

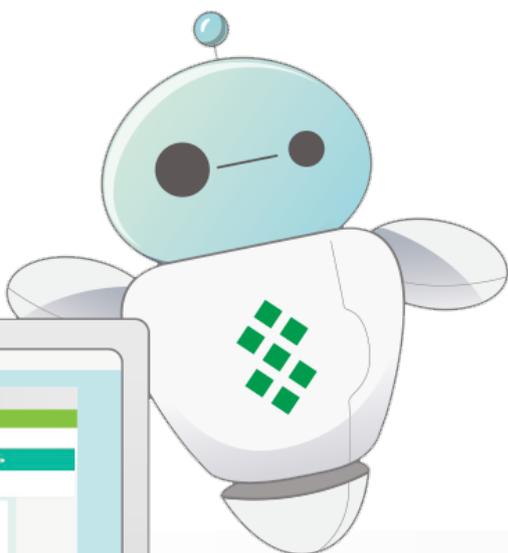


# MedyBOX

IL DISTRIBUTORE AUTOMATICO PER LE FARMACIE



MADE IN  
ITALY



**Ampia gamma modulabile e componibile**



**40%**  
CREDITO D'IMPOSTA  
INDUSTRIA 4.0

**CREDITO  
D'IMPOSTA  
4.0**  
**USUFRUIBILE  
ENTRO DICEMBRE!**



**40%**  
CREDITO D'IMPOSTA  
INDUSTRIA 4.0

+

**45%**  
CREDITO D'IMPOSTA  
MEZZOGIORNO



Perchè  MedyBOX

-  **L'unico con 6 anni di garanzia**
-  Oltre 100 prodotti a vetrina
-  **L'unico con profondità 48 cm**
-  Servizio tutto compreso
-  Disponibile in vari modelli
-  Assistenza dedicata
-  Vendite sempre sotto controllo
-  Personalizzabile nella grafica
-  App dedicata
-  Assistenza pratiche burocratiche

  MedyLOCKER

Perchè  MedyLOCKER

-  Stand Alone
-  Integrato con MedyBox
-  **Anche refrigerato**
-  Ritiro fuori orario H24
-  Sistema prenota & ritira
-  >> Con profondità 68 e 48 cm
-  Da 5 a 48 cassette
-  App clienti dedicata



**Contatti: 02 66800554 - info@medybox.it - www.medybox.it**





Ordine dei Farmacisti  
della Provincia di Foggia

INTERVISTA

# DEBLISTERING: VOCI A CONFRONTO

Intervista a **Michele Vinciguerra, Davide Petrosillo,  
Mario Cirino e Carolina Carosio**



di **Alberto Lepore,**  
Consigliere dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di Foggia

**C**ambiamento è un lemma largamente impiegato in questi tempi dalla stampa di categoria. È una sfida titanica. È una corsa al riammodernamento, per riscattare la professione dai suoi demoni e dalle sue dannazioni, nel rifiuto degli archetipi della tradizione che ostacolano l'unione del passato con il futuro, essenziale per la valorizzazione del presente.

Il cambiamento non deve essere una mera imposizione dai vertici: richiede, al contrario, la partecipazione complessiva delle anime che compongono la nostra professione, in un rapporto di osmosi reciproca. Il dibattito derivante, tuttavia, non va interpretato come una spinta propulsiva alla jacquerie, bensì come elemento fondante per la costruzione del nuovo soggetto Farmacia, in cui il confronto costruttivo e politico fra le parti sia l'unico elemento ad avere la potestà di promuovere i processi di riforma professionale. Con questo spirito, è doveroso porre l'attenzione sulla tematica del deblistering, argomento affrontato come mera notizia di cronaca e che richiede, invece, una riflessione profonda. Per far questo, è stata scelta una polifonia di voci: il dott. Michele Vinciguerra, farmacista presso il Darent Valley Hospital; il dott. Davide Petrosillo, segretario della Federazione degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia; il dott. Mario Cirino, ricercatore sanitario e vicepresidente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trieste e la dott.ssa Carolina Carosio, presidente Fe.N.A.Gi.Far.

Come è noto, la pratica di allestimento di dosi personalizzate per il paziente è un servizio erogato nelle farmacie europee e trova la sua espressione più consolidata nel Regno Unito e nei paesi facenti parte del Commonwealth. In queste nazioni, il servizio farmaceutico esprime al massimo le sue potenzialità e la figura del farmacista è di pari rilievo a quella del medico, nel controllo e nella valutazione della terapia farmaceutica. La farmacia clinica, gli studi basati sui real data cioè sui pazienti afferenti ai Trust o alle farmacie di comunità, hanno permesso la creazione di una letteratura scientifica di spessore e di una pratica clinica in perenne aggiornamento. La conoscenza del contesto britannico è utile per la comprensione e l'analisi della nuova pratica professionale.



