

LA PROFESSIONE DEL FARMACISTA: ASPETTI TECNICI, PRATICI E DEONTOLOGICI



Urbino, 5 ottobre 2018

Dr. Romeo Salvi



ART. 32 DELLA COSTITUZIONE ITALIA

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



Federico II di Svevia sancisce nel 1240 la separazione tra la professione del medico e del farmacista





Fig. 15 • Il “segno” della subordinazione delle professioni

LA RICETTA MEDICA

Un foglio bianco che con la prescrizione e la firma del medico, diventa un documento unico e straordinario.

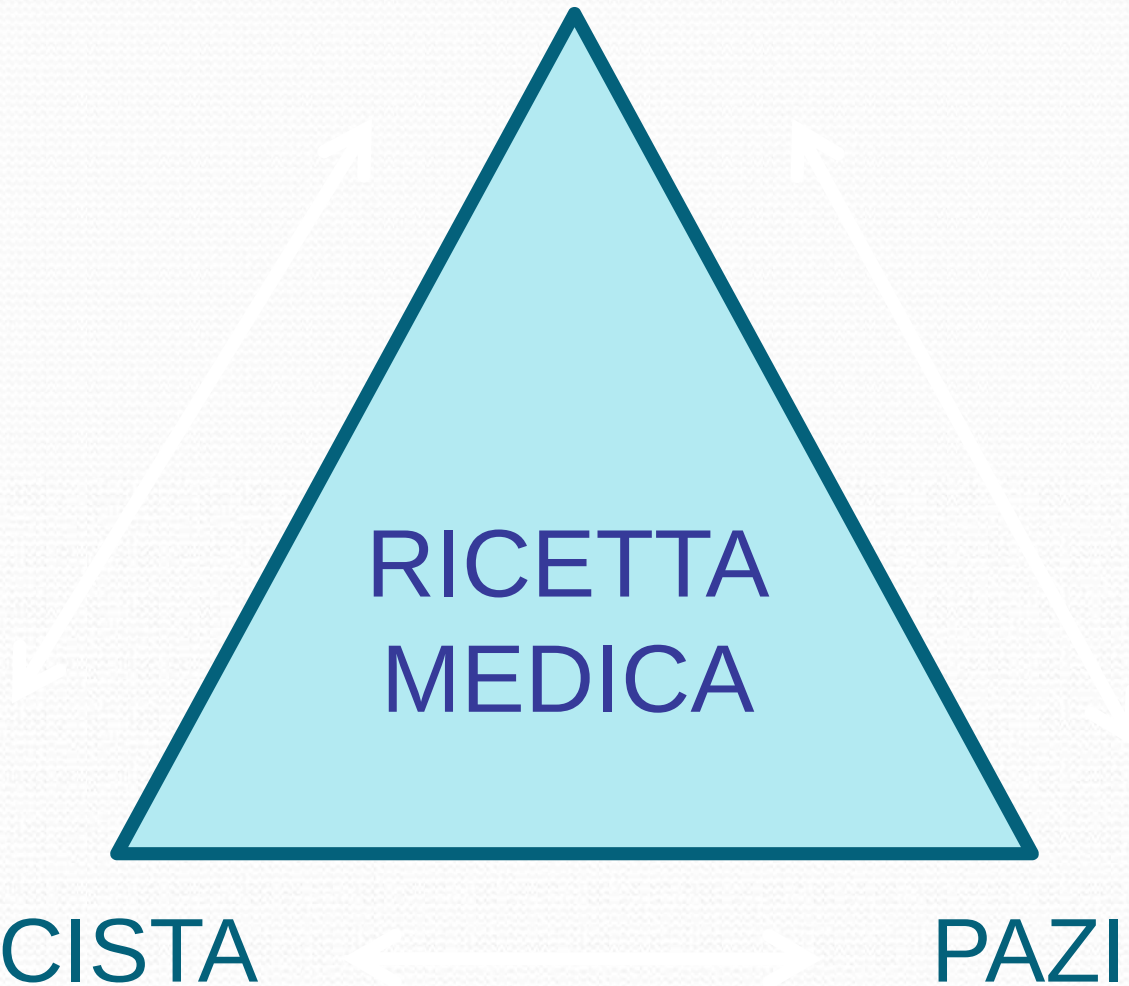
- Destino
- Segreto

MEDICO

RICETTA
MEDICA

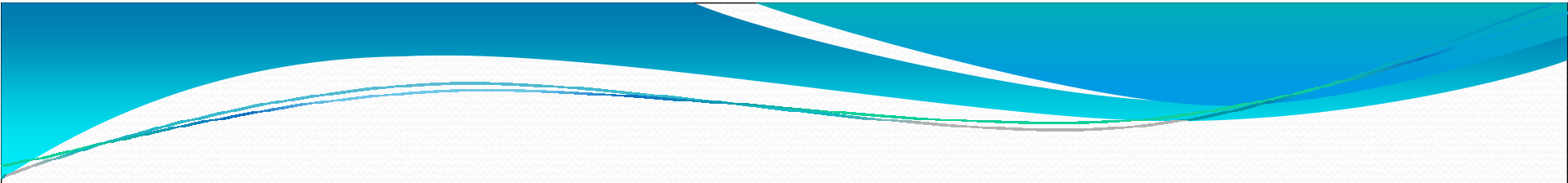
FARMACISTA

PAZIENTE



IL FARMACISTA INTESO COME SANITARIO:

- Per le sue competenze è il garante nei confronti del cittadino di tutto ciò che riguarda il farmaco
- Ha la responsabilità di aggiornarsi
- Deve mettere il malato, il paziente al centro delle proprie attenzioni



