

**Audizione presso la Commissione XII “Affari sociali”
della Camera dei Deputati
in merito alla Proposta di
Piano nazionale di ripresa e resilienza
(Doc. XXVII, n. 18)**

*Audizione della
Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani*

*Luigi d’Ambrosio Lettieri
Vice Presidente*

Roma, 3 febbraio 2021

1. Premessa

La Federazione degli Ordini, in via preliminare, desidera ringraziare il Presidente e tutti i Componenti della Commissione XII della Camera dei Deputati per il cortese invito a formulare le proprie considerazioni sull'importante tematica oggetto della presente audizione.

La possibilità di esprimere, in sede parlamentare, il punto di vista dei farmacisti su un documento di cruciale importanza, nel momento storico attuale, per la ripresa del Paese rappresenta, senza dubbio, un'apprezzata occasione per compiere un'approfondita riflessione su aspetti di fondamentale interesse per la professione ed il servizio farmaceutico italiano.

Considerato il valore programmatico del documento e le conseguenti determinazioni sull'allocazione delle risorse, si ritiene opportuno formulare le seguenti riflessioni.

2. Considerazioni generali

La definizione a livello nazionale di standard riproducibili nelle variegata realtà regionali, che presentano spesso disomogeneità normative e organizzative nei diversi contesti sanitari, risulta senza dubbio un'operazione complessa.

Lo scenario di contenimento della spesa (con molte Regioni in piano di rientro) ha determinato, inoltre, drastiche misure di ridimensionamento della spesa pubblica con conseguente rimodulazione degli assetti organizzativi, delle reti ospedaliere e distrettuali, evidenziando, di fatto, scenari organizzativi e assistenziali diversi e in continua evoluzione.

Ad esacerbare tale quadro di contesto, è sopraggiunta un'emergenza sanitaria grave quale quella che ha colpito l'Italia – e, più, in generale, il mondo intero – che ha imposto un ripensamento dell'organizzazione di numerosi settori ed ambiti di attività ed, in particolare, di quello dell'assistenza sanitaria ai cittadini che tenga conto del variegato e complesso scenario di riferimento nel quale la professione è chiamata a fornire il proprio contributo.

E' indubbio che in questa situazione occorre, in via preliminare, considerare le variabili demografiche registrate in Italia negli ultimi anni che hanno messo in evidenza fenomeni rilevanti: progressivo calo della natalità, aspettativa di vita in costante aumento e tendenziale invecchiamento della popolazione.

Le recenti proiezioni di EUROSTAT (*fig.1*) “*Ageing Europe -Looking at the lives of older people in the EU*” (*Invecchiamento in Europa, uno sguardo alla vita degli anziani nell'UE, seconda edizione settembre 2020*) indicano che la tendenza globale all'invecchiamento della popolazione dell'UE aumenterà in futuro ed è particolarmente accentuata nel nostro Paese. I dati confermano come l'Italia abbia, nel 2019 e in proiezione nel 2050, la popolazione più longeva d'Europa, con quasi 14 milioni di anziani over 65 a fronte di circa 60 milioni di residenti, pari al 22.7% del totale della popolazione a fronte del 19.8% della media dell'Ue.

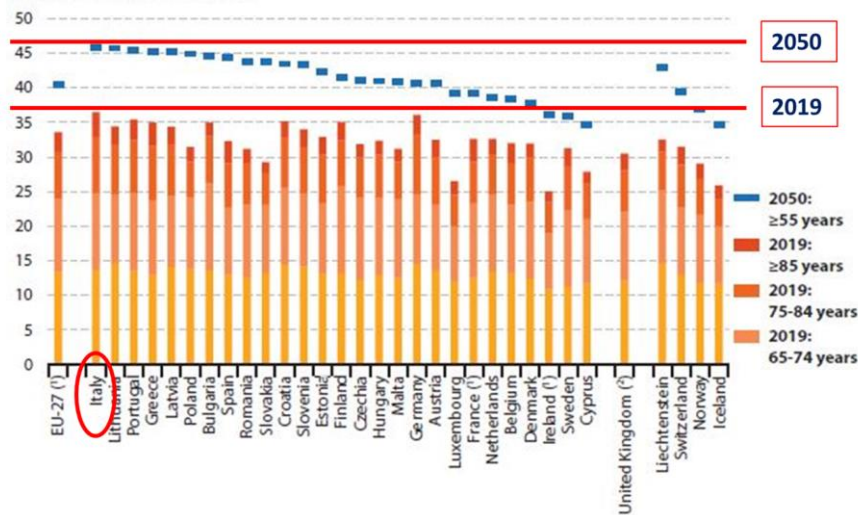


fig.1 Fonte: Eurostat 2020
 “Ageing Europe -Looking at the lives of older people in the EU”
 Persone di età > 55, per classe di età, 2019 e 2050 (quota% della popolazione totale)