## **Dott. Vinciguerra, che cosa è il deblistering nel Regno Unito?**

Prima di procedere con la descrizione, ritengo che sia necessario evidenziare che il lemma deblistering sia impropriamente utilizzato. Nel Regno Unito e nei paesi del Commonwealth, la perifrasi per indicare questa pratica

professionale è preparing dose administration aids (DAA) o preparing multi-compartment compliance aids (MCA). Tale procedura, regolamentata da linee guida, dalle indicazioni del medico e dalla pratica clinica non è estesa a tutti i pazienti tout court,



ma è regolata da specifiche esigenze: dimissione ospedaliera, breve durata del ciclo terapeutico, fragilità del paziente.

Non si deve, pertanto, cadere nel luogo comune che, nel Regno Unito, ogni paziente afferente presso le farmacie di comunità, abbia accesso a tale servizio.

Come in Italia, nel Regno Unito, esistono le confezioni prodotte dalle industrie farmaceutiche che vengono dispensate regolarmente con la presentazione della ricetta medica. Possono, in alcuni casi, differire meramente per il numero di unità posologica da quelle italiane, poiché concepite sulle linee guida del Formulario Britannico, come ad esempio le confezioni di amoxicillina che qui sono da 21 compresse e non da 12, poiché la terapia britannica standard prevede la somministrazione del medicamento con 500 mg ogni 8 ore, per sette giorni. La procedura dello sconfezionamento, è adottata principalmente per l'acuto e non per il cronico ed è concepita per ridurre i costi del sistema sanitario e per evitare l'abuso del farmaco.

L'allestimento del DAA (dose administration aids) non è solo un esercizio di fornitura, ma un servizio clinico che prevede a priori l'applicazione di tutte le pratiche professionali nella valutazione di efficacia e sicurezza della terapia farmacologica.

Bisogna ribadire che esiste una differenza fra sconfezionamento e DAA. Lo sconfezionamento è specifico per l'acuto, l'allestimento del DAA è una procedura che si adotta solo per i pazienti estre-

mamente fragili, assistiti dai caregiver o degenti nelle case di cura.

### **Può descrivere nello specifico tale procedura e indicarci se esistono delle differenze fra le farmacie ospedaliere e quelle di comunità?**

Gradirei partire dal contesto ospedaliero. La procedura dello sconfezionamento si attua solo all'atto delle dimissioni e non durante il tempo di degenza del paziente nel nosocomio.

Ogni reparto, infatti, ha una scorta di medicinali erogati dal personale infermieristico, secondo le indicazioni della cartella clinica, redatta dal medico e controllata dal farmacista. Solo in casi particolari si dispensano farmaci specifici per il paziente o con la dicitura TTO (to take home) o con la dicitura inpatient, specifica per attivi come gli IV o per quelli che richiedono la somministrazione in ospedale, sotto controllo medico.

Gli attivi in TTO prescritti per la prosecuzione della terapia domiciliare, rispettano le regole della normale dispensazione britannica, vale a dire, essere etichettati con il nome del paziente e indicare la modalità di assunzione cioè dose e frequenza.

La procedura di allestimento del medicamento sconfezionato o fornito nella sua interezza non è compito del farmacista, ma del tecnico farmaceutico, ovvero di un diplomato che firma l'etichetta. Al farmacista, spetta il compito del controllo prescrittivo e del monitoraggio finale dell'allestimento del lotto, con ulteriore vidimazione dell'etichetta.

### L'ALLESTIMENTO DEL DAA, PREPARATO DALLE FARMACIE DI COMUNITÀ, È UNA PRATICA PROFESSIONALE IMPIEGATA PER I PAZIENTI FRAGILI. SPETTA AL FARMACISTA LA VALUTAZIONE DEL SINGOLO CASO

All'atto delle dimissioni del paziente, ogni Trust applica le proprie linee guida per la continuità terapeutica ospedale-territorio.

Nel Trust in cui lavoro la regola è di 14 giorni. A queste indicazioni, vanno associate le volontà del medico e le linee guida del N.I.C.E.

Ad esempio, se per il controllo del dolore il medico prescrive una terapia di tre giorni con un cerotto analgesico, il farmacista è tenuto a erogare la forma farmaceutica nell'unità dose specifica a coprire il fabbisogno indicato dal prescrittore.

In caso di ricetta redatta dal pronto soccorso il paziente può rivolgersi o alla farmacia ospedaliera o a quella di comunità.

