



federfarma

**federazione nazionale unitaria
dei titolari di farmacia italiani**

LA SFIDA DELLA TUTELA DELLA SALUTE TRA NUOVE ESIGENZE DEL SISTEMA SANITARIO E OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA

INDAGINE CONOSCITIVA PROMOSSA DALLE COMMISSIONI RIUNITE BILANCIO E AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

ROMA, 8 LUGLIO 2013

Il servizio farmaceutico oggi

In Italia operano circa **18.000 farmacie, una ogni 3.374 abitanti**, dato perfettamente in linea con la media europea; il numero delle farmacie, peraltro, è destinato ad aumentare in misura sensibile a seguito dei concorsi banditi in tutte le Regioni in attuazione del DL Cresci-Italia. Le farmacie sono **presenti su tutto il territorio nazionale**, dalla grande città al piccolo centro rurale, e forniscono ovunque uno standard di servizio omogeneo.

Nelle farmacie italiane operano **50.000 farmacisti** che sono a disposizione dei cittadini 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Le farmacie, per legge, sono **tutte convenzionate con il SSN**. Le farmacie, inoltre, sono **informatizzate e collegate in rete**: ciò permette di **monitorare i consumi di farmaci e la spesa farmaceutica convenzionata**, ma anche di **erogare servizi** per via telematica su tutto il territorio nazionale, anche nei centri minori, serviti dalle **farmacie rurali**, dove tali servizi assumono ancora maggiore rilievo per i cittadini. Al di là dell'ordinaria attività di **farmacovigilanza**, i programmi di **allerta rapido** consentono alle farmacie di ritirare dal mercato, nel giro di poche ore, qualsiasi farmaco o prodotto rivelatosi dannoso per la salute.

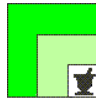
Grazie a queste caratteristiche le farmacie sono un **importante punto di riferimento per i cittadini** non solo per la dispensazione dei farmaci, ma anche per l'erogazione di servizi aggiuntivi e la fornitura di consulenza e informazione sul corretto uso dei medicinali, sulla salute in generale e sui servizi sanitari presenti sul territorio.

La situazione economica delle farmacie

Le farmacie hanno sempre garantito un servizio efficiente e di qualità elevata, ma il progressivo peggioramento della loro situazione economica, in assenza di interventi correttivi non consentirà più di mantenere gli attuali standard di servizio.

La stampa, nelle scorse settimane, ha riportato le notizie dei primi **fallimenti** di farmacie. I distributori intermedi di farmaci, per la prima volta, registrano numerosi insoluti da parte delle farmacie: i loro dati dimostrano che sono circa 3.000 le farmacie in difficoltà economica e 600 quelle a rischio fallimento. Particolarmente difficile la situazione delle **piccole farmacie rurali**.

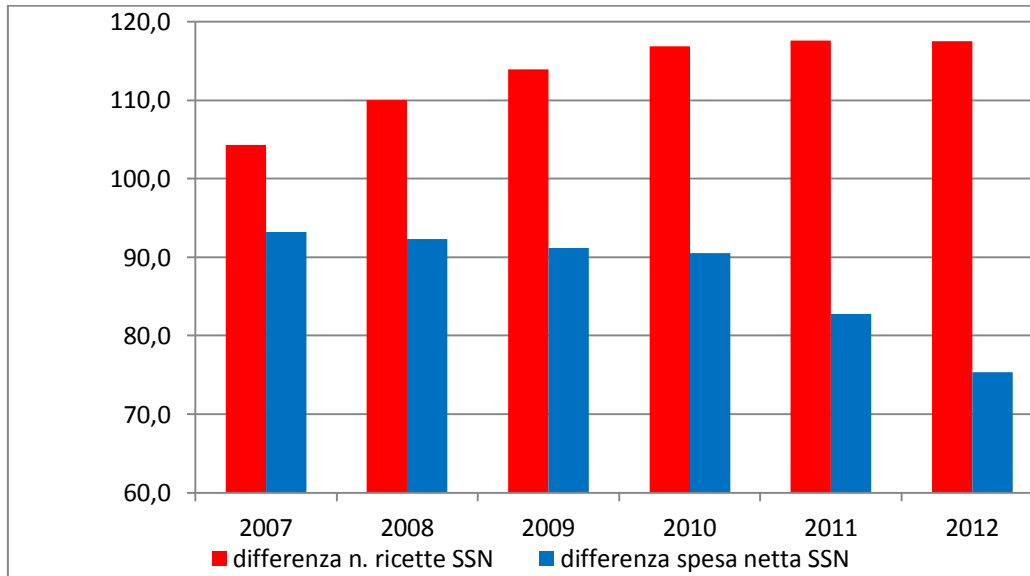
Ciò è dovuto, innanzitutto, al fatto che **la spesa farmaceutica convenzionata SSN è in costante calo ormai da 6 anni (dal 2007 al 2012: -19,2%), calo che prosegue nei primi mesi del 2013**. L'attuale livello di spesa in valore assoluto è inferiore a quello del 2001. **Nessun'altra voce della**