EVOLUZIONE PROFESSIONE

- PREPARATORE**

FARMACISTA OSPEDALIERO

- DISPENSATORE**

- IMPRENDITORE**

- SANITARIO**

FARMACIA DEI SERVIZI

PHARMACEUTICAL CARE

PREPARATORE

DISPENSATORE

IMPRENDITORE

SANITARIO

MEDICO SPECIALISTA

**MEDICO MEDICINA
GENERALE**

ALTRI OPERATORI

PERSONA

IMFERMIERE

FARMACISTA



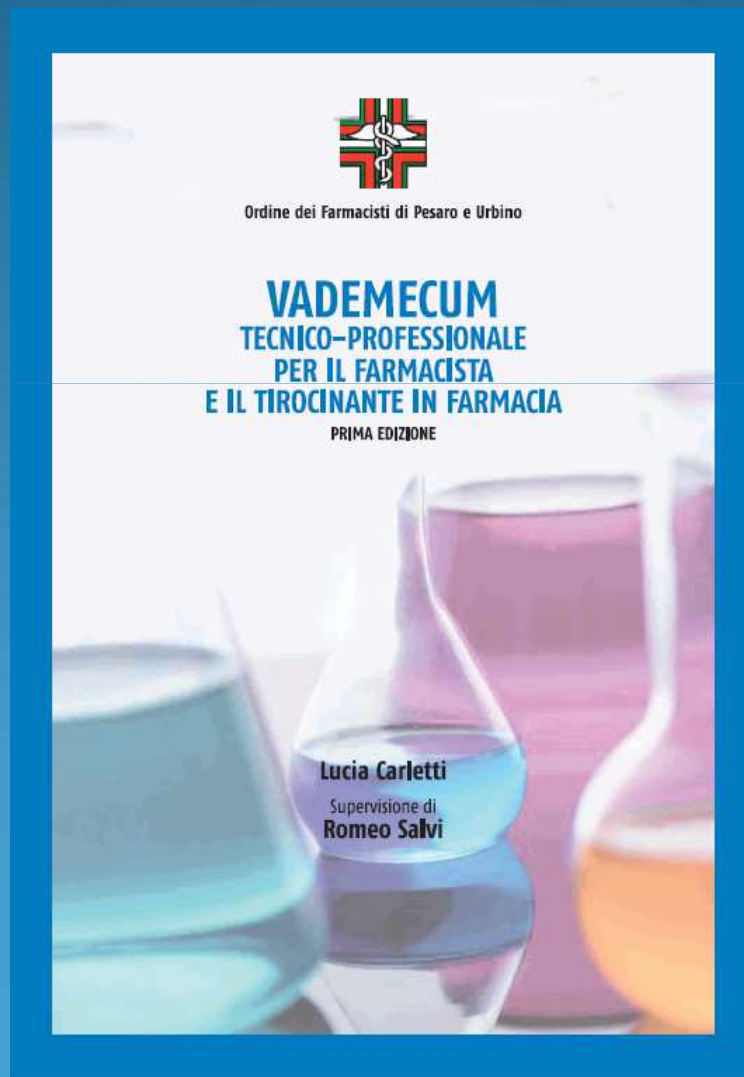
INTEGRAZIONE



VADEMECUM

TECNICO-PROFESSIONALE

PER IL FARMACISTA E IL TIROCINANTE IN FARMACIA





VADEMECUM TECNICO-PROFESSIONALE PER IL FARMACISTA E IL TIROCINANTE IN FARMACIA

- REGISTRI OBBLIGATORI IN FARMACIA	Pag. 39
- VERBALE DI ISPEZIONE DELLE FARMACIE	Pag. 44
- STUPEFACENTI (Tabella dei Medicinali SEZ. A-B-C-D-E)	Pag. 103
- CODICE DEONTOLOGICO	Pag. 128
- FARMACOVIGILANZA – Scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR)	Pag. 139

REGISTRI OBBLIGATORI IN FARMACIA

- FARMACOPEA UFFICIALE ITALIANA
- LISTE DI TRASPARENZA DELL'AIFA
- TARIFFA NAZIONALE DEI MEDICINALI
- REGISTRO ENTRATA – USCITA STUPEFACENTI
- DOCUMENTAZIONE DELLE PREPARAZIONI GALENICHE
- REGISTRO COPIA VELENI
- REGISTRO DEI VERBALI DI ISPEZIONE DELLA FARMACIA