Nel caso della farmacia di comunità, presentata la ricetta, il farmacista è tenuto, senza alterare la confezione industriale, a fornire le unità posologiche richieste, ad esempio tagliando il blister e introducendo, in una nuova confezione, le dosi di medicamento.

L'etichettatura della nuova confezione prevede l'indicazione dell'attivo, la modalità di assunzione, il numero di unità posologiche presenti, il nome del paziente e le firme di chi ha allestito e controllato il lotto, pertanto, tecnico farmaceutico e farmacista.

La farmacia di comunità è pagata dallo Stato in base al numero di unità posologiche erogate e spesso, in caso di piccoli lotti, il farmacista richiede il costo del packaging. Spetta alla farmacia detenere le unità posologiche restanti che possono essere adoperate per l'allestimento di altri lotti, per ulteriori pazienti.

L'allestimento del DAA, preparato dalle farmacie di comunità, è una pratica professionale, come detto in precedenza, impiegata per i pazienti fragili. La necessità di un DAA può essere identificata dal medico prescrittore, dal farmacista, dallo stesso paziente o dall'accompagnatore.

Non esistono dei criteri rigidi per l'erogazione del servizio, ma spetta al farmacista la valutazione del singolo caso. Esistono diversi tipi di contenitori; in UK, si adoperano i Dossette che prevedono la suddivisione delle forme farmaceutiche solide, per giorno e tempo di somministrazione.

L'allestimento richiede la severa applicazione delle linee guida che normano non solo le procedure adottate nella farmacia, ma anche le caratteristiche di ogni singolo medicamento, perfino le possibili

interazioni chimico fisiche fra una forma farmaceutica e un'altra.

L'etichettatura è normata anch'essa da severi dettami che impongono l'indicazione del nome paziente; nome, indirizzo e numero di telefono della farmacia; nomi dei principi attivi; dosaggio e forma di tutti medicinali forniti nel DAA; informazioni su colore, forma, dimensione e marchi del produttore per ogni specialità impiegata; istruzioni per l'uso di ciascun attivo (compresa la frequenza e dose) in un inglese semplice; la data di confezionamento del DAA e quella di scadenza. Deve riportare, inoltre, eventuali istruzioni di conservazione, ulteriori etichette di avvertenze cautelative.

#### **L'applicazione della tecnica del deblistering in UK ha permesso di aumentare l'aderenza terapeutica?**

L'aderenza è un obiettivo verso cui tendere per garantire l'efficacia terapeutica ma, in UK, abbiamo la consapevolezza che è un obiettivo difficile da raggiungere poiché vincolato dalla volontà del paziente.

La pratica del preparing dose administration aids ha il solo fine di controllare i costi, evitare disavventure per lo scorretto uso dei medicinali e supportare i pazienti più fragili.

L'aderenza alla terapia, con l'approccio patient centred è materia di studio della Clinical Pharmacy. Dal documento redatto dalla Royal Pharmaceutical Society, recante: "Improving patient outcomes. The better use of multi-compartment compliance aids" si evince che non ci sono prove scientifiche sufficienti per supportare i benefici del DAA, nel miglioramento all'aderenza terapeutica, pertanto, non si può promuovere il suo solo uso come panacea per la salute o per la politica di assistenza sociale. Tuttavia, le prove indicano che il DAA può essere di giovamento in alcuni pazienti fragili che richiedono particolare assistenza. Le esigenze di ogni paziente devono essere valutate su base individuale, non solo dal farmacista, ma da un pool di professionisti della salute e qualsiasi intervento deve essere modulato sulle esigenze specifiche del paziente. Non esistono dati sufficienti nella letteratura che forniscano indicazioni sulla stabilità dei medicinali, qualora conservati al di fuori della confezione originale del produttore.



# THE STARTING POINT

Il **punto di partenza** per realizzare prodotti che aiutino le persone a prendersi cura di sé

**Materie prime** in piccoli tagli 

.....  
Servizio di ripartizione e confezionamento 

**Packaging e strumentazione** per il laboratorio 

.....  
Supporto tecnico, formulativo e commerciale 



ACEF Spa  
Via Umbria, 8/14, 29017  
Fiorenzuola d'Arda (PC)  
Tel. +39 0523 241911 r.a.

