

N°3 – 25 gennaio 2017

PRIMO PIANO

Dispensare senza ricetta: parla la Cassazione

I giudici della VI sezione della Corte di Cassazione hanno ribadito che il farmacista può dispensare in urgenza farmaci soggetti a prescrizione soltanto nel rispetto del decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008. La norma, si ricorderà, prevede che il farmacista possa provvedere alla consegna del medicinale soltanto a un paziente con patologia cronica o che comunque non possa interrompere il trattamento in corso o debba proseguire la terapia prescritta alla dimissione dall'ospedale. Inoltre, il farmacista deve essere a conoscenza dello stato di salute del paziente o direttamente oppure grazie ad altre ricette presenti in farmacia o a documentazione fornita dal paziente (esenzione dal ticket, ricette scadute, lettera di dimissione ospedaliera). La precisazione è contenuta nella sentenza numero 55134 del 29 dicembre 2016, che è intervenuta sulla condanna di un farmacista che non aveva consegnato un farmaco iniettabile antipiretico destinato a un malato terminale, colto da febbre alta, in assenza della necessaria prescrizione medica. La corte di Appello di Trento aveva condannato il professionista rifacendo al Codice deontologico del 2007 che consente la dispensazione di farmaci senza ricetta sulla base del solo presupposto che via sia pericolo attuale di un danno grave alla persona. Per i giudici della Cassazione, il Codice deontologico su questo punto è stato superato dal Decreto ministeriale e, quindi, non può più essere invocato a questo proposito. Inoltre, la nuova disciplina prevede che i farmaci iniettabili possano essere dispensati senza ricetta solo in caso di dimissione ospedaliera, con la sola eccezione dell'insulina e degli antibiotici monodose. Alla luce di questa sentenza si raccomanda ai farmacisti di attenersi scrupolosamente all'attuale normativa.

STORIA DELLA FARMACIA

Il concorso Fondo Daniele premia tre lavori originali

L'Accademia Italiana di Storia della Farmacia A.I.S.F. ha bandito la prima edizione del Concorso Fondo Daniele. In palio un premio di 1.000,00 euro (500 euro al 1°, 300 al 2°, 200 al 3° classificato) destinato a giovani laureati o laureandi di qualsiasi corso di laurea, autori di lavori di ricerca originali e inediti. Tre i temi prescelti: 1) Rimedi animali; 2) Storia inedita di un'antica farmacia; 3) Il mondo farmaceutico nella realtà economica e sociale. La domanda di partecipazione con gli allegati deve pervenire entro e non oltre il 20 aprile 2017 alla segreteria del concorso: congresso.aisf@unife.it. Tutte le informazioni necessarie sono riportate nel bando, pubblicato sul sito dell'A.I.S.F.

[Il bando del concorso](#)

ESTERI

Che cosa sperano gli studenti di farmacia

L'Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPF) ha presentato il 23 gennaio un libro bianco dedicato alla sua visione del futuro della farmacia di comunità. Di sicuro non manca la chiarezza sullo scenario: il sistema di remunerazione attraverso il margine commerciale è arrivato al capolinea, è necessario espandere le prestazioni professionali e si deve incentivare la collaborazione interprofessionale, a partire da

subito, cioè dal corso di studi, che dovrebbe prevedere momenti di formazione comune con le altre figure sanitarie (e dire che la prima fase del corso di laurea è già in comune con medici e ostetriche).

Quanto alle prestazioni il documento insiste sulla pratica delle vaccinazioni in farmacia, così come sulla realizzazione di *entretien pharmaceutiques* (incontri con il farmacista, in uno schema analogo all'MUR) rivolti sia alle persone in salute, ai fini della prevenzione primaria, sia ai pazienti affetti da malattie croniche e, infine, mirati a combattere comportamenti come tabagismo, alcolismo e altre dipendenze. Grande attenzione anche ai test diagnostici rapidi, in particolare quelli per HIV e HCV. Fin qui uno scenario simile a quello italiano, ma le differenze sorgono a proposito, per esempio, della possibilità per il farmacista di ripetere prescrizioni, prescrivere analisi cliniche di laboratorio, prescrivere farmaci qualora non siano necessari accertamenti diagnostici, correggere le ricette mediche. Niente di inedito in assoluto – il Canada e la Gran Bretagna prevedono alcune di queste prestazioni – ma certo per l'Europa continentale è una novità.