Sotto il profilo demografico, secondo il Rapporto Istat di febbraio 2020 “Indicatori demografici anno 2019” (fig.2), nella popolazione italiana si è assistito ad un incremento dell’aspettativa di vita che negli uomini è passata da anni 78.1 del 2005 a 81 nel 2019 (+2,9) e nelle donne da anni 83,7 nel 2005 a 85,3 nel 2019 (+1,6).



fig.2 Fonte: ISTAT “Indicatori demografici anno 2019”

Se l’Italia è tra i primi posti in Europa per aspettativa di vita alla nascita, si colloca al di sotto della media europea per quanto riguarda gli anni vissuti in buona salute. E’ quanto si evince dal documento “Statistiche sugli anni di vita vissuta in buona salute” - EUROSTAT del 2018 (dati estratti a marzo 2020), dal quale emerge che l’Italia è settima in Europa per aspettativa di vita in buona salute sia per gli uomini sia per le donne - dopo Svezia, Malta, Norvegia, Islanda, Irlanda e Spagna (fig.3).

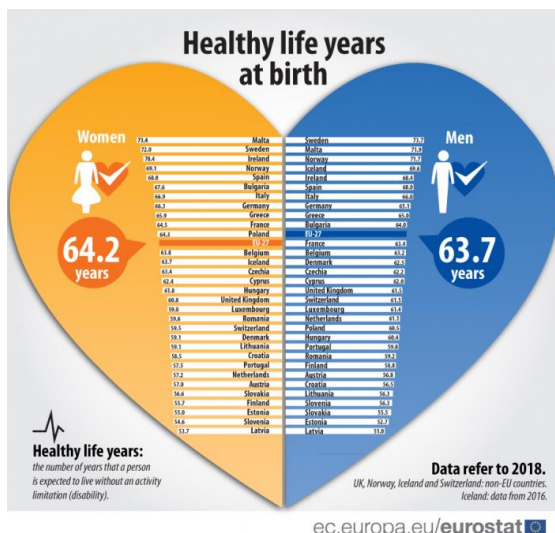


fig.3 Fonte: Eurostat 2018
 “Statistiche sugli anni di vita in buona salute”
 Dati estratti a marzo 2020

Secondo quanto riportato da un recente studio del XV Meridiano Sanità - The European House 2020 - Ambrosetti, l'invecchiamento è accompagnato da un aumento di anni vissuti non in buona salute: nel 2010 un italiano che viveva mediamente 82,5 anni, trascorreva 19,4 anni «non in buona salute», nel 2030 un italiano che vivrà mediamente 85,6 anni, potrebbe trascorrere 30,6 anni non in buona salute. Le criticità aumentano in modo esponenziale con l'età: a 55 anni, più di 1 persona su 2 ha almeno una patologia cronica, mentre nella popolazione con più di 75 anni tale incidenza cresce fino a riguardare più di 8 persone su 10 (fig.5).

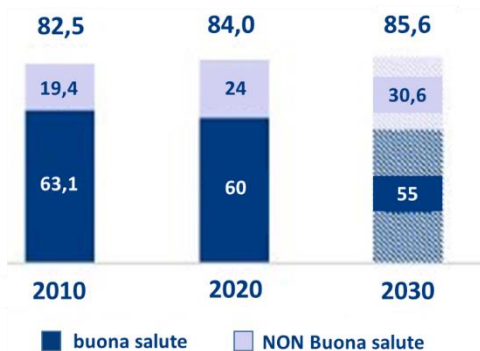


fig.4

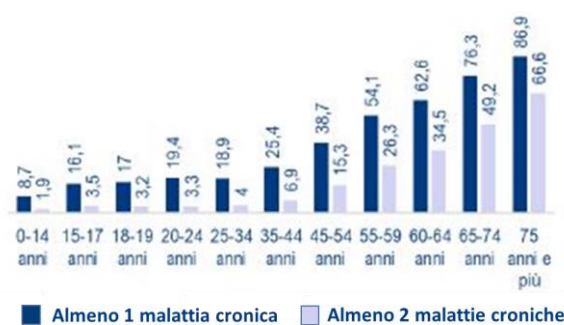


fig.5

fig.4-5 Fonte: XV Meridiano Sanità' The European House 2020-Ambrosetti su dati Eurostat e OCSE

E' evidente che con l'aumento della sopravvivenza e parallelamente dell'invecchiamento della popolazione, si è avuto un incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso co-presenti nello stesso individuo. In quest'ottica, il tema della cronicità rappresenta uno degli aspetti più rilevanti nell'agenda del decisore politico e di tutti gli stakeholder.

