



CITTÀ DI IMOLA

SERVIZIO INTERVENTI ECONOMICI

Ordinanza n. 740

Imola, 5 agosto 2008

Oggetto: orario delle farmacie del capoluogo di Imola

I L S I N D A C O

- Richiamata l'ordinanza n. 582 del 9.7.08 con la quale è stato fissato l'orario sperimentale di apertura al pubblico delle farmacie;
- Considerato che la predetta sperimentazione su base volontaria è stata attivata per le mutate condizioni della domanda di servizi da parte della cittadinanza e secondo criteri che tenessero conto anche della ubicazione delle farmacie stesse;
- Preso atto che l'orario comprende l'elevazione facoltativa fino a n. 45 ore settimanali e la possibilità di riduzione, parimenti facoltativa, al minimo di mezza giornata previsto dalla legge, della chiusura obbligatoria infrasettimanale;
- Consultati opportunamente i rappresentanti dell'Ordine dei Farmacisti, dell'Azienda Usl di Imola e delle Organizzazioni di categoria interessate (Assofarma e Federfarma) in merito all'esito della sperimentazione nell'incontro del 12.06 u.s.;
- Dato atto che la sperimentazione ha dato esito favorevole in termini di risposta da parte dei consumatori e capacità di organizzazione e adeguamento al nuovo orario da parte dei titolari delle farmacie;
- Ritenuto, quindi, di adottare definitivamente un orario di apertura unico e non più differenziato tra orario estivo ed orario invernale, individuando nell'orario estivo (dal lunedì al venerdì: 8.30 – 12.30 ; 15.30 – 19.30) il modello di fascia minima di apertura garantita e di confermare quanto previsto dalla sperimentazione;
- Visti i pareri favorevoli dell'Ordine dei Farmacisti, dell'Azienda Usl di Imola e delle Organizzazioni di categoria interessate (Assofarma, AscomFarma e Federfarma) sulla bozza della presente ordinanza;
- Vista la Legge regionale 4.5.82 n. 19 e ss mm ed in particolare l'art. 36;
- Visto il D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000;

DISPONE

1. è consentito alle farmacie del Capoluogo l'apertura fino a n. 45 ore settimanali articolate secondo i seguenti criteri:
 - a) Le farmacie, che non sono di turno, osservano un orario di apertura settimanale non inferiore a n. 40 ore e non superiore a n. 45 ore;
 - b) Oltre alla chiusura nei giorni festivi, la farmacia osserva una chiusura per riposo settimanale pari, alternativamente, a mezza giornata, due mezze giornate o un giorno intero collocabili a scelta della farmacia il giovedì pomeriggio e/o il sabato;
 - c) L'orario di apertura giornaliera, nel rispetto dei limiti settimanali massimi e minimi come sopra stabiliti, non può essere comunque inferiore alle n. 8 ore, da suddividersi, dal lunedì al venerdì, in due fasce minime di apertura garantita, dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 15.30 alle 19.30. Nei giorni in cui è osservata la mezza giornata di chiusura la farmacia rimane aperta almeno per n. 4 ore in una delle due predette fasce orarie.

2. L'orario può essere modificato su base volontaria e nel rispetto dei punti precedenti, previa comunicazione, mediante lo schema di comunicazione allegato – parte integrante e sostanziale del presente atto, da parte dei titolari /direttori delle farmacie, al Comune – Servizio Interventi Economici entro il 30 giugno di ogni anno. Trascorsi 30 giorni dalla comunicazione di variazione, in assenza di rilievi da parte del Comune, verrà a concretarsi il silenzio – assenso alla proposta stessa.

3. Resta, in ogni caso, salvo il potere del Sindaco, in singoli casi specifici motivati da eccezionali e comprovate probabilità di disservizio e/o manifesta inutilità per l'utenza, di disporre modifiche all'orario proposto dalla singola farmacia..

IL SINDACO
Daniele Manca

Al Servizio
Interventi Economici
Comune di Imola
Via Mazzini n. 4
Imola (Bo)

Comunicazione a cura delle Farmacie del capoluogo di Imola

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ in Via _____ n. _____ in qualità di Titolare/Direttore della Farmacia _____ sita in Imola, Via _____ n. _____ sede farmaceutica n. _____

COMUNICA

per la sopra indicata farmacia di effettuare il seguente orario a far data da _____

Lun Mar Mer Gio Ven Sab

Mattino

Pomeriggio

Totale ore di apertura _____
Totale ore di riposo infrasettimanali _____

Imola, _____

FIRMA

Allegato n. 1: una copia del documento di identità del titolare/direttore della farmacia

AVVERTENZA: lo schema prescelto deve essere completato con un ora d'inizio e ora di fine di ciascun segmento di apertura o con una **X** in corrispondenza del riposo infrasettimanale.