sanità ha fatto registrare un andamento decrescente di questa portata, come dimostra la tabella pubblicata nella pagina successiva, a cura della Ragioneria generale dello Stato, da cui risulta anche come altre voci (ad esempio l'acquisto di beni) siano invece in costante aumento, a causa del ricorso crescente all'acquisto e alla distribuzione diretta di medicinali da parte delle ASL.

Peraltro, il calo della spesa convenzionata si verifica in un contesto caratterizzato da un aumento del numero delle ricette: si prescrivono più farmaci ma di prezzo mediamente più basso (-22% dal 2007 al 2012).

Andamento spesa e numero ricette 2007-2012 (fatto 100 il dato 2006)



I **medicinali equivalenti** con le progressive scadenze dei brevetti di farmaci e grazie anche al supporto garantito dalle farmacie, hanno superato ormai i due terzi delle confezioni erogate in regime di SSN per una spesa superiore al 46% del totale della convenzionata SSN.

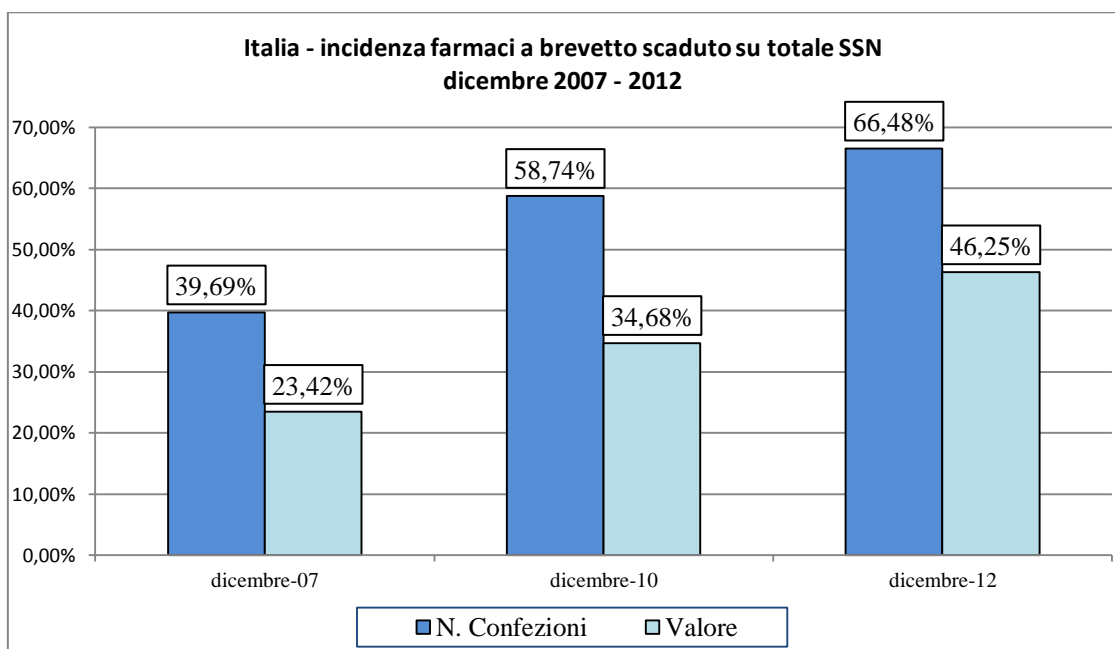
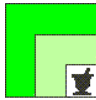