Secondo quanto riportato sul sito del Ministero della Salute, oltre 14 milioni di persone in Italia convivono con una patologia cronica e di questi 8,4 milioni sono ultra 65enni. Sono proprio loro, i pazienti doppiamente fragili per età e per patologie pregresse, che sono maggiormente esposti al rischio di contagio da Covid-19.

Ciò naturalmente determina problemi sotto il profilo economico. Come è noto, i costi della cronicità assorbono circa il 75% del Fondo sanitario nazionale e un

soggetto di età superiore ai 65 anni ha un livello di incidenza sulla spesa che è 4 volte superiore a quello medio procapite. Per quanto attiene il collegamento tra spesa sanitaria e spesa farmaceutica è necessario ricordare come è proprio nella fascia di età dagli over 65 in su che si determina il 62,8% circa dell'intera spesa farmaceutica complessiva.

Indubbiamente, l'aumento dell'aspettativa di vita ha portato a una maggiore incidenza di patologie croniche e, conseguentemente, una maggiore necessità di terapie farmacologiche a lungo termine. Se si considera che il 55% degli italiani affetti da patologia cronica non è aderente alla terapia se solo si svolgesse una attività ancora più intensa a sostegno della aderenza alle terapie, si potrebbero generare degli importanti risparmi -stimati in svariati miliardi- a beneficio della sostenibilità futura dei sistemi sanitari.

Il tema del ricorso alla ospedalizzazione dei pazienti cronici che non hanno forme di acuzie rappresenta uno dei capitoli che grava maggiormente sulla spesa sanitaria e che potrebbe essere certamente evitabile. In tal senso, un importante documento di visione prospettica dell'assistenza sanitaria in termini di programmazione per la gestione della cronicità è il Piano Nazionale della Cronicità del 2016, il cui impegno delle risorse umane, gestionali, economiche, di tipo diretto ed indiretto, evidenzia la necessità di un potenziamento della capacità dei servizi territoriali di prendersi carico dei pazienti non soltanto aumentando il numero delle persone assistite, ma anche migliorando la qualità e le prestazioni nei luoghi di prossimità.

3. Sviluppi della professione

Come dimostrato dall'esperienza e dalle criticità emerse durante questo periodo emergenziale, in cui l'accessibilità, la presenza capillare e le competenze del farmacista di comunità hanno garantito l'assistenza territoriale, ai fini di un miglioramento di tutto il sistema sanitario, è necessario sviluppare pienamente le potenzialità della professione di farmacista, con l'obiettivo di rafforzare il sistema di assistenza nelle sue articolazioni territoriali, in un'ottica di deospedalizzazione e collaborazione inter-professionale.

In tale quadro generale di riferimento, si ritiene, quindi, opportuno porre l'accento su alcuni aspetti che coinvolgono il farmacista quale operatore socio-sanitario e la farmacia di comunità intesa come presidio polifunzionale del territorio, integrato nel Servizio Sanitario Nazionale, ruolo peraltro ampliato dall'ultima Legge di Bilancio (L. 178/2020) che consente, in via sperimentale per il 2021, la somministrazione di vaccini contro il Covid-19 nelle farmacie aperte al pubblico.

3.1 Il ruolo del farmacista

Il farmacista, nel rispetto del proprio profilo professionale, è oggi in grado di fornire al paziente un'assistenza più coerente con la nuova domanda di salute e di proporsi come autorevole referente del percorso di cura, assumendo una posizione strategica nelle attività di potenziamento della sanità territoriale. A supporto di tale ruolo giova in modo rilevante il rapporto fiduciario che lo stesso riesce ad instaurare con la comunità con cui si rapporta, potendo consentire una più efficace presa in carico del paziente a beneficio della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

È di tutta evidenza, infatti, che le relazioni di prossimità del farmacista e il suo ruolo professionale gli consentono di svolgere una funzione potenzialmente attiva nei processi di educazione, informazione e assistenza personalizzata al paziente.

Nello specifico, in relazione al tema della cronicità, è importante ricordare che alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio che, nella maggioranza dei casi, sono noti e soprattutto modificabili (tra i più importanti l'OMS cita una dieta poco sana, l'inattività fisica e il consumo di tabacco). Queste cause possono generare fattori di rischio intermedi ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità e indurre allo sviluppo di patologie croniche.