- REGISTRO CARICO E SCARICO DEI RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI
- REGISTRO PER LA CONSEGNA DEI FARMACI SENZA RICETTA
-
-



VERBALE DI ISPEZIONE valido nella Regione Marche



- Ogni Regione delibera il proprio schema di verbale.
- La Farmacia Pubblica e Privata deve osservare 73 adempienze.

VERBALE DI ISPEZIONE DELLE FARMACIE

(ai sensi dell'art. 111 e art. 127 del TULS e della L. R. n. 7 del 3/3/82 art. 28)

Regione Marche ASUR Zona TArea Vasta n. ____

Il giorno ____ del mese ____ dell'anno ____ alle ore ____
i sottoscritti componenti della Commissione Ispettiva:

(Cognome Nome Qualifica)

(Cognome Nome Qualifica)

(Cognome Nome Qualifica)

(Cognome Nome Qualifica)

nominati dal ____ con Delibera n. ____ del ____

hanno provveduto alla ispezione:

- ☐ preventiva (conferimento titolarità o trasferimento locali)
- ☐ ordinaria (art. 127 TULS)
- ☐ straordinaria (art. 127 TULS)

della Farmacia ____ sede n. ____ sita nel Comune di ____
in via ____ alla presenza ed in contraddittorio con:

- ☐ Il Titolare ____
- ☐ Il Gestore provvisorio ____
- ☐ Il Direttore responsabile ____