Tabella 2 - Spesa sanitaria in termini di P.A. - anni 2000-2012 (valori in milioni di euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	var % 2000-2006	var % 2006-2010	var % 2010-2012
Spesa sanitaria	67.752	74.897	79.427	81.990	90.237	96.500	101.754	102.220	108.891	110.474	112.526	111.593	110.842	7,0%	2,5%	-0,8%
var %	11,9%	10,5%	6,0%	3,2%	10,1%	6,9%	5,4%	0,5%	6,5%	1,5%	1,9%	-0,8%	-0,7%			
Personale	27.337	28.913	29.737	30.048	32.947	34.281	36.992	35.110	38.559	37.361	38.346	37.253	36.708	5,2%	0,9%	-2,2%
% sulla spesa	40,3%	38,6%	37,4%	36,6%	36,5%	35,5%	36,4%	34,3%	35,4%	33,8%	34,1%	33,4%	33,1%			
var %	9,4%	5,8%	2,8%	1,0%	9,6%	4,0%	7,9%	-5,1%	9,8%	-3,1%	2,6%	-2,9%	-1,5%			
Beni e Servizi (ivi compresi i farmaci ospedalieri)	12.964	14.128	15.477	16.621	18.599	20.585	21.909	23.785	25.737	27.407	27.937	29.001	29.685	9,1%	6,3%	3,1%
% sulla spesa	19,1%	18,9%	19,5%	20,3%	20,6%	21,3%	21,5%	23,3%	23,6%	24,8%	24,8%	26,0%	26,8%			
var %	6,9%	9,0%	9,5%	7,4%	11,9%	10,7%	6,4%	8,6%	8,2%	6,5%	1,9%	3,8%	2,4%			
Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market	25.546	29.541	31.263	32.227	35.286	37.563	38.529	38.835	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578	7,1%	1,8%	-2,1%
% sulla spesa	37,7%	39,4%	39,4%	39,3%	39,1%	38,9%	37,9%	38,0%	36,4%	36,9%	36,7%	36,2%	35,7%			
var %	17,6%	15,6%	5,8%	3,1%	9,5%	6,5%	2,6%	0,8%	2,0%	3,0%	1,2%	-2,2%	-2,0%			
di cui:																
- Farmaceutica convenzionata	8.743	11.661	11.723	11.096	11.988	11.849	12.334	11.543	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145	5,9%	-3,0%	-8,5%
% sulla spesa	12,9%	15,6%	14,8%	13,5%	13,3%	12,3%	12,1%	11,3%	10,3%	10,0%	9,7%	8,8%	8,3%			
var %	18,6%	33,4%	0,5%	-5,3%	8,0%	-1,2%	4,1%	-6,4%	-2,7%	-2,0%	-0,8%	-9,6%	-7,3%			
- Medicina di base	4.019	4.505	4.613	4.795	5.020	6.453	5.930	6.076	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736	6,7%	4,2%	-1,8%
% sulla spesa	5,9%	6,0%	5,8%	5,8%	5,6%	6,7%	5,8%	5,9%	5,6%	6,3%	6,2%	6,0%	6,1%			
var %	7,6%	12,1%	2,4%	3,9%	4,7%	28,5%	-8,1%	2,5%	0,0%	14,3%	0,5%	-3,7%	0,2%			
- Altre prestazioni da privato	12.784	13.375	14.927	16.336	18.278	19.261	20.265	21.216	22.302	22.863	23.419	23.820	23.697	8,0%	3,7%	0,6%
% sulla spesa	18,9%	17,9%	18,8%	19,9%	20,3%	20,0%	19,9%	20,8%	20,5%	20,7%	20,8%	21,3%	21,4%			
var %	20,4%	4,6%	11,6%	9,4%	11,9%	5,4%	5,2%	4,7%	5,1%	2,5%	2,4%	1,7%	-0,5%			
Altre componenti di spesa	1.905	2.315	2.950	3.094	3.405	4.071	4.324	4.490	4.988	4.897	4.927	4.933	4.871	14,6%	3,3%	-0,6%
% sulla spesa	2,8%	3,1%	3,7%	3,8%	3,8%	4,2%	4,2%	4,4%	4,6%	4,4%	4,4%	4,4%	4,4%			
var %	9,7%	21,5%	27,4%	4,9%	10,1%	19,6%	6,2%	3,8%	11,1%	-1,8%	0,6%	0,1%	-1,3%			





Il calo della spesa farmaceutica convenzionata è dovuto ai continui tagli sulla farmaceutica convenzionale ed all'aumento delle trattenute alle farmacie. Queste ultime, infatti, oltre alle trattenute per fasce di prezzo (dal 3,75% sui farmaci di prezzo più basso al 19% sui medicinali più costosi), hanno dovuto subire negli ultimi anni, di volta in volta, oneri aggiuntivi (1,4% nel 2009; 1,82% dal 2010 aumentato al 2,25% dal luglio 2012), che hanno azzerato il margine reale sui medicinali SSN.

Dopo le penalizzazioni subite negli anni passati, la farmacia ha bisogno di un periodo di stabilità economica e normativa per poter programmare attività e investimenti per potenziare il servizio e contribuire così allo sviluppo del Paese.

La distribuzione diretta: costi da verificare ...

