



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Farmaceutico
Servizio Farmaceutico Territoriale
Il Direttore

Spett.li
Federfarma Modena
Assofarm Modena
Farmacie Unite Modena
Ordine Farmacisti di Modena

OGGETTO: conferimento e distruzione medicinali stupefacenti anno 2025.

Si porta a conoscenza delle farmacie del territorio provinciale, tramite le associazioni/enti che le rappresentano/dirigono, che lo scrivente Servizio intende procedere alla periodica distruzione delle sostanze, preparazioni e specialità medicinali stupefacenti, di cui all'art. 14 del D.P.R. n. 390/90, soggette a registrazioni in entrata ed uscita che siano deteriorate, scadute, revocate o comunque non più utilizzabili e giacenti presso le farmacie.

Le giornate dedicate saranno 21/10 - 22/10 - 23/10. Ogni Farmacia dovrà attendere la propria convocazione per sapere in quale giornata /ora presentarsi. Non sarà possibile modificare tale data.

Si informa che l'attività di distruzione effettuata dall'Azienda USL è a pagamento e che la tariffa per la prestazione in oggetto è di € 73,00. A tal fine, in caso di interesse, **verrà inviato - alla singola farmacia - apposito ordine di pagamento.**

Allegato alla presente si invia pertanto il fac-simile della domanda e dell'elenco quali/quantitativo degli stupefacenti da distruggere. Si precisa che tale elenco dovrà comprendere tutti gli stupefacenti da distruggere giacenti presso le farmacie, ad eccezione di quelli oggetto di sequestro e affidati in custodia, relativi a procedimenti giudiziari non ancora conclusi.

Sarà dunque cura delle farmacie interessate provvedere, con la massima precisione, alla compilazione dei suddetti moduli che dovranno pervenire **entro e non oltre il 29/09/2025** ai seguenti indirizzi email: cr.betti@ausl.mo.it - ce.vaccari@ausl.mo.it

Il Servizio Farmaceutico, acquisite le richieste ed i relativi elenchi, dei quali **le farmacie dovranno conservare e stampare una copia timbrata e firmata**, comunicherà ai richiedenti le date e modalità operative per l'esecuzione di quanto indicato in oggetto.

Distinti saluti

Dr.ssa Chiara Ajolfi

Allegato: fac-simile "Richiesta di distruzione di medicinali stupefacenti ed elenco degli stupefacenti da conferire per la distruzione".

AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
DELL'AZIENDA U.S.L. DI MODENA
Direzionale 70 scala F – Via Giardini n. 464 – 41126 MODENA

RICHIESTA DI DISTRUZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI

Il/la sottoscritto Dott. / Dr.ssa _____

Titolare e/o Direttore della Farmacia denominata _____

Sita nel Comune di _____ Via _____ nr _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

Ché si provveda alla distruzione dei medicinali stupefacenti non piú utilizzabili ed in proprio possesso, elencati di seguito nella presente domanda, giacenti presso la propria farmacia

Luogo e data _____

Timbro

Firma del Titolare e/o Direttore

data_____

ELENCO DEGLI STUPEFACENTI DA DISTRUGGERE

[illegible]