

Ministero della Salute

UFFICIO STAMPA

Al via la riforma della sanità penitenziaria, più sicurezza delle cure in ospedale e nuove linee di indirizzo per la salute mentale e farmaci urgenti anche senza ricetta.

Queste le intese principali raggiunte dalle Conferenze Stato Regioni e Unificata

La Conferenza Unificata e la Conferenza Stato-Regioni di ieri hanno approvato diverse intese e accordi in materia di assistenza sanitaria.

Tra questi un'intesa per la sanità penitenziaria, un'intesa per la gestione del rischio clinico e per la sicurezza dei pazienti e delle cure e un'intesa per migliorare l'assistenza nel campo della salute mentale. Ma sono state approvate anche altre misure più specifiche, come quella che consente l'erogazione di farmaci urgenti da parte del farmacista anche se il paziente è in quel momento sprovvisto della necessaria ricetta del medico.

L'intesa sulla riforma della sanità penitenziaria prevede l'equiparazione sotto il profilo della tutela del diritto alla salute tra i cittadini in stato di detenzione e tutti gli altri utenti del Ssn. L'obiettivo è quello di una più efficace assistenza sanitaria, migliorando la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione negli istituti penitenziari. La riforma contiene anche specifiche linee di indirizzo per gli interventi da adottare negli Ospedali psichiatrici e giudiziari con l'obiettivo di svolgere un programma in tre fasi al fine di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie specifiche di queste realtà e le esigenze di sicurezza che devono comunque essere mantenute.

Più sicurezza e qualità delle cure e dell'assistenza è invece l'obiettivo di un'altra

intesa Stato Regioni. A tal fine sarà attivata un'apposita funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure presso ogni Asl pubblica ma anche presso le strutture private accreditate. Un forte impegno anche per l'utilizzo sicuro dei dispositivi medici, degli apparecchi e degli impianti che dovranno essere sottoposti a più ferrei collaudi e a protocolli specifici di manutenzione preventiva e correttiva e a costanti verifiche periodiche di sicurezza e qualità. Queste misure dovranno essere adottate in tutte le strutture del Ssn. Nuove disposizioni anche per la responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario che dovrà essere comunque posta a carico della struttura sanitaria. Sarà inoltre favorita la definizione "stragiudiziale" delle vertenze. Con funzioni di indirizzo sulla sicurezza sarà poi costituita, con decreto del Ministro della Salute, la "Consulta nazionale per la sicurezza del paziente" a coordinamento della "Rete nazionale per la Sicurezza" che riunisce tutti i rappresentanti istituzionali nazionali e locali preposti alla gestione del rischio clinico.

Per la salute mentale ci si è posti l'obiettivo di dare nuovo impulso alle politiche di promozione della salute, di rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva e di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale per una migliore presa in carico dei pazienti.

Per quanto riguarda infine l'erogazione di farmaci in assenza di prescrizione medica si intende garantire la non interruzione del trattamento in corso per i casi di patologie croniche ed acute o in occasione di dimissione ospedaliera consentendo al farmacista di dispensare il medicinale anche in assenza di ricetta. Il provvedimento, adottata dalla Stato regioni è frutto di un ampio lavoro condiviso con i farmacisti e i medici italiani al fine di una maggiore tutela della salute dei cittadini nei casi di emergenza.

“Con queste nuove intese la sanità italiana ha sottolineato il Ministro Livia Turco - esce rafforzata e si dimostra capace di rispondere ai nuovi bisogni di salute in ambiti di intervento delicati e importanti come quelli della salute mentale e dell'assistenza sanitaria nelle carceri e negli Opg. Ma siamo intervenuti anche sulla sicurezza delle cure assicurando criteri di maggior rigore nei controlli delle attività cliniche e delle apparecchiature destinate agli interventi e alle prestazioni erogate dalle strutture del Ssn, a garanzia della sicurezza dei pazienti e per ridurre il margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche. Le intese e gli accordi approvati ieri rappresentano la prova che la condivisione delle scelte e degli indirizzi di governo tra Stato e Regioni è la via giusta per migliorare la sanità italiana garantendo a tutti i cittadini pari livelli di assistenza e più qualità e appropriatezza nelle cure.”