Il calo della spesa farmaceutica convenzionata è correlato anche al contestuale aumento della spesa per farmaci acquistati da ospedali e ASL e distribuiti direttamente ai cittadini.

Si tratta di una forma di distribuzione dei medicinali **che sfrutta le condizioni di acquisto più favorevoli previste per le strutture sanitarie pubbliche**, che riguardano, però, **ormai unicamente i medicinali di uso consolidato**, in quanto **le aziende produttrici sui farmaci innovativi e costosi non praticano condizioni di particolare favore nei confronti delle ASL.**

Al di là dei possibili vantaggi sul fronte dell'acquisto, la distribuzione diretta **presenta comunque costi aggiuntivi rilevanti** (personale, gestione, magazzino, farmaci scaduti) non evidenziati nelle valutazioni sull'effettiva convenienza di tale modalità distributiva.

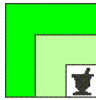
Solo di recente sono stati diffusi da parte della SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera) alcuni dati parziali riguardanti i costi sostenuti dall'ospedale Molinette di Torino per la distribuzione di medicinali ad assistiti non ricoverati.

Tali dati sono stati diffusi, peraltro, solo a seguito della pubblicazione di uno **studio voluto da Federfarma e curato dal CREF** (Centro Ricerche Economia e Formazione), dal quale sono emersi, per la ASL n. 1 Triestina, nel 2010, rilevanti oneri aggiuntivi derivanti dalla distribuzione diretta (+30% di costi, pari mediamente a 20 euro a confezione, da sommare al costo di acquisto).

In realtà, al di là dei costi reali che devono essere adeguatamente contabilizzati ed evidenziati, qualsiasi confronto tra distribuzione diretta e distribuzione tramite le farmacie deve tenere conto dell'**impatto sui pazienti**: una cosa è poter accedere a un solo punto di distribuzione, aperto poche ore la settimana; un'altra è avere a disposizione una pluralità di punti di dispensazione, accessibili 24 ore su 24, presenti in modo capillare sull'intero territorio (anche nei piccoli centri), che garantiscono consulenza, monitoraggio, farmacovigilanza e altri servizi aggiuntivi rispetto alla pura e semplice consegna dei farmaci. **La valutazione sull'efficacia dell'una o dell'altra forma di distribuzione non deve essere quindi basata solamente su considerazioni di tipo contabile, ma riguardare anche la qualità del servizio offerto sia al cittadino che alla pubblica amministrazione.**

... e mancato rispetto dei LEA

Infatti, **la distribuzione diretta dei medicinali incide in modo fortemente negativo sui Livelli Essenziali di Assistenza.** In alcune zone del territorio, soprattutto nelle aree rurali, i pazienti sono



costretti a percorrere anche centinaia di chilometri per usufruire del loro diritto a essere curati e per poter ritirare presso le strutture pubbliche i medicinali di cui hanno bisogno. I pazienti o i loro familiari sono quindi sottoposti a pesanti **disagi**, a **costi** non indifferenti e a **perdite di ore di lavoro**, che gravano sull'intera collettività. Sostanzialmente, il costo della distribuzione dei medicinali viene scaricato sui cittadini. A pagarne le spese in misura più pesante sono **le persone anziane** che hanno maggiori difficoltà a spostarsi e in particolare quelle che abitano nei centri minori, lontani dalle città e dai presidi sanitari pubblici.

Le differenti modalità adottate sul territorio per la distribuzione di determinate categorie di medicinali (distribuzione diretta o distribuzione in farmacia) **sottopongono i cittadini a un trattamento differenziato a seconda della ASL di appartenenza**, anche all'interno della stessa Regione.

Uno **studio** realizzato da Federfarma nel 2009 "Unitarietà del sistema farmaceutico e Livelli Essenziali di Assistenza" ha evidenziato in modo molto chiaro la **differenziazione delle modalità di accesso al farmaco sul territorio**, prendendo in considerazione sia **singoli principi attivi** sia i farmaci che concorrono al trattamento di determinate **patologie** (vedi mappe a seguire: il colore più chiaro individua le Regioni con una prevalente distribuzione in farmacia, il colore più scuro quelle con un maggior ricorso alla distribuzione diretta).