AUTORIZZAZIONE AL SERVIZIO FARMACEUTICO

1. L'autorizzazione ad aprire la farmacia è rilasciata con concessione sanitaria delibera/ decreto n. ____ del ____ da parte di ____
I locali della farmacia sono stati trasferiti all'interno della sede farmaceutica per la quale è stata concessa l'autorizzazione: SI ☐ NO ☐
Se SI riportare gli estremi dell'autorizzazione ____
Il / La Titolare / Direttore Responsabile è il / la Dott. ____
Diploma di Laurea conseguito presso l'Università di ____
in data ____ iscritto/a all'Albo professionale della Provincia di ____
in data ____ al n° ____
Il titolare è presente alla visita: SI ☐ NO ☐
Motivo: ____

Tabella dei Medicinali SEZ		Esempi Medicinali	Tipo ricetta	Registro E / U	Validità ricetta gg.	Num. confezioni dispensabili	Annotaz. nome cognome e doc. acquirente	Ripetibilità	Particolari formalismi	Conservazione
A	No All.III-bis	Rolipal, Valsera, Ritalin, Piddina, Deca-Durabolin	RMR	SI	30	Un solo farmaco per ricetta, fino a 30 gg di terapia (posologia obbligatoria)	Sempre	NO	Nome e cognome del paziente	In originale per due anni dalla chiusura Registro
	All.III-bis Terapia Dolore	Morfina fl, Metadone, Temgesic fl, Temgesic cpr	RMR SSN	SI	30	Fino a due farmaci (o due dosaggi dello stesso farmaco) per ricetta, fino a 30 gg di terapia (posologia obbligatoria) Ric. SSN: fino a 30 gg terapia con cod. TDL01	Sempre	NO	Dose prescritta modo di somm. e posologia	In originale (o copia se SSN) per due anni dalla chiusura Registro
	All.III-bis Dissuefaz.	Morfina fl, Metadone, Temgesic fl, Temgesic cpr	RMR	SI	30	Un solo farmaco per ricetta, fino a 30 gg di terapia (posologia obbligatoria) Max 2 (o 6 con esenzione) in SSN	Sempre	NO	Indirizzo e num. tel. professionale medico	In originale per due anni dalla chiusura Registro
B		Alcover	RNR bianca	SI	30	Pagamento: quantità prescritta (no limite)	NO	NO	Nome e cognome o codice fiscale del paziente	In originale per due anni dalla chiusura Registro
C		Luminal, Gardinal, Talwin	SSN RNR bianca	SI	30	Max 2 (o 6 con esenzione) in SSN Pagamento: quantità prescritta (no limite)	NO	NO	Nome e cognome o codice fiscale del paziente	In originale (o copia se SSN) per due anni dalla chiusura Registro
D	All.III-bis prima 15/6/09	Depalges 5/10, Oxycontin 5/10, ecc.	RMR SSN RNR bianca	NO	30	Ric. SSN: fino a 30 gg terapia con cod. TDL01 Pagamento: quantità prescritta (no limite)	NO	NO	Nome e cognome o codice fiscale del paziente	RNR bianca per sei mesi dalla spedizione
	All.III-bis dopo 15/6/09	MS Contin, Durogesic, Oramorph, Depalges 20, Oxycontin 20/40/80	RMR SSN RNR bianca	NO	30	Ric. SSN: fino a 30 gg terapia con cod. TDL01 Pagamento: quantità prescritta (no limite)	SI Solo su RNR bianca	NO		RNR bianca per due anni dalla spedizione
	No All.III-bis	Vallum fiale, En fiale, Noan fiale	RNR bianca	NO	30	Pagamento: quantità prescritta (no limite)	NO	NO		RNR bianca per sei mesi dalla spedizione
E		Tavor, Lexotan, Vallum os, Paracodina, Rivotril	RR bianca	NO	30	Pagamento: quantità prescritta se 1 conf., 3 in un mese	NO	SI 3 volte in 1 mese	Nessuno	Nessuna

P.S.: Per la CANNABIS vedi pag. 105 e per l'aggiornamento delle TABELLE STUPEFACENTI vedi pag. 180

Registro carico e scarico

[illegible]

Cosa si intende per 'documento di riconoscimento valido'?