LETTERATURA

Farmaci e bambini, l'attenzione non basta mai

Il Regno Unito sconta un tasso di mortalità infantile tra i più alti nell'Europa occidentale ma, scrive il BMJ, è difficile individuare quali siano i principali determinanti di questa situazione. Cerca di rispondere uno studio recentissimo che si è focalizzato sugli incidenti in corso di trattamento della popolazione infantile registrati in Inghilterra e Galles tra il 2005 e il 2013, avvalendosi dei dati di un sistema di segnalazione volontario, il National Reporting and Learning System. Il sistema copre le chiamate al servizio di triage telefonico 111, gli accessi alla guardia medica, alle farmacie di comunità e agli ambulatori di medicina generale. I ricercatori hanno selezionato 2191 incidenti per i quali c'era informazioni sufficienti a stabilirne le cause. Gli incidenti legati al farmaco sono risultati i più frequenti: 674, che hanno determinato conseguenze nel 32% dei casi con 6 episodi gravi e due decessi. La metà degli incidenti (57%) è stata causata da errori di dispensazione nella farmacia di comunità, il 18% a errori nella somministrazione, soprattutto a casa, e il 10% a errori nella prescrizione da parte del generalista. Molto spesso nella dinamica dell'errore entravano in causa il nome e l'aspetto simile di farmaci con indicazioni differenti. Tuttavia, le conseguenze più pesanti si sono avute negli incidenti occorsi nei servizi di guardia medica: 10 decessi, 15 casi di lesioni gravi e 69 di lesioni di media gravità. (Rees P et al. Patient safety incidents involving sick children in primary care in England and Wales: a mixed methods analysis. *PLoS Med*2017. DOI: journal.pmed.1002217.)

[Il testo integrale dello studio](#)

Disputa statunitense sull'ipertensione

Per una volta, nuove linee guida rivedono al rialzo dei valori di cut-off anziché renderli più stringenti (*Ann Intern Med*. 2017. DOI: 10.7326/M16-1785). In questo caso si tratta dell'ipertensione arteriosa e dei pazienti sani di età superiore a 60 anni: per l'American College of Physicians (ACP) l'American Academy of Family Physicians (AAFP), infatti, in assenza di altre patologie il trattamento dovrebbe cominciare quando si rilevano valori pari o superiori a 150/90 mmHg, e l'obiettivo terapeutico dovrebbe essere un valore della sistolica inferiore a 150 anziché 140. Agire più aggressivamente, cioè in base a valori più bassi, comporta benefici marginali e non omogenei per tutti gli aspetti (riduzione della mortalità, dell'infarto e dell'ictus...). Per i pazienti con comorbidità o fattori di rischio, invece, non cambia nulla rispetto alle attuali raccomandazioni. Alla base di questa "rivoluzione" una revisione dei dati disponibili finanziata dal Department of Veteran Affairs, l'ente federale che si occupa dell'assistenza ai reduci e agli ex-militari. Immediata la reazione dell'American Heart Association (AHA), che ha accusato le due società scientifiche di ignorare la mole di dati raccolta finora in proposito e condensati nelle sue linee guida attuali (appoggiate anche dall'American College of Cardiology e dai Centers for Disease Control and Prevention). L'AHA ha anche annunciato la pubblicazione a breve delle sue nuove linee guida aggiornate. Se ne riparlerà, dunque.

[Le nuove linee guide dell'ACP \(in inglese\)](#)

Stai ricevendo il bollettino QuiOrdine in quanto iscritto a un Ordine aderente alla Federazione per i servizi degli Ordini dei farmacisti della Lombardia. Se non desideri riceverlo, è sufficiente inviare una mail all'indirizzo info@ordinefarmacistimilano.it scrivendo nell'oggetto: Disiscrizione QuiOrdine