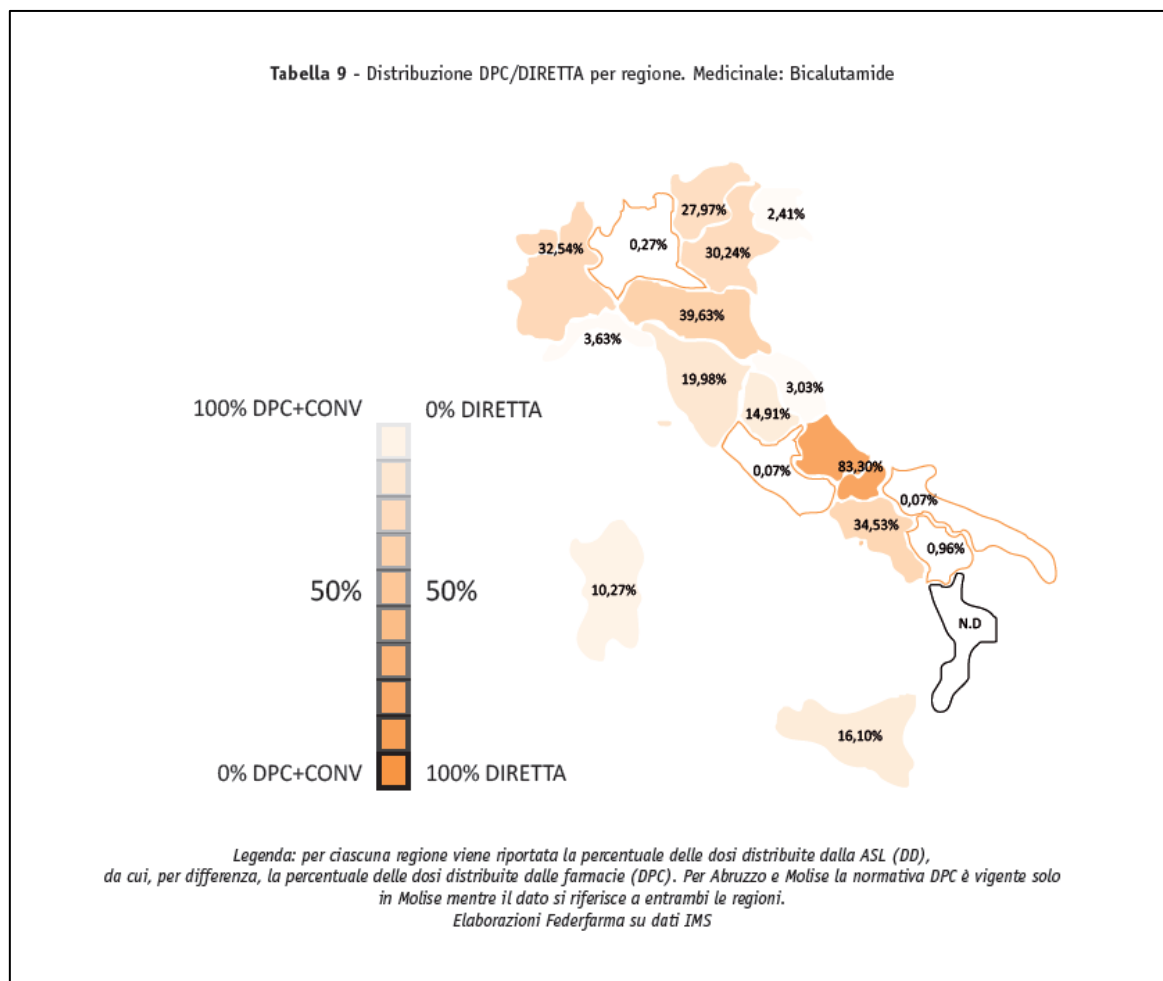
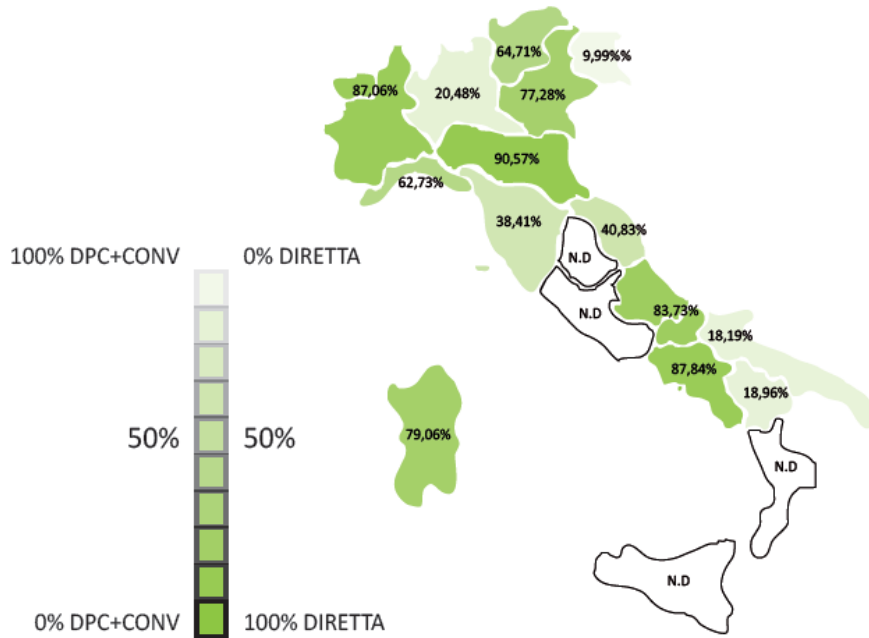