L'esame definitivo dei Lea è stato invece rinviato ad una nuova seduta della Conferenza Stato Regioni che si terrà la prossima settimana previa ulteriore verifica dei contenuti dell'intesa.

In allegato a questo comunicato forniamo 4 schede informative sui contenuti degli accordi sulla sanità penitenziaria, la sicurezza delle cure, la salute mentale e la dispensazione dei farmaci urgenti senza ricetta.

SCHEDA N. 1

Sanità penitenziaria Disciplina del passaggio al Servizio sanitario nazionale. Linee di indirizzo per le Regioni su percorsi terapeutici e organizzativi

Come previsto dalla legge Finanziaria 2008, la Conferenza Stato - Regioni ha approvato lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che pone finalmente in essere la riforma della medicina penitenziaria prevista dal decreto legislativo 230 del 1999 e quasi completamente disattesa per circa un decennio.

La riforma posta in essere con le citate disposizioni è, essenzialmente, mirata all'intendimento di realizzare una più efficace assistenza sanitaria, migliorando la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari.

In tal modo, si caratterizza come un passaggio fondamentale per la compiuta soddisfazione delle esigenze di salute della popolazione detenuta, operando l'equiparazione, sotto il profilo della tutela del diritto alla salute, della condizione dei cittadini ristretti negli istituti di detenzione a quella degli altri utenti del S.S.N.

Il Decreto, predisposto dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia, dell'Economia e della Funzione Pubblica, disciplina le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, umane e strumentali relative alla sanità penitenziaria, attualmente afferenti al Ministero della Giustizia.

In particolare, si rileva che tutti i rapporti di lavoro attualmente in essere nell'ambito della medicina penitenziaria, nelle varie e complesse tipologie in cui si esplicano, vengono salvaguardati e trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale.

Il Decreto in argomento è integrato, quale parte essenziale, dalle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", che individuano percorsi ottimali di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi, al fine di adeguare le prestazioni in ambito penitenziario a quei livelli essenziali ed uniformi di assistenza che costituiscono postulato imprescindibile del sistema sanitario del nostro Paese.

Il documento che descrive le linee guida per gli interventi a tutela della salute dei detenuti, oltre a richiamare tra i suoi principi di riferimento "la piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" e la piena e leale collaborazione interistituzionale per integrare "la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti", sottolinea che "la continuità terapeutica si pone quale principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà".

Il documento individua, inoltre, otto aree cruciali di intervento, indicando per ciascuna obblighi e competenze delle strutture del Servizio sanitario nazionale:

1. la medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi: sono i presidi all'interno delle carceri a dover assicurare le prestazioni di medicina generale, dall'assistenza farmaceutica alla diagnosi precoce, ai vaccini;
2. le prestazioni specialistiche: devono essere assicurate da Aziende USL e ospedali, secondo standard uniformi
3. le risposte alle urgenze: devono essere assicurate sia all'interno delle carceri, sia nelle strutture ospedaliere del territorio;
4. le patologie infettive: oltre ad attuare un'efficace informazione per i detenuti, è previsto lo sviluppo di protocolli per la gestione e l'isolamento;
5. prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche: l'assistenza ai tossicodipendenti, il 30% del totale dei detenuti nel 2006, è assicurata dai Sert in collaborazione della USL del territorio e con la rete dei servizi sanitari e sociali impegnati nella lotta alla droga;
6. prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale: è previsto un sistema di sorveglianza epidemiologica e di diagnosi precoce accanto alla garanzia di cure pari a quelle fornite dai servizi del territorio. Va comunque assicurato un intervento dello specialista in psichiatria o psicologia clinica;
7. la tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a misure penali e della loro prole: attenzione agli aspetti psico-emotivi della nascita, monitoraggio e assistenza ostetrico-ginecologica e prevenzione e profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile;
8. la tutela della salute delle persone immigrate: rinvia a uno specifico programma incentrato sulla mediazione culturale, in cui devono essere impegnati servizi sanitari, istituti di pena, Enti locali e Volontariato, per la piena fruizione delle opportunità di cura.