[www.acef.it](http://www.acef.it)



**ACEF Galenica**  
creiamo nuove opportunità

Al contrario, ci sono numerose evidenze di degradazione nei processi di sconfezionamento. La descrizione fornita dal dott. Vinciguerra delinea un quadro chiaro sulla realtà anglosassone e rimarca che, perfino pratiche consolidate, siamo oggetto di continuo studio e rivalutazione, secondo quanto insegna la filosofia della scienza. L'introduzione di deblistering in Italia è un evento innovativo ed è, come la farmacia dei servizi, una rivoluzione copernicana. Il deblistering, giunge, nella nostra Penisola, con estremo ritardo, ma incomincia ad essere oggetto di studio e di pratica clinica in alcune regioni. La Lombardia con le sue farmacie è stata l'apripista nell'acquisizione ed erogazione del nuovo servizio. È doveroso affidarsi alle parole del dott. Davide Petrosillo per analizzare le motivazioni che hanno portato a questa faticosa scelta.



**Dott. Petrosillo, perché è stato selezionato questo servizio? Perché non arricchire ed elaborare quelli delineati dalle linee guida approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 17 ottobre 2019?**

L'iniziativa nasce dalla volontà espressa da Regione Lombardia di contribuire allo sviluppo di nuovi servizi a "forte valenza sociosanitaria", erogabili dalle farmacie secondo quanto previsto dall'art. 11 della Legge 18 giugno 2009, n. 69. In particolare, si tratta di dare attuazione all'obiettivo di favorire "l'aderenza dei malati alle terapie mediche" ai sensi del DLvo 3 ottobre 2009 n. 153, con la messa a disposizione di un servizio finalizzato alla preparazione di confezionamenti personalizzati di farmaci. Anche se questo servizio non è oggetto di compiuta disciplina, trova il suo fondamento nell'art. 1 comma 463 della Legge 27 dicembre 2019 n. 160. (Legge di Bilancio 2020) in cui si rileva che, al fine di favorire la presa in cura dei pazienti cronici e migliorarne l'aderenza terapeutica, è prevista "la possibilità presso le farmacie, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci".

**Come è nata l'idea di importare questa pratica in Lombardia, c'è stata una fase sperimentale? Che cosa è emerso?**

Come detto in precedenza, vista la volontà espressa da Regione Lombardia, si è reso necessario costituire un gruppo di lavoro per individuare un modello comune e di riferimento per tutte le ATS (Azienda di Tutela della Salute). Alla conclusione sulla possibilità di attivare questo servizio, si è arrivati anche grazie alle decisioni del Consiglio di Stato che, con Sentenza n. 4257/2015 del 14 settembre 2015, si è pronunciato favorevolmente sulla possibilità di sconfezionare medicinali di origine industriale a scopo di utilizzo nell'allestimento di preparati magistrali, permettendo al farmacista di sopperire a carenza di materia prima o alla necessità di rendere disponibili, a scopo terapeutico, formulazioni in forme e dosaggi orfani. Il servizio è quindi ricondotto alle competenze delle farmacie in materia di preparazioni galeniche. In conclusione, l'attivazione di un "servizio di accesso personalizzato ai farmaci", oltre che concorrere all'efficientamento della rete dei servizi, in attuazione del Piano Nazionale della Cronicità e a rafforzare l'interazione tra paziente e farmacista, contribuisce a monitorare e a limitare l'uso inappropriato di antibiotici in terapia, contrastando il fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

**Dalla approvazione della legge regionale ad oggi, quale è stata la risposta delle farmacie e della popolazione afferente?**

Qualche collega ha attivato il servizio e sicuramente c'è molta curiosità. Tuttavia, essendo qualcosa mai visto prima in Italia, ci vorrà tempo per assimilare e fare nostra questa "rivoluzione". L'ATS di Bergamo, ad esempio, ha siglato con le farmacie un protocollo d'intesa per l'individuazione delle modalità di espletamento di questo servizio. Occorrerà, in effetti, circoscrivere le procedure di esecuzione e dispensazione anche alla luce delle stesse responsabilità richiamate dalla delibera di Regione Lombardia. Sicuramente, uno spunto interessante viene dalla nuova possibilità per le farmacie di condividere un locale dedicato a questo servizio (sul modello dei mini-hub vaccinali realizzati a Bergamo, in provincia) in modo da poter condividere gli strumenti e di conseguenza abbattere i costi.

## **Come si è interfacciata la classe medica con questa nuova prestazione?**

Dalle esperienze riportate dai colleghi, i medici hanno accolto con molto interesse l'iniziativa, ma come dicevo in precedenza, ci vuole tempo per assimilare questo cambiamento.

Emerge sempre di più la necessità di un sistema di interazione digitale tra medico e farmacista, mentre, per ora, ci sono molti aspetti lasciati all'intraprendenza dei colleghi. Sicuramente è troppo presto per fare un bilancio, ma i primissimi segnali sono positivi.

Aderenza, cronicità, controllo nell'utilizzo del medicamento, sono temi che si ripropongono nelle parole del dott. Petrosillo, interpretate secondo la prospettiva italiana il cui sistema farmacia è rimasto per molto tempo immobile, cristallizzato.