Con riferimento proprio all'evoluzione della malattia cronica, i punti di maggiore incidenza nei quali l'azione professionale del farmacista diventa efficace sono la fase di prevenzione e la fase di pre-diagnosi (*fig.6*), perché il farmacista può intercettare e in tal modo orientare il soggetto ad una diagnosi precoce oppure al ravvedimento per quanto riguarda gli stili di vita con un riallineamento a condizioni di normalità.

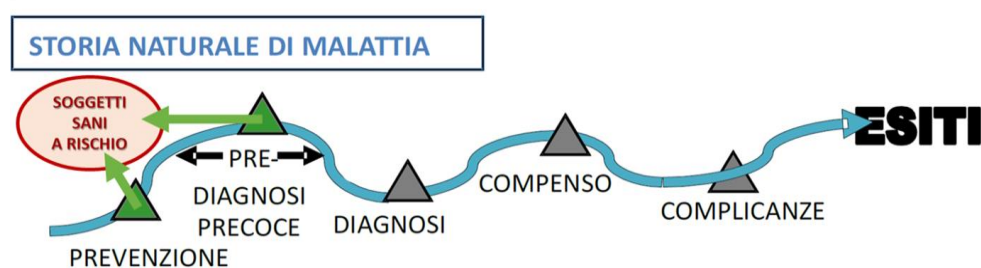


Fig. 6 Fonte: "Piano Nazionale della Cronicità"
Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Tenuto conto che il trattamento della malattia cronica richiede terapie farmacologiche a lungo termine, la principale causa di non efficacia delle terapie è la scarsa aderenza da parte del paziente alle prescrizioni del medico ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità. Ciò rappresenta un danno sia per i cittadini che per il sistema sanitario.

In un quadro di scarsa aderenza alle terapie risulta indispensabile intraprendere azioni che migliorino i livelli di aderenza del paziente rispetto alla terapia prescritta dal medico secondo gli schemi posologici indicati e, a tal fine, risulta efficace l'azione professionale del farmacista perché può ridurre i problemi correlati all'assunzione dei farmaci, aumentare l'appropriatezza e l'aderenza da parte del paziente, generare risparmi sui costi diretti e indiretti sostenuti dal SSN.

Il bisogno di sviluppare ulteriormente il ruolo dei farmacisti, anche per ridurre il carico di lavoro dei medici di base e i ricoveri inappropriati al Pronto Soccorso, senza compromettere la qualità dell'assistenza e la soddisfazione dei pazienti, è stato peraltro sottolineato nel report dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico – OCSE¹, documento che suggerisce politiche e strategie chiave per fornire una migliore assistenza sanitaria di base e creare sistemi di assistenza più forti.

¹ OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

A ben vedere, in molti Paesi (tra i quali anche l'Italia), i farmacisti stanno assumendo un ruolo maggiore nella promozione e nella prevenzione della salute, migliorando così l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base in aree remote o poche servite, in cui vi è carenza di medici di base.

Come evidenziato anche nel documento realizzato dall'Agenas sulla riorganizzazione delle reti dei servizi territoriali (Re.Se.T.) e l'integrazione dell'attività ospedaliera con l'attività territoriale, il farmacista non è più soltanto il professionista abilitato alla dispensazione dei medicinali, ma diviene parte integrante di una più completa ed efficiente rete di assistenza volta a far fronte alle esigenze di salute dei cittadini nella prospettiva di un'ottimizzazione delle risorse e della qualificazione dei livelli assistenziali.

Durante la pandemia di COVID-19 diversi Stati hanno mobilitato farmacisti e altri operatori sanitari. In alcuni Paesi è stato, poi, permesso ai farmacisti di prescrivere determinati farmaci, come in Francia, dove hanno ricevuto un'autorizzazione eccezionale per rinnovare le prescrizioni di farmaci per le malattie croniche. Ad avvalorare quanto appena riportato, l'OCSE rammenta che, in alcuni Paesi, i farmacisti di comunità sono impegnati in attività di promozione della salute, in programmi di screening, vaccinazioni e attività di consulenza.

Non bisogna inoltre dimenticare che le attività sanitarie sono svolte all'interno di due diversi scenari (Ospedale e Territorio) che, a loro volta, pur avendo esigenze difformi, svolgono attività diverse, ma complementari e funzionali al benessere del cittadino, come base per garantire l'assistenza sanitaria in tutti i contesti nazionali in termini di efficacia, efficienza e sicurezza.

