate: erogazione servizio consegna a domicilio dei farmaci; dati particolari art.9 relativi al trattamento terapeutico/farmacologico.

Preso atto che i dati personali saranno trattati, conservati ed elaborati in base a quanto prevede art.5 GDPR (principi trattamento dati personali), confermo il mio consenso al servizio prestato da AFM di spedizione/consegna presso domicilio/residenza dei prodotti legati alle prestazioni da me richieste sia relative alla ricetta medica che ogni altro prodotto da me richiesto al di fuori della prescrizione della ricetta stessa .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_(confermo il consenso)

Firma del genitore o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

(in caso di minore età od impossibilità dell'avente diritto)

**ATTO di INFORMATIVA GDPR (ridotta) Art. 13 Regolamento Europeo 679/2016**

Gentile utente, con il presente atto di informativa è portato a conoscenza da AFM SpA di L'aquila relativamente al trattamento dei suoi dati personali art.13 (GDPR), ed al contestuale servizio di consegna farmaci presso il domicilio/residenza. Di seguito le sono illustrate le informazioni rispetto al trattamento dei dati personali, anche particolari (art.9 GDPR), necessari per l'erogazione del servizio di erogazione e consegna farmaci.

- **Finalità** La finalità di trattamento dei dati personali (art.5), anche particolari (art.9), avverrà allo scopo di fornire il prodotto farmacologico ed il servizio di "Consegna farmaci a domicilio" altresì per future comunicazioni ed invio di comunicazioni ed informazioni legate al servizio medesimo e/o similari, oltre che per fini statistici e per indagini sulla soddisfazione dell'utenza.
- **Conferimento** dei dati principali di cui (art.9 salute) e di quelli complementari e relativi al consenso al servizio di consegna (art.7 gdpr) sono necessari e l'eventuale mancato conferimento o rifiuto, prevede l'impossibilità per l'operatore preposto alla consegna e gestione del servizio di poterLa identificare con l'impossibilità di fornirLe il servizio richiesto.
- **Modalità Trattamento** mediante sistema informatizzato di AFM e personale appositamente formato con inserimento dei dati in una banca dati interna e spedizione/consegna con modalità che garantiscano principi di riservatezza e privacy.
- **Comunicazioni** I suoi dati non saranno diffusi o comunicati a nessun altro soggetto oltre AFM L'Aquila, salvo accordi e protocolli con soggetti incaricati che risulti necessario per l'espletamento del servizio, nonché alle autorizzate Pubbliche Amministrazioni.
- **Il titolare** del trattamento è AFM S.p.A. con sede in L'Aquila Via Ettore Moschino n. 24 tel 0862/411861 fax 0862/420588 e-mail [info@afmlaquila.it](mailto:info@afmlaquila.it) al quale si può rivolgere per l'esercizio dei diritti previsti dagli art. da 15 al 22 del GDPR e per eventuale revoca del consenso prestato al servizio di consegna farmaci presso domicilio/residenza
- **Referente Interno** ad Afm SpA presso cui richiedere informazioni dei diritti esercitabili e previsti dal GDPR è: Sig Roberto Fontana
- **Diritti dell'interessato** Lei potrà rivolgersi per esercitare gli specifici diritti che le sono riconosciuti dal GDPR nelle forme e modalità previste presso il titolare. A titolo non esaustivo: il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza e/o del trattamento dei dati personali che La riguardano, la loro comunicazione verso terzi anche ove obbligatorio, l'aggiornamento, la rettificazione/integrazione dei dati personali e la loro cancellazione (se prevista) od il blocco dei dati trattati. Può opporsi al trattamento e/o ricorrere alla Autorità Garante se possa ritenere che i suoi dati siano stati trattati in violazione della norma di riferimento del GDPR 679/2016, del Codice della privacy Dlgs.196/2003 italiano novellato dal Dlgs.101/2018.
- Le notificiamo ai sensi art.13 GDPR che informativa generale consultabile e reperibile presso: <https://www.afmlaquila.it/privacy-policy>

**DELEGA al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ed erogazione SERVIZIO CONSEGNA FARMACI –  
Emergenza Covid19 erogato da AFM SpA L’Aquila, presso domicilio/residenza del richiedente**

**(consegnare una copia al medico referente)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
data di nascita \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, prov.  
\_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. civico \_\_\_\_\_;

**con la presente delega, si AUTORIZZA ,**

a partire dalla data in calce e per il periodo previsto dal Regolamento di AFM del SERVIZIO DI CONSEGNA  
FARMACI – Emergenza Covid19 presso la residenza/domicilio del richiedente, ed in ogni caso fino  
alla eventuale revoca espressa del richiedente stesso.

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
(G) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_ (ANNO) \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

**(identificato tramite idoneo tesserino/documento)** nella sua qualità di incaricato/autorizzato da AFM SpA:

Al ritiro della seguente documentazione: Ricetta medica \_\_\_\_\_; ( fine documento si  
riporta un elenco con il numero identificativo della ricetta/e, una fotocopia è da consegnare al medico  
referente ogni qualvolta si ritira la ricetta)

Al ritiro dei farmaci ed altri prodotti/servizi per suo conto, sulla base di quanto indicato in n. \_\_\_\_\_  
ricette consegnate in busta chiusa alla data del (G) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_ (Anno) \_\_\_\_\_

Alla consegna presso il domicilio/residenza del richiedente dei prodotti/servizi sulla base della ricetta  
medica, e/o della richiesta eventualmente effettuata dal soggetto avente titolo a ricevere il servizio di  
consegna farmaci da parte di AFM.

Dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi  
informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13  
GDPR 679/2016 Regolamento Europeo e D.Lgs. 196/2003 Codice privacy novellato dal Dlgs.101/2018).  
Informativa generale di AFM SpA di L’Aquila è consultabile presso: <https://www.afmlaquila.it/privacy-policy>

Luogo e data **Firma (leggibile) del delegante** \_\_\_\_\_

N.B.: Si allega alla presente fotocopia (in corso di validità) del documento di identità del delegante


**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**

**(Artt. 21 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
data di nascita \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, prov.  
\_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. civico \_\_\_\_\_;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

**dichiara**

(barrare la casella interessata)

- di avere oltre 75 anni di età e nucleo monofamiliare.
- di avere oltre 65, con nucleo monofamiliare e patologia cronica

Dichiara altresì di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del GDPR 679/2016 Regolamento Europeo trattamento dati personali, come del Codice Privacy D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal Dlgs.101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa: CONSEGNA FARMACI presso la residenza/domicilio del richiedente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed accompagnata in allegato dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.