Tabella 12 - Distribuzione DPC/DIRETTA per regione. Medicinale: Epoetine



Legenda: per ciascuna regione viene riportata la percentuale delle dosi distribuite dalla ASL (DD), da cui, per differenza, la percentuale delle dosi distribuite dalle farmacie (DPC). Per Abruzzo e Molise la normativa DPC è vigente solo in Molise mentre il dato si riferisce a entrambi le regioni.
Elaborazioni Federfarma su dati IMS

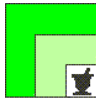
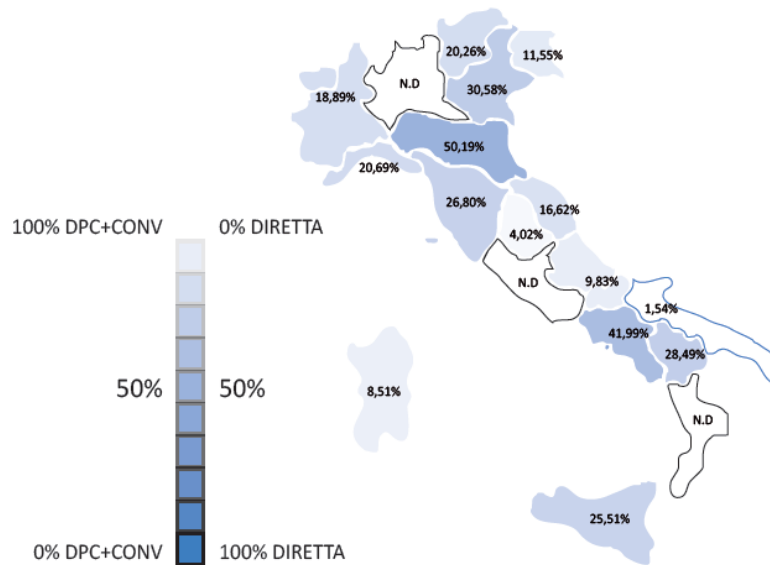


Tabella 13 - Distribuzione DPC/DIRETTA per regione. Malattia di Alzheimer



Legenda: per ciascuna regione viene riportata la percentuale delle dosi distribuite dalla ASL (DD), da cui, per differenza, la percentuale delle dosi distribuite dalle farmacie (DPC). Per Abruzzo e Molise la normativa DPC è vigente solo in Molise mentre il dato si riferisce a entrambi le regioni.
Elaborazioni Federfarma su dati IMS

La complessità dello studio basato anche su dati resi disponibili da altri enti non ne ha reso possibile un aggiornamento costante. E' però chiaro che la situazione descritta non può che essere peggiorata in termini di disomogeneità dell'assistenza. Si consideri che nel 2008 la spesa ospedaliera (utilizzo interno + diretta + DPC) era pari a 4 miliardi di euro. A dicembre 2012 la stessa spesa è stata di più di 7 miliardi. Nella tabella sottostante (fonte AIFA) sono poste a confronto la spesa farmaceutica convenzionale e la spesa ospedaliera (utilizzo interno + diretta + DPC) per gli anni 2007 – 2012. E' evidente che la forbice si è decisamente allargata.

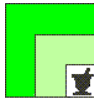


Tabella 16. Spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata nei periodi gennaio-dicembre 2012, rispetto agli stessi periodi del 2011, 2010, 2009 e 2008

Periodo	Convenzionata*		Non convenzionata^		Totale	
	Valore	Δ %	Valore	Δ %	Valore	Δ %
gen-dic 2007	11.493.117.399		4.039.164.726		15.532.282.125	
gen-dic 2008	11.385.714.174	-0,9%	4.819.748.094	19,3%	16.205.462.268	4,3%
gen-dic 2009	11.193.345.666	-1,7%	5.612.177.227	16,4%	16.805.522.893	3,7%
gen-dic 2010	11.058.221.946	-1,2%	6.226.125.764	10,9%	17.284.347.710	2,8%
gen-dic 2011	10.022.565.890	-9,4%	6.713.856.349	7,8%	16.736.422.239	-3,2%
gen-dic 2012	8.985.506.678	-10,3%	7.136.795.554	6,3%	16.122.302.231	-3,7%

* Spesa a carico del SSN per farmaci erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico

^ Spesa farmaceutica rilevata attraverso la tracciabilità del farmaco e relativa alla spesa per farmaci a carico del SSN erogata sia all'interno dei reparti ospedalieri sia erogati in distribuzione diretta e per conto. La spesa per vaccini non è compresa nell'analisi.