In tal senso, risulta fondamentale l'attività dei farmacisti che operano negli ospedali e nelle ASL e il loro ruolo nella prevenzione e nella risoluzione delle problematiche connesse agli errori in terapia, al rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti. Infatti, le competenze del farmacista in materia di farmacologia, tecnica farmaceutica, farmacodinamica e farmacocinetica rappresentano un prezioso contributo all'attività del personale sanitario di ospedali, policlinici universitari e centri di ricovero. Le esperienze di altri Paesi in cui è stato implementato il ruolo del farmacista in tali dinamiche confortano la previsione di una necessaria applicazione, anche nelle nostre realtà sanitarie, delle conoscenze specialistiche del farmacista. In tal modo, sarà possibile non solo prevenire gli errori legati alla terapia farmacologica, ma anche ottimizzare quest'ultima, in relazione alla correttezza delle dosi, alle vie e agli intervalli di somministrazione.

In Italia diversi studi hanno dimostrato (cfr. progetto «Farmacista di dipartimento», realizzato dal Ministero della salute in collaborazione con la Società italiana farmacisti ospedalieri e la Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, presso gli ospedali Molinette di Torino, Istituto oncologico di Padova, Riuniti di Ancona, Giovanni Paolo II di Bari e San Vincenzo di Taormina) che il farmacista, con la propria presenza direttamente nei reparti ospedalieri, sarebbe in grado di ridurre notevolmente, fino a dimezzarli, gli errori legati alle terapie farmacologiche somministrate ai pazienti ricoverati. Errori di tale natura sono, purtroppo, molto frequenti nella realtà sanitaria italiana: a tal fine, prendendo atto dei risultati ottenuti con le recenti sperimentazioni, si potrebbe prevedere la specifica presenza in corsia del farmacista, che attraverso la sua attività di consiglio agli altri operatori sanitari e

di vigilanza sulla somministrazione dei farmaci, potrebbe significativamente contribuire alla riduzione di tali inefficienze e disservizi.

3.2. Il ruolo della Farmacia dei Servizi

La tendenza globale all'invecchiamento della popolazione e l'aumento di malati cronici, con la conseguente necessità di un maggiore impegno di risorse umane ed economiche, impone inevitabilmente un nuovo modello di governance e una diversa organizzazione della cronicità. Quest'ultima dovrà essere sempre più gestita dal territorio, consentendo una riduzione dei tempi di ricovero, limitati alla sola gestione e cura dell'acuzie, e quindi di una più rapida deospedalizzazione.

E' evidente, sotto tale aspetto, come le farmacie, attraverso la distribuzione capillare e la professionalità che esprimono, possano svolgere una funzione di grande rilevanza per l'interfaccia del cittadino con il SSN, configurandosi come perfetto snodo assistenziale in un'ottica di rafforzamento della sanità sul territorio.

Nelle farmacie italiane, infatti, varcano la soglia mediamente circa tre milioni di persone ogni giorno, alcuni sono pazienti, cioè affetti da patologia, altri sono soggetti sani potenzialmente a rischio che, proprio grazie ad un rapporto fiduciario, il farmacista può intercettare, orientandoli ad una diagnosi precoce.

Per questo alla farmacia, presidio sanitario polifunzionale presente in modo capillare sul territorio e punto di riferimento importante per i cittadini, viene chiesto di integrare la consolidata attività di dispensazione del farmaco con l'erogazione di prestazioni professionali avanzate tramite l'inserimento di nuovi servizi di cui la cittadinanza mostra sempre più di aver bisogno, anche in un'ottica di interoperabilità tra professioni sanitarie.

Come è noto, il progetto della Farmacia dei servizi, proposto nel 2006 dalla Federazione nel Documento programmatico di Palazzo Marini, è stato recepito a livello normativo dalla L. 69/2009, dal D.Lgs. 153/2009 e dai relativi decreti attuativi.

E' proprio sul principio della Legge 69/2009, il Legislatore ha ritenuto fondamentale assicurare necessari interventi a beneficio della comunità che possono essere utilmente erogati attraverso le Farmacie di comunità, in particolar modo alcune attività come la partecipazione ai progetti di aderenza alle terapie, la collaborazione ai programmi di educazione sanitaria e di prevenzione con attività di I e di II livello anche attraverso l'effettuazione di analisi di laboratorio di I istanza.

Dopo la Legge 69/2009, il D.Lgs. 153/2009 e i successivi decreti ministeriali hanno disciplinato i nuovi servizi erogabili in farmacia; l'Accordo Stato-Regioni del 17 ottobre 2019 riportante le *“Linee di indirizzo per la Sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità”* ha dato avvio alla fase di sperimentazione che è tuttora in atto, nel rispetto dell'apposito Cronoprogramma nazionale recepito formalmente da tutte le Regioni. Nel predetto Accordo, il ruolo della farmacia come presidio sanitario polifunzionale del territorio è riconosciuto e valorizzato per le competenze professionali del farmacista, per la capillare distribuzione sul territorio e per l'efficienza della prossimità.