Dalla spinta propulsiva lombarda, volano in questi anni del rinnovamento professionale, la SIFO e la SIFAP hanno steso un primo protocollo, per l'allestimento personalizzato delle dosi, in cui il servizio è equiparato a un'operazione galenica e di conseguenza normato dalle severe regole delle "Norme di Buona Preparazione". Il protocollo, redatto ai sensi della legge Gelli, per la tutela del professionista sanitario, estende la fruizione del servizio presso le farmacie nosocomiali.

Tale volontà arricchisce, di un ulteriore tassello, l'argomento oggetto del dibattito e offre un nuovo spunto di riflessione.



**Dott. Cirino, ritiene che tale procedura possa essere gestita negli ospedali solo a livello centralizzato, oppure in futuro, essere eseguita dal farmacista di reparto?**

Non vedrei le due cose separate. È chiaro che, per normativa, l'al-

lestimento della dose personalizzata vada eseguito in ambiente idoneo, con procedure che salvaguardino la qualità del prodotto finito (come previsto dalle Norme di Buona Preparazione), quindi, in farmacia. La consegna al paziente con la relativa riconciliazione della terapia, potrebbe essere svolta dal cosiddetto farmacista di reparto, qualora venga istituita questa figura, semplificando così il percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera.

## **Secondo il suo giudizio, è necessario corroborare il servizio del deblistering con un'attenta e sistematica revisione delle terapie farmacologiche adottate in Italia?**

Il termine deblistering non mi piace! Mi sembra riduttivo rispetto alle vere potenzialità di questo servizio; preferisco "allestimento e dispensazione della terapia personalizzata" ed è mia opinione che possa offrire un'ottima occasione di confronto tra i professionisti sanitari. Più precisamente, la prescrizione della terapia farmacologica, che è un atto medico, si basa generalmente su linee guida e raccomandazioni pubblicate da agenzie regolatorie e società scientifiche nazionali ed internazionali, in base a evidenze pubblicate in letteratura. A livello ospedaliero, la scelta del farmaco ricade principalmente all'interno di un prontuario definito da un'apposita commissione multidisciplinare che inserisce i farmaci sulla base anche di valutazioni costo-efficacia. Quello che si può auspicare e, in alcuni casi viene già effettuato, è un confronto tra medico prescrittore e farmacista dispensatore, sia in fase di prima prescrizione che al follow up, sulle migliori opzioni di trattamento.

## **Quanto il deblistering, nella gestione della continuità terapeutica ospedale-territorio, può garantire l'aderenza terapeutica?**

Può contribuire molto, ma il mio timore è che possa essere considerato sufficiente. L'aderenza terapeutica è il risultato di numerosi fattori come il monitoraggio di potenziali interazioni e delle reazioni avverse, la riconciliazione della terapia farmacologica, il monitoraggio dei parametri di efficacia terapeutica da parte del medico, l'educazione del paziente (o del caregiver nel caso di pazienti non autosufficienti) sulla gestione del/dei farmaco/i e della terapia. Insomma, va istituita una rete multidisciplinare, che coinvolga il paziente, caratterizzata da un'elevata comunicazione tra i soggetti interessati.

## **L'allestimento di confezioni personalizzate favorirebbe la riconciliazione terapeutica?**

Sicuramente sì! La riconciliazione della terapia farmacologica, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una delle migliori strategie per garantire una buona qualità delle cure, è prevista dalla procedura SIFO-SIFAP sulla predisposizione di confezionamenti personalizzati, ma prima ancora dalla Raccomandazione n. 17 del Ministero della Salute.

IL DEBLISTERING NON SOLO È UNA ESTENSIONE DELL'ATTITUDINE ALLA GALENICA, MATERIA PRINCIPE DELLA NOSTRA PROFESSIONE, MA È SIA UN MEZZO DI CONTROLLO REALE DELLA SPESA SANITARIA, CONDOTTO PERSONALMENTE DAL FARMACISTA, SIA UNO STRUMENTO VALIDO E CONCRETO NELL'ADERENZA TERAPEUTICA

Risulta ovvio che avere conoscenza dell'esatto quantitativo di farmaco dispensato al paziente permetta di sapere in anticipo il periodo di copertura della terapia e quindi di monitorare l'aderenza terapeutica, in modo puntuale, prevenendo potenziali errori terapeutici ed errori che possono causare danni, anche gravi ai pazienti.