Va anche considerato che, proprio la necessità di cercare di ridurre i disagi per i cittadini, induce i presidi pubblici a **consegnare ai pazienti ingenti quantitativi di medicinali necessari alla terapia, per evitare di sottoporli a continui spostamenti**. In tutti i casi, non infrequenti, in cui il paziente debba sospendere o modificare la terapia, le confezioni consegnate restano inutilizzate e vanno sprecate. Trattandosi di medicinali spesso anche costosi, tale spreco determina rilevanti costi per il bilancio pubblico.

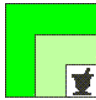
Appare quindi necessario chiarire che le modalità di accesso ai medicinali rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, in quanto esse incidono sulla qualità del servizio reso ai cittadini.

Rivedere le modalità di classificazione dei medicinali

La distribuzione diretta dei medicinali sembra ormai basarsi su **motivazioni esclusivamente contabili e non legate a specifiche caratteristiche dei medicinali stessi** (ad esempio, la necessità di particolari cautele al momento della somministrazione, da effettuarsi sotto controllo medico). Un caso esemplare è quello dei nuovi farmaci antitumorali che vengono assunti per via orale e non richiedono attenzioni specifiche da parte dei pazienti.

La stessa **AIFA**, nelle delibere con cui ha recentemente inserito nel PHT (prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio, che contiene i medicinali distribuibili direttamente dalle ASL in rapporto alla necessità di un monitoraggio terapeutico) farmaci come le **eparine** e farmaci a base di **teriparatide**, ha **addotto solo una secca motivazione economica**. Per tale motivo, queste delibere sono state ritenute illegittime dal TAR Lazio.

È quindi necessaria una **revisione su basi scientifiche sia del PHT sia delle delibere regionali che hanno individuato i medicinali oggetto di distribuzione diretta**, al fine di verificare se sussistano motivazioni di tipo terapeutico e assistenziale per il ricorso alla distribuzione da parte di strutture



sanitarie pubbliche. Il **PHT**, inoltre, che oggi è uno strumento rigido, **dovrebbe avere maggiore flessibilità** sia in ingresso che in uscita: vi dovrebbero essere inseriti i medicinali innovativi che richiedono un attento monitoraggio e dovrebbero via via uscirne i prodotti di uso consolidato che non hanno più bisogno di specifiche attività di controllo in fase di somministrazione.

Modificare il sistema di remunerazione delle farmacie

Proprio nell'ottica di rendere più conveniente la distribuzione in farmacia dei medicinali innovativi ad alto costo, il Parlamento, **nella scorsa Legislatura aveva approvato una norma, nell'ambito del DL sulla spending review, che puntava all'introduzione di un nuovo meccanismo di remunerazione della farmacia**, basato su una quota fissa per confezione e una ridotta quota percentuale. Tale soluzione è applicata con ottimi risultati in diversi altri Paesi europei (Germania, Francia, Belgio, Svizzera).

Purtroppo tale riforma è rimasta bloccata a seguito dei rilievi formulati dai Ministeri dell'economia e della salute all'accordo raggiunto dalle organizzazioni di farmacie e grossisti con l'AIFA il 16 ottobre 2012, secondo quanto previsto dal DL spending review. Tali rilievi potranno essere superati grazie alla **proroga della scadenza del termine del 30 giugno 2013 per l'entrata in vigore del nuovo sistema**, prevista dal Governo Letta con apposito DPCM in corso di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, che consentirà di far ripartire il confronto sulla riforma della remunerazione.

In tal modo potranno essere raggiunti obiettivi importanti, quali:

1. **ridare centralità al medico di medicina generale e alla farmacia** nel processo di assistenza territoriale;
2. **estendere la completa tracciabilità** ed il governo della spesa anche ai farmaci attualmente in distribuzione diretta, grazie al monitoraggio garantito dalle farmacie;
3. **rafforzare il rapporto delle farmacie con il territorio**, nel quadro di un progressivo spostamento di competenze/risorse dall'ospedale al territorio;
4. valorizzare l'attività delle farmacie nell'ottica di una **maggior attenzione al paziente**, mediante l'attivazione di **nuovi servizi** volti alla realizzazione di risparmi per il SSN ricorrendo a tutte le potenzialità professionali, tecnologiche e strutturali delle quali la farmacia dispone;
5. garantire il **mantenimento, nel tempo, del livello di efficienza delle farmacie**, senza aggravii di spesa per il SSN.