I servizi che sono oggetto della Sperimentazione vengono realizzati dal farmacista previa adeguata formazione, spesso in una logica di interazione con gli altri operatori della sanità a iniziare dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS) e sono stati divisi in tre macro-categorie: servizi cognitivi (monitoraggio aderenza alla terapia farmacologica; Riconciliazione della terapia farmacologica), servizi di front-office (Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE); servizi relativi alle prestazioni analitiche di prima istanza (Telemedicina; partecipazione alle campagne di screening) e sono disciplinati con modalità operative, processi di standardizzazione, elementi documentali e report, che ancorano queste attività ad una procedura che assolve a rigorosi principi di natura scientifica, collaudati e validati.

Tali nuovi servizi erogati dalle farmacie sono ad alto valore professionale, sono servizi cognitivi evidentemente infungibili che non possono essere erogati da altri soggetti e che connotano la farmacia come presidio sociosanitario polivalente che assolve appieno alle necessità della popolazione migliorando la fruizione dei LEA.

La Sperimentazione è il primo atto del riconoscimento della potenzialità dei nuovi ruoli del farmacista in Farmacia, quest'ultima incardinata nel quadro normativo e tracciata dal Piano Nazionale Cronicità che nel 2016 ha illustrato i compiti del farmacista e della farmacia, nonché il loro ruolo di coinvolgimento pieno nelle attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria con l'intento di raggiungere dei risultati in relazione alla evoluzione della consapevolezza del cittadino e, dunque, alla necessità di prevenire le patologie ovvero di promuovere una loro diagnosi precoce.

Tale ruolo delle farmacie è stato anche ribadito in un recente Report di Meridiano Sanità nel quale sono state individuate numerose proiezioni inerenti al posizionamento e al ruolo della farmacia nel Servizio Sanitario Nazionale e del farmacista che rispondono alle esigenze di sostenere le politiche per il benessere e per la prevenzione, di screening e di diagnosi precoce per il trattamento, il monitoraggio e il follow-up (fig.7).



Fig. 7 Fonte: XV Rapporto Meridiano Sanità' The European House – Ambrosetti,2020

Per tali ragioni, si ritiene che un efficace intervento a sostegno del sistema sanitario non possa prescindere dal consolidamento del modello della farmacia dei servizi e dalla valorizzazione del ruolo di primo piano del farmacista di comunità nell'assistenza territoriale, ruolo peraltro messo in luce una volta di più dall'esperienza del *lockdown*, nel corso del quale ha dimostrato di essere un professionista della salute sempre accessibile al cittadino.

4. Proposte

Alla luce di quanto fin qui esposto, considerate le numerose potenzialità della professione e tutti gli ambiti in cui la presenza del farmacista potrebbe contribuire a migliorare il servizio di assistenza ai cittadini e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani propone quanto segue.

4.1 Piena attuazione e potenziamento della Farmacia dei Servizi

La prima componente della Missione Salute denominata *Assistenza di prossimità e telemedicina* è finalizzata a potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria, nonché a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale.

Per dare piena attuazione a tali obiettivi, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza non può prescindere dalla piena realizzazione e dal potenziamento della Farmacia dei servizi, che declina in modo pieno il principio di prossimità.

In tal senso, il progetto della Farmacia dei servizi – per il quale la Legge di bilancio 2020 ha autorizzato per il biennio 2021-2022 la spesa 50,6 milioni di euro – va ulteriormente rafforzato attraverso il reperimento di nuove specifiche risorse che possano finalmente consentire la sua concreta attuazione e definitiva acquisizione nel sistema di erogazione dell'assistenza territoriale.

PROPOSTA:

- **inserire nel paragrafo 1 del capitolo 6.1 della Missione Salute, relativo al Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale, un punto sul potenziamento del Progetto della Farmacia dei servizi;**
- **destinare una parte dei finanziamenti previsti nella tabella a pag. 155 per interventi di rafforzamento e messa a sistema della Farmacia dei Servizi, anzitutto con riferimento all'attività di prevenzione.**

4.2 Tetti di spesa farmaceutica e dispensazione dei medicinali

Per salvaguardare il ruolo di prezioso presidio sanitario di prossimità delle farmacie è necessario porre rimedio all'abbassamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale, previsto dai commi 475-477 dell'articolo 1 della Legge di Bilancio 2021. In particolare, il comma 475 ridetermina, a decorrere dal 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa farmaceutica convenzionata territoriale e della spesa farmaceutica per acquisti diretti, fermo restando il valore complessivo del 14,85 %.