### **Il servizio regolamentato dalle linee guida garantirebbe una riduzione dei costi della spesa farmaceutica sia nel periodo di degenza del malato che all'atto delle dimissioni?**

Fornire un quantitativo di farmaco strettamente necessario a coprire il periodo di trattamento previsto dal medico, fino a successivo controllo, si è già ampiamente dimostrato utile ad ottimizzare le risorse economiche dedicate alla farmaceutica sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale. Questo è facilmente comprensibile: come spesso avviene ad esempio in ambito onco-ematologico, il medico può decidere di ridurre (ad esempio per motivi clinici) il periodo di trattamento o la dose quotidiana di attivo che il paziente deve assumere. Distribuire il numero esatto di compresse, garantisce di non avere residui di terapia che dovrebbero essere inevitabilmente eliminati qualora la terapia venga modificata.

Quanto espresso dal dott. Cirino è un collegamento di particolare interesse, tra l'esperienza lombarda che si è incuneata nella normativa vigente, per promuovere il servizio e il mondo d'oltralpe. L'allestimento e dispensazione delle terapie personalizzate richiede un tracciamento più marcato dei suoi confini e necessita del giusto peso nell'affiancamento ai servizi delineati dalla Conferenza Stato - Regioni del 17 ottobre del 2019. Come asserito dal dott. Petrosillo, "ci vorrà tempo per assimilare", ma è il giusto tempo balsamico per discutere sul da farsi. Rimanendo sull'asse temporale, l'attenzione deve spostarsi sulle opinioni del futuro della professione, vale a dire sui pensieri dei giovani farmacisti, che trovano rappresentanza nella parole del loro Presidente, la dott.ssa Carolina Carosio.



### **Dott.ssa Carosio, il servizio di deblistering rientra nella prospettiva Nevskij tracciata dalla Fe.N.A.Gi.Far.?**

La farmacia rappresenta un presidio unico per capillarità, numero di accessi e capacità di interlocuzione con i pazienti; metamorfosarla in un

presidio di continuità per il territorio, guardiano e sorvegliante della salute è la sfida e l'obiettivo verso cui protendere. Il servizio del deblistering, benché in fase embrionale, è un tassello da aggiungere nel cammino di rinnovamento della farmacia. La possibilità di allestire blister personalizzati per i pazienti significa riconsegnare alla figura del farmacista compiti afferenti alla sua formazione e specifici per le sue competenze nella gestione del medicamento. Il deblistering non solo è una estensione dell'attitudine alla galenica, materia principe della nostra professione, ma è sia un mezzo di controllo reale della spesa sanitaria, condotto personalmente dal farmacista, sia uno strumento valido e concreto nell'aderenza terapeutica, un topos e una sfida della farmacia del presente e del futuro. L'attuazione di questo servizio, il confronto con la classe medica, non solo conferisce qualità alla figura del farmacista e all'entità della farmacia, ma è un esercizio nell'acquisire duttilità, competenze ed esperienza, per partecipare con peso e abilità nelle campagne di screening del territorio.

### **I giovani farmacisti come hanno accolto questa opportunità? Ci sono spunti per futuri progetti federali?**

I giovani farmacisti non potevano che accogliere con entusiasmo l'implementazione dei servizi. Il giovane farmacista, così come lo studente di farmacia ha la possibilità sia nella pratica professionale del tirocinio che nell'immediato lavoro, di applicare quanto appreso negli studi, esercitando concretamente gli scopi della nostra professione.

# Volta pagina.

BecomeBrand.com

Se non sei un farmacista.

Se invece lo sei, conviene leggerti  
la promozione e non perdere tempo.



---

## 1+3

**PAGHI UN PRODOTTO E NE ARRIVANO QUATTRO.**

**QUESTO SIGNIFICA CHE IL TUO UTILE È IL 75%. NIENTE MALE NO?**

---

BioApta propone cinque linee di prodotti (Dermatologici, Creme Corpo, Viso, Solari, Prodotti Uomo) per un complesso di 50 prodotti capaci di rispondere ad ogni esigenza dermocosmetologica. Da oltre 30 anni sul mercato, BioApta è sinonimo di qualità assoluta.

Non vi resta che chiamarci allo **0861.59.04.46**, scriverci a **info@bioapta.it** o visitare il sito **bioapta.it**.