Le farmacie ritengono, quindi, indispensabile una revisione degli elenchi dei medicinali oggetto di distribuzione diretta da parte delle ASL, al fine di verificare se sussistono motivazioni di carattere terapeutico che ne giustificano l'erogazione da parte delle strutture sanitarie pubbliche, e che venga completato il processo di riforma della remunerazione delle farmacie, rendendo così più conveniente la distribuzione in farmacia dei medicinali innovativi ad alto costo.

Il contributo delle farmacie alla sostenibilità del sistema



Le farmacie possono dare un ulteriore contributo alla sostenibilità del sistema, anche attivando le **prestazioni di alto valore sociale e sanitario**, previste dalla **normativa sui nuovi servizi in farmacia**, di cui alla legge n. 69/2009 e al decreto legislativo attuativo n. 153/2009.

In estrema sintesi, la nuova normativa prevede il **coinvolgimento della farmacia nei seguenti servizi**:

- Assistenza domiciliare integrata;
- Offerta di prestazioni, in farmacia e a domicilio, di altri operatori socio-sanitari come infermieri e fisioterapisti;
- Iniziative per favorire il corretto uso dei farmaci e il monitoraggio delle terapie, particolarmente iper garantire l'aderenza dei pazienti alle terapie, ottenere così i migliori risultati terapeutici e ridurre gli sprechi;
- Programmi di educazione sanitaria e prevenzione, anche attraverso screening di massa;
- test diagnostici di prima istanza, per monitorare lo stato di salute della popolazione;
- prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici tramite CUP, con pagamento del ticket e ritiro del referto in farmacia.

Tali servizi potranno essere erogati in regime di SSN su tutto il territorio nazionale, una volta che sarà rinnovata la **convenzione farmaceutica nazionale**, cioè l'accordo che regola i rapporti tra farmacie e SSN, al quale il dlgs n. 153/2009 ha demandato la definizione delle modalità applicative delle nuove prestazioni aggiuntive erogabili in farmacia.

Attualmente, alcuni servizi (come le prenotazioni tramite CUP) sono erogati sul territorio sulla base di specifici **accordi locali** con singole Regioni o ASL, altri (come i test diagnostici automatici) vengono forniti dalle farmacie con **oneri, di entità assai contenuta, a carico dei cittadini**.

Favorire una diffusione di tali servizi sull'intero territorio nazionale sarebbe un importante contributo a favore **dell'omogeneità del servizio sanitario e consentirebbe di superare, almeno in parte, le differenziazioni oggi esistenti**.

I nuovi servizi, inoltre, potranno dare un contributo significativo a **garantire la sostenibilità del sistema**, in quanto i cittadini potranno accedere a prestazioni di alto valore socio-sanitario tramite la farmacia sotto casa e ciò consentirà di **fare un passo avanti in direzione della territorializzazione della sanità**. Tale sviluppo è particolarmente importante in questa fase di grande criticità dal punto di vista economico che costringe la pubblica amministrazione a ridurre le prestazioni (soprattutto sul versante ospedaliero), con il rischio di privare i cittadini di servizi essenziali.

Il SSN, grazie all'intervento della farmacia che deve operare in stretta sinergia e a supporto dei medici di medicina generale, potrà **ridurre i costi di erogazione di servizi oggi spesso garantiti in modo frammentario e con oneri non sempre precisamente verificabili**. Le prestazioni sanitarie saranno sottoposte a un attento monitoraggio, grazie alla collaborazione della rete informatizzata delle farmacie, favorendo così una serie opera di razionalizzazione della spesa, di cui tanto si è parlato ma che finora si è concretizzata più che altro in tagli alle varie voci di spesa.



Le farmacie ritengono, quindi, indispensabile l'avvio delle trattative per il rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, al fine di dare concreta attuazione alla farmacia dei servizi che potrà dare un contributo concreto al processo di potenziamento dell'assistenza territoriale e di avvicinamento della sanità ai cittadini, senza oneri aggiuntivi per il sistema. Infatti, la remunerazione delle farmacie per i nuovi servizi dovrà essere calcolata sulla base dei risparmi ottenuti dal SSN grazie all'intervento delle farmacie stesse e alla conseguente razionalizzazione delle attività oggi svolte dalle ASL.