

Circ. n. 67/2017
Prot. n. 108/2017/PP/sr

Torino, 22 Marzo 2017

**A TUTTE LE FARMACIE
DELLA CITTA'
METROPOLITANA DI TORINO
LORO INDIRIZZI**

OGGETTO: EDUCAZIONE CONTINUA - SEGNALAZIONE EVENTI

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 il seguente evento formativo:

“Cannabis ad uso medico: aspetti farmacologici, clinici e normativi”

OBIETTIVO:

A seguito dell'inizio della commercializzazione in Italia della sostanza attiva a base di cannabis denominata Cannabis FM-2, prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM) è stata ravvisata la necessità di fornire ulteriori informazioni ai medici e ai farmacisti sul prodotto, per la prescrizione magistrale, in quanto agli aspetti farmacologici ed al razionale dell'uso clinico.

In considerazione delle evidenze scientifiche fino ad ora prodotte, che saranno aggiornate ogni due anni dal Ministero della salute, si può affermare che l'uso medico della cannabis non può essere considerato una terapia propriamente detta, bensì un trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard, quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati o hanno provocato effetti secondari non tollerabili o necessitano di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali.

Gli impieghi di cannabis ad uso medico riguardano solo alcune patologie e secondo quanto previsto dai 9 novembre 2015 le Regioni e le Province Autonome dovranno fornire all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) annualmente (trimestralmente per i primi 24 mesi) i dati aggregati per età e sesso dei pazienti trattati con preparazioni magistrali a base di cannabis.

PROGRAMMA:

Ore 19.45-20.00: Registrazione dei partecipanti

Ore 20.00-21.00: Inquadramento farmacologico dei principi attivi cannabinoidi, **M. Collino**

Ore 21.00-22.00: Razionale d'uso in terapia, **R. Torta**

Ore 22.00-23.00: Cannabis ad uso medico: aspetti normativi e prodotti disponibili in commercio,

P. Brusa

Ore 23.00-24.00: Tavola rotonda, tutti i relatori

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 26 Aprile 2017

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

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

Il costo dell'iscrizione è pari a € **15,00** esente IVA.

La partecipazione, è limitata ai primi 100 laureati in Farmacia/CTF e Medici Chirurghi, consentirà l'acquisizione di **4 crediti ECM**.

L'iscrizione al corso è obbligatoria ed è da effettuare entro il 14/04/2017:

inviando il modulo via fax 011.56.98.958 oppure tramite

e-mail all'indirizzo: corsi@farmapiemonte.org

Cordiali saluti,

L'AMMINISTRATORE DELEGATO

Dott. Davide COCIRIO

IL PRESIDENTE

dott. Paolo PRINO

Scheda di rilevamento dati

“Cannabis ad uso medico: aspetti farmacologici, clinici e normativi”

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 26 Aprile 2017– 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

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.

DATA _____ FIRMA _____

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.