Infine, il decreto reca in allegato, quale parte integrante ed essenziale, anche le "Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali psichiatrici e giudiziari e nelle case di cura e custodia".

Le azioni puntano a svolgere un programma in tre fasi al fine di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Nel documento si sottolinea che l'attuazione del programma per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure indicate per la tutela della Salute mentale negli istituti di pena.

SCHEDA N. 2

Sicurezza delle cure

Attivazione presso le strutture sanitarie di un Ufficio dedicato Nasce la banca dati per il monitoraggio e l'analisi degli errori

La sicurezza dei pazienti è una componente strutturale di particolare valore etico, dei Livelli Essenziali di Assistenza, rispetto alla quale Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di definire un quadro di riferimento, per assicurare l'erogazione di prestazioni assistenziali con livelli di sicurezza omogenei sul territorio nazionale, implementando la qualità e l'equità del Servizio Sanitario Nazionale.

L'intesa di ieri definisce un approccio condiviso sul tema della qualità e sicurezza delle cure, a partire dalle iniziative che il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, ha attivato nel corso degli anni, con il supporto tecnico del Gruppo di Lavoro multidisciplinare, a cui si sono aggiunte le iniziative regionali ed aziendali.

L'Atto comprende due ambiti, uno teso a definire soluzioni organizzative nel contesto regionale ed aziendale per la riduzione degli eventi avversi ed il secondo nel contesto nazionale che definisce competenze e responsabilità delle istituzioni coinvolte in tale tematica.

Nel primo ambito è stato concordato di attivare presso tutte le strutture sanitarie del SSN, una funzione aziendale finalizzata alla gestione del rischio clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi (tramite un flusso informativo ad hoc -SIMES-) e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza. Prevede l'adozione di iniziative per promuovere l'utilizzo sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici, con procedure specifiche per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza. Viene definito, inoltre, un percorso normativo che pone a carico delle strutture sanitarie la responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, comprendo l'attività erogata in libera professione-intramuraria, anche con forme di garanzia equivalenti. Infine è stato deciso di promuovere iniziative per adottare misure che consentano la definizione stragiudiziale del contenzioso consentendo forme più celeri di risarcimento.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo nazionale, l'intesa istituisce presso il Ministero della Salute, il Comitato Strategico Nazionale per la Gestione del Rischio Clinico, con rappresentanti del Ministero della salute, del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza

sul lavoro (ISPESL), con il compito di individuare obiettivi e priorità per la produzione di linee guida, raccomandazioni e documenti di carattere tecnico-scientifico per fornire indicazioni teorico-pratiche agli operatori sanitari.

Inoltre, viene istituita la Consulta Nazionale per la Sicurezza del Paziente, con funzioni di indirizzo, che riunisce i rappresentanti a livello nazionale di tutte le istituzioni che a livello locale e regionale operano per la sicurezza del paziente, comprese le associazioni dei Cittadini.

Presso il Ministero della salute viene attivato l'Osservatorio nazionale sul monitoraggio degli eventi sentinella, alimentato da apposito Sistema informativo – (SIMES).

Viene istituito, inoltre, presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), il Comitato Tecnico delle Regioni e P.A. per la sicurezza del paziente, con funzioni di diffusione ed implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza del paziente a livello delle regioni; l'ASSR svolgerà funzioni di Osservatorio Nazionale sui Sinistri e Polizze Assicurative, utilizzando a tal fine i dati desunti dal Sistema informativo – SIMES.

L'Intesa armonizza le azioni per promuovere la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico, superando le difficoltà operative e favorendo la collaborazione operativa tra le Istituzioni volte al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure a favore dei cittadini.

SCHEMA N. 3

Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale

Nuovo impulso al sostegno domiciliare e all'inclusione sociale Più attenzione a detenuti, immigrati e all'età evolutiva

Il tema della salute mentale è sempre più al centro delle politiche di salute pubblica, in Europa e nel mondo. Tanto l'Organizzazione Mondiale della Sanità con la "Declaration" di Helsinki quanto l'Unione Europea con il suo "Green Paper", hanno formulato piani d'azione che promuovono quella filosofia che il nostro Paese ha sposato a partire dalla Legge di Riforma sanitaria 833/78 e dalla Legge 180/78.