Carta d'identità, passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento

**munte di fotografia e di timbro o di altra
segnatura equivalente, rilasciate da
un'amministrazione dello Stato**

FARMACOVIGILANZA

Disciplina scientifica che consiste nella valutazione del rischio connesso all'assunzione dei farmaci e nel monitoraggio dell'incidenza degli effetti collaterali potenzialmente associati ad essa, spesso non riscontrati prima dell'immissione del farmaco sul mercato

FARMACOVIGILANZA

La tutela della salute pubblica passa anche attraverso il prezioso e minuto lavoro dei professionisti della sanità che, tramite il feedback con i pazienti, raccolgono e valutano quotidianamente le segnalazioni di reazioni avverse all'uso di un farmaco e le trasmettono alla Asl di competenza. Tale sistema permette di creare una rete permanente di collaborazione tra AIFA, Asl e professionisti della sanità attraverso la raccolta delle segnalazioni spontanee e le prove sulla sicurezza dei farmaci.

SCHEDA FARMACOVIGILANZA

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) (da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)					
1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	6. CODICE SEGNALAZIONE
8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* * se il segnalatore è un medico			7. GRAVITA' DELLA REAZIONE: ☐ GRAVE ☐ DECESSO ☐ OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. ☐ INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE ☐ HA MESSO IN PERICOLO DI VITA ☐ ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO ☐ NON GRAVE		
9. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti			9. ESITO ☐ RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL ____/____/____ ☐ RISOLUZIONE CON POSTUMI ☐ MIGLIORAMENTO ☐ REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA ☐ DECESSO IL ____/____/____ ☐ dovuto alla reazione avversa ☐ il farmaco può avere contribuito ☐ non dovuto al farmaco ☐ causa sconosciuta ☐ NON DISPONIBILE		
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO(I) SOSPETTO (I) nome della specialità medicinale*					
A) _____ 12. LOTTO _____ 13. DOSAGGIO/DIE _____					
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____					
B) _____ 12. LOTTO _____ 13. DOSAGGIO/DIE _____					
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____					
C) _____ 12. LOTTO _____ 13. DOSAGGIO/DIE _____					
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____ 15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____					
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione					
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? A: sì / no B: sì / no C: sì / no					
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? A: sì / no B: sì / no C: sì / no					
18. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? A: sì / no B: sì / no C: sì / no					
19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? A: sì / no B: sì / no C: sì / no					
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO E' STATO USATO: A: B: C:					
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):					
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISponentI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE					
24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE			25. DATI DEL SEGNALATORE		
☐ MEDICO DI MEDICINA GENERALE ☐ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA			NOME E COGNOME		
☐ MEDICO OSPEDALIERO ☐ FARMACISTA			INDIRIZZO		
☐ SPECIALISTA ☐ ALTRO			TEL E FAX		
			E-MAIL		
26. DATA DI COMPILAZIONE			27. FIRMA DEL SEGNALATORE		
28. CODICE A8L			28. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA		

CODICE DEONTOLOGICO



TITOLO I - OGGETTO E AMBITO DI APPLICAZIONE

ART. 1 - Definizioni

1. L'Ordine professionale è l'ente pubblico che garantisce ai cittadini i requisiti di professionalità e la correttezza del comportamento degli iscritti.
2. Il Codice deontologico è lo strumento di riferimento dell'Ordine professionale e raccoglie le norme e i principi posti a garanzia del cittadino, della collettività e a tutela dell'etica, della dignità e del decoro della professione del farmacista.

ART. 2 - Ambito di applicazione

1. Tutti i farmacisti iscritti all'Albo sono tenuti a conoscere e osservare le norme e i principi contenuti nel presente Codice deontologico ed a tenere sempre, anche al di fuori dell'esercizio della professione, una condotta consona al proprio ruolo, tale da non portare in nessun caso discredito alla professione.

www.ordfarmacistips.it



Home page:

- Download
- Aggiornamenti di Legislazione