**LINEE GUIDA PER LA CONSEGNA DEI FARMACI A DOMICILIO**

INDICAZIONI OPERATIVE e FINALITA’

Il servizio di consegna farmaci a domicilio è rivolto ai cittadini impossibilitati ad accedere alla Farmacia più vicina per acquisire medicinali e in particolar modo si rivolge alle persone anziane o confinate in casa senza possibilità di aiuti familiari. L’area di intervento e di servizio svolto dalla Croce Verde sede di Reggio Emilia, riguarda il Comune di Reggio Emilia città e il suo circondario (ALBINEA/BAGNOLO/CAVRIAGO/CADELBOSCO/PUIANELLO) ed è reso in forma GRATUITA.Inoltre la Croce Verde è attiva nei Comuni di Villa Minozzo-Castelnovo né Monti- Busana – Vetto con le proprie sedi distaccate.

Attivazione della richiesta

La richiesta può avvenire dal parte del paziente telefonando alla farmacia di fiducia che attiverà un numero della CROCE VERDE per il ritiro oppure dal MMG che trasmetterà per i farmaci prescritti il numero della ricetta elettronica (NRE) e codice fiscale del destinatario del farmaco da parte del cittadino. Si ricorda che la farmacia non può ricevere i dati della ricetta direttamente dal medico prescrittore, senza aver ricevuto delega esplicita da parte del paziente. Nel caso in cui il paziente abbia delegato il farmacista al ritiro della prescrizione, sarà necessario trasmettere al medico prescrittore la suddetta delega

MODALITA’ DI RICHIESTA DEL SERVIZIO

All’atto della richiesta il paziente dovrà indicare il proprio indirizzo ,la farmacia e l’ambulatorio del medico per il ritiro del farmaco o della ricetta , per i soggetti già in possesso di prescrizione al personale incaricato e indirizzo di consegna dei farmaci stessi.

Il paziente all’atto della richiesta deve essere in possesso della ricetta medica/promemoria , oppure può richiedere il ritiro della ricetta presso l’ambulatorio del medico prescrittore o richiedendo al proprio medico solamente il (NRE) numero di ricetta elettronica e codice fiscale del paziente.

A seguito semplificazioni introdotte dalle ultime ordinanze , per la dispensazione di farmaci prescritti con ricetta dematerializzata il paziente può richiedere al medico l’invio attraverso SMS o via mail o telefono la trasmissione del numero di ricetta elettronica prescritta(NRE) e il codice fiscale del paziente da trasmettere alla farmacia con ogni mezzo telematico possibile.

Si raccomanda in ogni caso in occasione della consegna al domicilio di farmaci che siano adottate tutte le misure igienico-sanitarie di prevenzione e contenimento del contagio da coronavirus predisposte da CROCE VERDE.

CROCE VERDE deve vigilare perché l’operatore sia riconoscibile da un cartellino presso il domicilio del paziente che ritira e firma una lettera di incarico/delega per il ritiro della busta chiusa contenente la ricetta medica che consegnerà al farmacista per la dispensazione dei farmaci, nel rispetto della privacy.

Il paziente consegna all’operatore l’importo di denaro necessario per l’acquisto del farmaco ove previsto o conosciuto ,in caso contrario l’operatore CROCE VERDE anticipa al farmacista il prezzo del medicinale che verrà rimborsato alla consegna della busta chiusa del medicinale .

Il paziente può inizialmente richiedere all’operatore il rilascio dello scontrino da parte della farmacia per le detrazioni fiscali, consegnando o la tessera sanitaria o il proprio codice fiscale.

Le richieste verranno evase dal lunedì al sabato e il trasporto dei medicinali verrà effettuato con particolare attenzione alle temperature per la corretta conservazione degli stessi, secondo le indicazioni del farmacista al momento della consegna.

**DELEGA PER IL RITIRO DI PRESCRIZIONI MEDICHE**

**Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………… Nato/a a………………………………………….……………il…………………….**

**Residente in…………………………………………………………………………**

**Via/P.zza…………………………………………………………………n………… DELEGA**

**…………………………………………...………..…………………………………… Nato/a a………………………………………….il…………………………………..**

**Residente in………………………………………………………………………..**

**Via P.zza………………………………………………………………….n………..**

**AL RITIRO DELLE PRESCRIZIONI MEDICHE PRESSO IL MIO DOMICILIO**

**O PRESSO LO STUDIO MEDICO DEL DOTT. ......…………………………….**

**ED ALLA CONSEGNA PRESSO LA FARMACIA ……………………………..**

**Sita a …………………………………………………………………………………. Via/P.zza…………………………………………………………………n…………**

**per la successiva spedizione e consegna dei medicinali prescritti presso il mio domicilio.**

**In fede.**

**Luogo e data firma (leggibile) delegante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**