Le linee di indirizzo approvate ieri nascono da un lavoro svolto in stretta collaborazione con le Regioni e da percorsi di confronto condivisi che hanno visto l'ampio coinvolgimento sia dei soggetti portatori dei bisogni che di quelli responsabili delle politiche per soddisfarli.

Gli aspetti fondamentali del documento riguardano la necessità di dare nuovo impulso alle politiche di promozione della salute, di rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva e, in generale, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale. Grande attenzione va rivolta al miglioramento della qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo sviluppo della persona e all'esercizio dei diritti di cittadinanza, valorizzando gli strumenti legislativi vigenti (Legge 68/381 e 68/328). Un'attenzione particolare è data alla salute mentale in carcere e agli Ospedali Psichiatrici giudiziari, ai temi legati alla multiculturalità e alla salute mentale delle popolazioni migranti. La parte conclusiva del documento mette in luce la necessità, per un miglioramento continuo della qualità dei servizi, di rafforzare lo sviluppo della ricerca nel campo della salute mentale e la qualità della formazione sia a livello universitario che a livello dei servizi sanitari.

Le aree affrontate nelle Linee di indirizzo sono:

1. linee di sviluppo dei dipartimenti di salute mentale,
2. infanzia e adolescenza,
3. carcere e Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG),
4. multiculturalità,
5. formazione e ricerca;

Per ciascuna vengono specificate le strategie che le supportano, gli indirizzi operativi per la loro implementazione ed i criteri di valutazione per monitorarne nel tempo l'efficacia.

Alla luce di alcune criticità che sono emerse nel corso degli anni, legate soprattutto al rapido mutare della struttura della società, ma anche alla diversa applicazione sul territorio nazionale delle disposizioni normative, si è inteso dare, in ciascuna delle aree individuate, una indicazione forte di

maggior vicinanza ai bisogni reali delle persone e di tempestività e completezza della risposta.

In particolare:

1. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

È il luogo centrale, programmatico ed organizzativo, per le politiche ed il governo clinico della salute mentale e costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale che garantisce la piena realizzazione del percorso personalizzato per l'utente (dai progetti terapeutici basati su criteri di eccellenza clinica, all'incentivazione del sostegno abitativo domiciliare che riduca il ricorso frequente alla residenzialità, alla promozione di reale inclusione sociale anche attraverso forme di sostegno concreto del diritto al lavoro per i fruitori dei Servizi). Ogni Dipartimento deve promuovere l'attivazione di un Tavolo di concertazione locale a cui spetterà il compito di individuare gli obiettivi prioritari di salute e le Aziende sanitarie di riferimento dovranno dotarsi di un Piano di azione locale per la salute mentale definito dal confronto con i protagonisti del territorio quali Distretti, Enti locali, imprese sociali e imprenditoriali, associazioni, sindacati, volontari, etc.

In particolare l'organizzazione dipartimentale deve:

- integrare le discipline che si occupano della salute mentale della popolazione (psichiatria, neuropsichiatria infantile, farmacologia clinica, etc)
- gestire e coordinare le azioni dei servizi pubblici e privati e del territorio
- garantire risposte a tutta la cittadinanza con programmi specifici per età, per marginalità sociale, per problematicità psico – patologica
- operare valorizzando la professionalità degli operatori attraverso processi responsabilizzazione
- ricercare il miglior livello di appropriatezza alle risposte fornite
- partecipare ad azioni integrate tra i servizi sociosanitari ed Enti locali nei piani di zona e nei piani per la salute
- coordinare le attività e i progetti rivolti alla salute mentale delle agenzie competenti (Asl, Ente locale, Cooperazione sociale, associazioni degli utenti e dei familiari, mondo sindacale e imprenditoriale, etc)
- riconoscere come proprie risorse non solo quelle del SSN ma anche quelle derivanti dal coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura (empowerment)
- esercitare un'opera di promozione da parte delle Agenzie locali competenti affinché operino per la concreta realizzazione del diritto al lavoro per tutti i fruitori dei propri servizi
- favorire diverse forme di sostegno abitativo in integrazione con i Piani di zona, in raccordo con gli Enti locali, l'impresa sociale, le reti associative. In particolare il sostegno abitativo è volto a rendere fortemente integrate le residenze con il sistema dei servizi sanitari e sociali e ad incentivare esperienze orientate all'inclusione sociale e alla domiciliarità