Laboratori Riuniti delle Farmacie Srl

**OFFERTA VALIDA PER TUTTO IL 2022.**

[www.bioapta.it](http://www.bioapta.it)

## L'EVOLUZIONE DELLA FARMACIA NEL RESTO D'EUROPA È PASSATA ATTRAVERSO LA SPERIMENTAZIONE: LE SENSATE ESPERIENZE CHE HANNO PERFEZIONATO LA PRATICA FARMACEUTICA E PROMOSSO IL DIALOGO FRA LA BASE E I VERTICI DELLA CATEGORIA

Ovviamente è necessario ribadire che il servizio del debblistering è in una fase embrionale. Esige, pertanto, di un processo di armonizzazione e standardizzazione affinché possa essere omogeneo e riconosciuto su tutto il territorio nazionale, per cui, privo di difformità o rivisitazioni. Nell'iter di perfezionamento del servizio, argomento del nostro interloquire, i giovani farmacisti possono avere un ruolo di primo piano nella creazione di progetti pilota, volti ad analizzare e a evidenziare le criticità e a implementare le opportunità del servizio.

### **Da farmacista territoriale, ravvisa la possibilità di una estensione del servizio nel trattamento dell'acuto?**

L'aderenza alla terapia farmacologica non è un problema legato meramente alla compliance del paziente cronico ma è una tematica complessa che va dalla riconciliazione terapeutica, fino alla educazione sanitaria. Il debblistering se perfettamente armonizzato sul territorio nazionale, ovvero, se reso uno strumento di qualità, consentirebbe la perfetta gestione di ogni piano terapeutico dal cronico all'acuto.

### **UN NUOVO SOGGETTO FARMACIA**

L'allestimento di blister personalizzati, volenti o nolenti, è e sarà oggetto di dibattito in questi mesi. Il processo osmotico che investe diverse regioni italiane è già in atto, ma come asserito dalla dott.ssa Carosio, è necessaria la creazione di un servizio di qualità e rifacendosi alle parole del dott. Cirino e del dott. Vinciguerra è d'uopo conferirgli la corretta valenza e la giusta forma. Le domande ontologiche sul "Chi siamo?" "Quale futuro dare alle nostre farmacie e alle generazioni prossime?" sono il punto di partenza per la speculazione, così come lo sono la ricerca di norme, mezzi e possibilità, come indicato dal dott. Petrosillo. Il futuro della farmacia è il farmaco e la farmacia, come ultimo anello del SSN, deve garantire, da unico interlocutore, l'accesso a tale bene. La foga di questi anni, per la ricerca di qualcosa di innovativo per il settore, nasce dall'aver svuotato di significato il lemma farmacia e averlo riempito di altri contenuti, spesso difformi dalla nostra missione.

Prima dei servizi, del debblistering e della farmacia concepita come hub per il territorio, c'è il servizio farmaceutico, ancora normato dal TULS, testo da rileggere e riscoprire, perché è l'eredità che i nostri predecessori ci hanno consegnato.

Dalla riscoperta del servizio farmaceutico possono innestarsi e dare frutto i servizi, concepiti dalla Conferenza Stato - Regioni del 17 ottobre 2019, e quanto introdotto durante la pandemia essere da corollario, a completamento dell'universo farmaco e della tutela della salute. Tutte le trasformazioni in atto in questi anni sono un esercizio, come affermato dal Presidente Fe.N.A.GI.FAR., ma tale sforzo deve portare alla nascita del nuovo soggetto Farmacia e non di un puzzle di elementi, introdotti coattamente da oltralpe. Il debblistering va modulato sull'inezienza e complessità della normativa e nel contesto della farmacia italiana, considerando, in particolar modo, le difficoltà del momento e il peso degli obblighi nazionali e regionali che gravano sul quotidiano lavoro.

La creazione di una fase pilota impedisce l'attuazione del servizio in modo disomogeneo sul territorio e garantisce la raccolta di dati utili a valutare l'efficacia e le eventuali criticità: tempo, burocratizzazione dei processi, controllo della catena del farmaco, normativa sulla detenzione di confezioni defustellate, devianze dal codice deontologico, impatto sulla vita dei pazienti e selezione del target a cui rivolgere tale prestazione. I dati, raccolti ed elaborati, permetteranno così di interloquire con cognizione di causa con la classe politica di ogni regione, consentendo al contempo di analizzare i possibili divari fra il Nord e il Mezzogiorno, quest'ultimo vincolato con tenacia all'assistenza sanitaria. L'evoluzione della farmacia nel resto d'Europa è passata attraverso la sperimentazione: le sensate esperienze che hanno perfezionato la pratica farmaceutica e promosso il dialogo fra la base e i vertici della categoria.

Come afferma la letteratura britannica, il debblistering non è la panacea ai nostri mali, ma se è uno dei mezzi per la rivalutazione dell'esercizio professionale, per la gestione totale del farmaco e il ripristino dell'equilibrio fra farmacia territoriale e ospedaliera, non si può rimanere sordi, ma è doveroso ponderare a lungo, ascoltare con attenzione e sperimentare.

