

Circ. n. 76/2018  
Prot. n. 105/2018/PP/sr

Torino, 9 Aprile 2018

**A TUTTE LE FARMACIE  
DELLA CITTA' METROPOLITANA DI  
TORINO E PROVINCIA**

**LORO INDIRIZZI**

**OGGETTO: *Corso ECM "Parkinson/Alzheimer: presa in carico del paziente politrattato"***

La scrivente comunica che in collaborazione con l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Torino ed il Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco dell'Università di Torino, è stato organizzato l'evento formativo:

**"Parkinson/Alzheimer: presa in carico del paziente politrattato"**

**OBIETTIVO:**

*(18) CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE –*

Nell'attuale conformazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sempre più legato a stretti vincoli di bilancio, appare essenziale ottimizzare le risorse presenti al fine di una gestione completa e costo-efficace dei pazienti.

In tale contesto il sistema distributivo denominato Distribuzione per Conto (DPC) ha unito il contenimento della spesa, attraverso acquisti centralizzati con gara, alla capillarità del servizio, grazie alla dispensazione dei medicinali attraverso le farmacie di comunità. I medicinali distribuiti tramite questo sistema, però, presentano spesso modalità di assunzione e gestione del paziente particolari data la natura complessa delle patologie per cui sono prescritti.

Il presente corso si pone come obiettivo quello di formare i farmacisti affinché possano fornire un *counseling* univoco e strutturato nella gestione di quei medicinali prescritti a pazienti con il morbo di Alzheimer o affetti da altre forme di demenza che spesso sono in DPC. Se per le terapie croniche, infatti, vige la legge del 50%, ovvero solo il 50% dei soggetti è aderente alla terapia, nel trattamento delle demenze, in cui il paziente stesso ha difficoltà nell'assunzione, appare ancora più importante che il farmacista sia formato al fine di fornire tutte le istruzioni che coadiuvino all'aderenza alla terapia (che deve anche passare attraverso la formazione del *caregiver*) per

evitare, *in primis*, che la patologia progredisca e, in secondo luogo, che vi sia uno spreco di risorse.

**PROGRAMMA:**

Ore 19.45-20.00: Registrazione dei partecipanti

Ore 20.00-21.00: Quadro normativo (P. Brusa)

Ore 21.00-22.30: La patologia (R. Torta)

Ore 22.30-24.00: Aspetti farmacologici (M. Collino)

Dalle ore 24.00: Questionario di apprendimento e valutazione del corso

Il corso, della durata di una serata, si svolgerà:

c/o la Sala Riunioni dell'Associazione Titolari di Farmacia

Via B. Galliani 10/A – TORINO

dalle ore 20.00 alle ore 24.00

**Mercoledì 9 Maggio 2018**

**Provider:** Farmaservizi Formazione s.r.l.

**Relatori:** Prof.ssa Paola Brusa, Prof. Massimo Collino e Prof. Riccardo Torta

La quota di partecipazione al corso è pari a € **15,00 esente IVA**, la partecipazione è limitata ai primi 100 laureati in Farmacia e CTF che invieranno la scheda di adesione compilata, inoltre consentirà l'acquisizione di **4 crediti ECM**.

**L'iscrizione al corso è obbligatoria ed è da effettuare entro il 04/05/2018:**

inviando il modulo via fax 011.56.98.958 oppure tramite

e-mail all'indirizzo: [corsi@farmapiemonte.org](mailto:corsi@farmapiemonte.org)

Cordiali saluti,

IL PRESIDENTE

dott. Paolo PRINO

Scheda di rilevamento dati

**“Parkinson/Alzheimer: presa in carico del paziente politrattato”**

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 9 Maggio 2018– TORINO

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito tel. o cellulare \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

**PROFESSIONE:**

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza \_\_\_\_\_

Iscr./Ordine/

di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.**

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____	RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____	CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____	P.IVA _____

**NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.**