2. La salute mentale in età evolutiva

Viene affrontata in un'ottica di sistema che include il sociale, l'educativo e il sanitario, e tende a potenziare i fattori protettivi ambientali. Viene inoltre posta l'enfasi sulla necessità di una sempre maggiore integrazione fra i servizi dell'età evolutiva e i servizi della salute mentale adulti. La tutela della salute mentale in età evolutiva mette al centro il bambino nel suo contesto ambientale (familiare, sociale, culturale e educativo) e rappresenta una priorità che deve essere oggetto di investimento mirato. In tal senso il compito dei servizi è di sviluppare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia di età da zero a diciotto anni con la necessità:

- di tener conto del contesto sociale e familiare
- di comprendere linguaggi specifici molto diversificati
- di interagire con contesti fondati su logiche differenti

I servizi devono garantire l'attuazione di strategie operative quali l'intervento integrato ospedale territorio, l'integrazione con i servizi socio assistenziali degli Enti locali, con il sistema scolastico, giudiziario e le organizzazioni del terzo settore, il lavoro in équipes multidisciplinari con figure esperte nel campo dell'età evolutiva con neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali, infermieri e medici.

3. La salute mentale in carcere

Viene riservata una particolare attenzione alle attività connesse alla prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale in carcere, (dove si stima una prevalenza del 16% di detenuti affetti da disturbi mentali). Un programma specifico affronta la complessa tematica del progressivo superamento degli OPG. Tra le azioni proposte:

- Attivazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica
- Individuazione precoce dei disturbi mentali
- Formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti
- Garanzia per i soggetti malati di tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio
- Garanzia per i minori di un Centro di prima accoglienza e comunità in ogni Istituto penale
- Attivazione di programmi specifici mirati alla riduzione dei rischi di suicidio
- Implementazione della cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale

4. Multiculturalità

La nuova caratterizzazione multiculturale della nostra società è oggetto di specifica programmazione che valuta la necessità, per i servizi, di confrontarsi con configurazioni psicopatologiche e cliniche che possono presentare aspetti ed elementi inconsueti, e con organizzazioni familiari che seguono logiche differenti, proprio in virtù della intensificazione e diversificazione dei flussi migratori. Pertanto gli indirizzi operativi sono rivolti alla:

- promozione di assetti organizzativi per la comunicazione tra i diversi attori istituzionali interessati all'emergenza migratoria, a partire dai medici di base
- sviluppo di strategie e metodologie per garantire equità nell'accesso ai servizi e nella fruizione del diritto alla salute
- sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali cui sono portatrici le popolazioni migranti
- individuazione delle modalità di formazione e preparazione degli operatori
- incentivazione dell'utilizzo della mediazione linguistico culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale

5. Formazione e ricerca

La sezione dedicata alla formazione e alla ricerca intende, infine, porre enfasi sulla necessità di fornire strumenti a supporto dello sviluppo di integrazione e corrispondenza tra formazione universitaria e competenze che vengono richieste agli operatori del SSN, nonché di qualificazione scientifica delle buone pratiche di trattamento e assistenziali. Il Sistema Informativo Nazionale Salute Mentale (SISM), che è pronto per l'implementazione da parte delle Regioni, è proprio inteso quale preziosa fonte di dati per una programmazione organicamente basata sulla lettura dei fenomeni in evoluzione.