# Il medicinale omeopatico **oscillococcinum**<sup>®</sup> per la prevenzione e il trattamento dell'influenza e delle sindromi influenzali<sup>1</sup>



"**oscillococcinum**<sup>®</sup> è normalmente proposto per la prevenzione e per la terapia dell'influenza e delle sindromi cliniche simil-influenzali<sup>2</sup>".

*(Bellavite P. **oscillococcinum**<sup>®</sup> e influenza. Storia, evidenze e ipotesi. Edizioni Libreria Cortina Verona 2008. p.7)*

Uno studio in real life<sup>3</sup> condotto su 459 pazienti seguiti nell'arco di 10 anni ha evidenziato "come il medicinale omeopatico (**oscillococcinum**<sup>®</sup>) abbia avuto un effetto preventivo sulla minor incidenza di episodi RTI" (Infezioni del Tratto Respiratorio) e che "l'effetto protettivo osservato è coerente con altri studi che hanno documentato il suo effetto sul trattamento di sintomi sia influenzali che simil-influenzali".

*(Beghi GM, Morselli-Labate AM. Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study. Multidiscip Respir Med. 2016; 11:12)*

Uno studio clinico<sup>4</sup> randomizzato in doppio cieco su individui che avevano consultato il Medico di Medicina Generale e il Medico Internista per sintomi simil-influenzali (dei quali 188 trattati con **oscillococcinum**<sup>®</sup> e 184 con placebo) ha dimostrato che: "1) la riduzione dei sintomi dopo 48 ore è risultata significativamente più elevata nel gruppo trattato con **oscillococcinum**<sup>®</sup> rispetto al gruppo placebo; 2) i sintomi sono scomparsi

con rapidità significativamente maggiore nel gruppo trattato con **oscillococcinum**<sup>®</sup> rispetto al gruppo placebo".

*(Papp R, Schuback G, Beck E, Burkardt G, Bengel J, Lehl S, et al. **oscillococcinum**<sup>®</sup> in patients with influenza-like syndromes: a placebo controlled double-blind evaluation. Br Homeopath J. 1998; 87:69-76)*

"**oscillococcinum**<sup>®</sup> è un medicinale omeopatico dei Laboratoires Boiron, unico, originale e brevettato. Da sempre è preparato in diluizione korsakoviana (200 K)<sup>2</sup>".

*(Bellavite P. **oscillococcinum**<sup>®</sup> e influenza. Storia, evidenze e ipotesi. Edizioni Libreria Cortina Verona 2008. p.21)*

**oscillococcinum**<sup>®</sup>, 30 e 6 dosi, contiene diluizioni omeopatiche che, per le loro basse concentrazioni molari, non presentano generalmente tossicità chimica, controindicazioni, interazioni farmacologiche direttamente legate alla quantità di prodotto assunto<sup>5-7</sup>.

**oscillococcinum**<sup>®</sup>, in quanto medicinale omeopatico, è adatto ad adulti, bambini<sup>3,5</sup>, anziani<sup>3,5</sup>, pazienti politrattati<sup>3,8</sup>, pazienti con BPCO, allergie respiratorie, asma e altre malattie respiratorie<sup>3</sup>.

**oscillococcinum**<sup>®</sup>: utilizzato da oltre 30 anni in 50 paesi del mondo.



D.Lgs. 219/2006 art.85: "Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate".

D. Lgs. 219/2006 art.120 1 bis: "Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico".

Medicinale non a carico del SSN.

#### Bibliografia

1. Mathie RT, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscillococcinum<sup>®</sup> for preventing and treating influenza and influenza-like illness. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 1:CD001957. doi: 10.1002/14651858.CD001957. 2. Bellavite P. Oscillococcinum e influenza. Storia, evidenze e ipotesi. Edizioni Libreria Cortina Verona 2008. p.7,21. 3. Beghi GM, Morselli-Labate AM. Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study. Multidiscip Respir Med. 2016; 11:12. 4. Papp R, Schuback G, Beck E, Burkardt G, Bengel J, Lehl S, et al. Oscillococcinum in patients with influenza-like syndromes: a placebo controlled double-blind evaluation. Br Homeopath J. 1998; 87:69-76. 5. Boulet J. Homéopathie - L'enfant. Marabout 2003. p.14-17. 6. Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Products. Legislative term 2009-2014 of the European Parliament and the European Commission. ECHAMP E.E.I.G. European Coalition on Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Product. 7. Kirby BJ. Safety of homeopathic products. Journal of the Royal Society of Medicine. 2002; 95 (5):221, 222. Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279671/>. 8. Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Terapia omeopatica: possibilità in patologia acuta. Ariete Salute; 1993. 1: p.81.

[www.boiron.it](http://www.boiron.it) Servizio Informazioni Boiron numero verde 800-032203