SCHEDA N. 4

Erogazione farmaci in assenza di prescrizione medica

Con l'Intesa raggiunta ieri in Conferenza Stato Regioni è possibile, in caso di emergenza, per il farmacista dispensare medicinali con obbligo di prescrizione medica, anche in assenza della medesima. Il provvedimento risponde, all'esigenza dei pazienti in situazioni di emergenza e valorizza la professione del farmacista e il suo rapporto con i cittadini.

Il decreto ministeriale approvato dalla Conferenza unificata è frutto del dialogo con la Federazione degli ordini professionali dei farmacisti e dei medici. Regola il ricorso ad una procedura, che ha tutte le caratteristiche di una "deroga" a quanto previsto dalla normativa vigente sulla erogazione dei medicinali, come previsto dal decreto legislativo 274 del 2007.

Il decreto garantisce la non interruzione di un trattamento in corso per i casi di patologie croniche ed acute o in occasione di dimissione ospedaliera, salvaguardando la tutela della salute pubblica e il ruolo del medico, che è l'unico ad avere la facoltà di prescrivere un medicinale.

L'erogazione di farmaci in tali situazioni non avviene a carico del Servizio sanitario nazionale.

In caso di patologia cronica quale diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva, il farmacista può consegnare il medicinale a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente è in trattamento con il farmaco, quali l'esibizione da parte del paziente o della persona che si reca in farmacia in sua vece di uno dei seguenti documenti:

- un documento rilasciato dall'autorità sanitaria attestante la patologia per la quale è indicato il farmaco;
- un documento originale firmato dal medico attestante la patologia cronica di cui il paziente è affetto con l'indicazione del farmaco utilizzato per il relativo trattamento;
- una ricetta scaduta da non più di trenta giorni.

Altre condizioni che consentono al farmacista di poter consegnare il medicinale sono: la presenza nella medesima farmacia di una precedente ricetta o la conoscenza diretta dello stato di salute del paziente da parte del farmacista (art. 2).

In caso di patologia acuta che implica la necessità di non interrompere un trattamento, quale ad esempio l'ulteriore assunzione di un antibiotico, il farmacista può consegnare il medicinale richiesto a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente è in trattamento con il farmaco, quali: la presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto o l'esibizione, da parte del cliente, di una confezione inutilizzabile, ad esempio un flaconcino danneggiato .

Nei casi in cui dai documenti, relativi ad una patologia cronica, esibiti dal cliente non si evinca il nome del farmaco, questi è tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di responsabilità circa la veridicità del trattamento con il medicinale richiesto, che sarà conservata dal farmacista. La stessa dichiarazione deve essere rilasciata da coloro che richiedono la consegna di un medicinale a fronte dell'esibizione di una confezione inutilizzabile.

Il farmacista può consegnare il medicinale richiesto anche in caso di esibizione da parte del cliente di documentazione attestante la dimissione ospedaliera, emessa nel giorno di acquisto o nei due giorni immediatamente precedenti, dalla quale risulti prescritta o, comunque, raccomandata la prosecuzione della terapia con il farmaco richiesto.

La consegna non è effettuabile per medicinali iniettabili, tranne in casi quali la dimissione ospedaliera, la consegna di insulina o di antibiotici monodose; comunque la consegna non può riguardare i medicinali inseriti nelle tabelle delle sostanze stupefacenti. Si è ritenuto opportuno prevedere che sia consegnata una sola confezione con il più basso numero di unità posologiche, con l'esclusione dei soli antibiotici iniettabili monodose, che potranno essere forniti in numero sufficiente per assicurare continuità di trattamento fino al contatto con il medico.

Al fine di ricondurre la situazione di "emergenza" alla normalità, il farmacista è tenuto a ricordare al cliente che la consegna del farmaco senza ricetta è una procedura eccezionale e che deve comunque informare il medico curante. A tal fine il farmacista consegna al cliente una scheda, da inoltrare al medico, contenente la specificazione del medicinale consegnato.

Ai fini del monitoraggio del ricorso a tale modalità "eccezionale" di consegna di un medicinale, infine, i farmacisti sono tenuti a registrare ogni consegna effettuata; i dati saranno utilizzati per la valutazione di eventuali integrazioni o correzioni della disciplina in questione da parte dell'autorità sanitaria.