A fronte di un significativo aumento dei tetti della spesa farmaceutica ospedaliera (cd. spesa farmaceutica per acquisti diretti che passa da 6,89% a 7,85%), appare inaccettabile e inadeguata la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (che

viene ridotta dal 7,96% al 7%), soprattutto nell'ottica del necessario ritorno ad una centralità della dispensazione sul territorio dei medicinali.

Peraltro, ad oggi, come è noto, specialmente in alcune realtà locali, la distribuzione diretta si è estesa anche a farmaci di uso comune per patologie di ampia diffusione. I cittadini sono costretti, dunque, a recarsi presso il presidio pubblico per avere i medicinali di cui hanno bisogno, con disagi e costi sociali dovuti a gravosi spostamenti.

In proposito, la Federazione degli Ordini chiede di superare le criticità legate alla centralizzazione della distribuzione ospedaliera, ricorrendo alle farmacie di comunità, eventualmente anche attraverso lo strumento della “distribuzione per conto” di cui all'art.8 della L.405/2001.

PROPOSTA:

➤ **destinare adeguate risorse per la spesa farmaceutica territoriale, soprattutto nell'ottica di un ripensamento del ricorso alla distribuzione diretta e di un ritorno alla centralità della dispensazione dei medicinali per il tramite delle farmacie aperte al pubblico, eventualmente anche potenziando la distribuzione per conto.**

4.3 Collaborazione interprofessionale e “Casa della Comunità”

Desti non poche perplessità, in termini di efficacia e tempestività di risultato nonché di razionalizzazione e allocazione delle risorse, la previsione nel documento, all'interno del capitolo 6.1 (Assistenza di prossimità e Telemedicina) dell'istituzione di Case della Comunità “*quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini*”.

Nel Piano si precisa che si intende “*realizzare entro il 2026 1 Casa della Comunità ogni 24.500 abitanti: si punta a realizzare 2.564 nuove Case della Comunità con l'obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multi-patologici*”.

Al contrario, si ritiene che sarebbe certamente più efficace, coerente con la valorizzazione della prossimità ed economicamente sostenibile potenziare e implementare l'erogazione delle prestazioni assistenziali rese dai professionisti sanitari operanti sul territorio (MMG, PLS, FARMACISTI, INFERMIERI), sviluppando una rete integrata, sinergica e interattiva di servizi che, mediante la concreta attuazione della sanità digitale, consenta un agevole accesso dei cittadini al SSN e un più efficace processo di presa in carico del paziente, attraverso un team assistenziale multiprofessionale.

Sviluppare la cultura del “*team assistenziale multidisciplinare e interprofessionale*”, nel rispetto delle competenze e delle prerogative di ciascun professionista, significa mettere in campo risorse in grado di offrire elevati livelli di efficacia, appropriatezza ed efficienza per l'identificazione della domanda di salute e della relativa risposta che il sistema sanitario rende al cittadino.

Resta ferma, soprattutto nella gestione della cronicità, la massima espressione della capacità di una rete interprofessionale territoriale come quella esistente, dove ogni componente resti insostituibile per la parte di propria competenza.

Si propone, pertanto, di strutturare un collegamento digitale tra tutte le reti professionali già esistenti nel Paese, in modo da realizzare un sistema di cure integrato garantito dall'apporto sinergico delle differenti competenze.

PROPOSTE:

- **ripensare l'utilità della «Casa della Comunità» e dare impulso alla sanità digitale, realizzando un efficiente collegamento tecnologico tra tutte le reti professionali per promuovere un sistema integrato e sinergico di presa in carico della persona;**
- **eliminare dalla tabella a pag. 155 il finanziamento di 4 miliardi di euro per la «Casa della comunità e presa in carico della persona»;**
- **prevedere nella tabella a pag. 155 tra le voci del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete territoriale un finanziamento per strutturare un collegamento digitale tra tutte le reti professionali già esistenti nel Paese.**

4.4 Digitalizzazione: fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dossier farmaceutico

L'emergenza sanitaria ha evidenziato, altresì, l'importanza della digitalizzazione in sanità. In un momento nel quale è stato necessario limitare la libertà degli spostamenti delle persone, le nuove tecnologie hanno rappresentato uno strumento fondamentale per assicurare le cure sanitarie sul territorio.

Nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico (FSE), istituito dall'art. 12 della L. 221/2012, è prevista la creazione del Dossier Farmaceutico, un'apposita sezione dello stesso FSE, aggiornata a cura della farmacia che effettua la dispensazione, tramite la quale è possibile ricostruire la storia farmacologica del paziente favorendo la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia per la sicurezza del paziente. In tal modo, si riducono anche gli sprechi a carico del Servizio sanitario nazionale che derivano dal non corretto uso dei farmaci e si rende più semplice ed immediato lo scambio di informazioni tra tutti gli attori del processo di cura (ASL, medico curante, specialista).

Nell'ambito della digitalizzazione dei servizi sanitari ed allo scopo di favorire il processo di integrazione e lo scambio di informazioni tra i professionisti della salute è, pertanto, necessario implementare tale importante strumento operativo, con la possibilità anche per il farmacista, soggetto abilitato alla consultazione e alimentazione del FSE, di accedere ai dati prescrittivi e clinici del paziente ai fini dell'aderenza alla terapie.

Le farmacie di comunità sono strutture già fortemente digitalizzate, in grado di potenziare i propri strumenti e metterli a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e dei pazienti.

PROPOSTA:

- **prevedere a pag. 160 del paragrafo 1.3 del capitolo 6.2 della Missione Salute, relativo al Fascicolo Sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e**

4.5 Valorizzazione del ruolo del farmacista ospedaliero e potenziamento delle farmacie ospedaliere

4.5.1 Trattamento economico dei farmacisti specializzandi

Partendo dal presupposto che il potenziamento della rete delle farmacie possa contribuire in modo significativo alla qualità del SSN e al governo della spesa sanitaria in una logica di sostenibilità complessiva del sistema - si veda sul punto il documento dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale svolta dalla 12^a Commissione (Igiene e Sanità) del Senato - si rende necessaria una valorizzazione delle risorse umane sin dalla loro fase di formazione.

In particolare, è opportuno sottolineare che la seconda componente della Missione salute del Piano, relativa ad innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, con riferimento alla formazione, prevede un progetto sullo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità (paragrafo 2.3 del capitolo 6.2 della Missione salute).

Una delle direttive di tale progetto è finalizzata ad aumentare le borse di studio del corso di formazione specifica in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali.

È preoccupante che, tra i progetti del Piano, vi sia quello di aumentare le borse di studio in medicina generale e non ci sia, però, alcun riferimento al trattamento economico degli specializzandi non medici e, in particolare, dei farmacisti.

In proposito, la Federazione degli Ordini, come già rappresentato in tutte le sedi istituzionali, mette in evidenza, la necessità di equiparare lo status contrattuale ed economico dei laureati in farmacia che afferiscono alle scuole di specializzazione di area sanitaria – disciplinate dai decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005 e 4 febbraio 2015 – a quello dei laureati in medicina e chirurgia.

Il decreto 4 febbraio 2015, nel riordinare le scuole di specializzazione di area sanitaria, ha previsto l'applicazione di un ordinamento didattico unico, valido sia per i laureati in medicina che per gli altri laureati di area sanitaria e ha regolato l'ordinamento di tutte le scuole di specializzazione di area sanitaria in modo tendenzialmente omogeneo in termini di impegno didattico, durata dei corsi e tirocini pratici.

Poiché la preparazione professionale per tutti i farmacisti specializzandi dell'area sanitaria presuppone un percorso formativo di livello elevato, per gli stessi non può non essere previsto un trattamento economico e contrattuale analogo a quello riservato ai medici specializzandi. Infatti, la previsione di una adeguata remunerazione è un principio generale in tutti i casi in cui la normativa prevede corsi di specializzazione con carattere assorbente.

Inoltre, con il rinnovo contrattuale per i dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale è stato previsto uno stesso contratto per tutta la dirigenza sanitaria e, quindi, un riconoscimento formale che pone su un unico livello remunerativo e di

posizione le diverse professioni. Non si comprende, quindi, questa disparità di trattamento economico tra gli specializzandi medici e i farmacisti e si propone il superamento della stessa.

Tra l'altro si mette in evidenza che l'intervento del Piano relativo allo *Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità*, come scritto anche nel documento in oggetto a pag. 163, è integrato con risorse per 330 milioni stanziati dalla Legge di Bilancio 2021 e con risorse REACT-EU destinate ai contratti di formazione specialistica. Si dovrebbe, quindi, modificare l'allocazione dei fondi previsti per l'Italia dal REACT-EU, utilizzando le risorse previste per i contratti di formazione per i medici specializzandi anche per i farmacisti.

PROPOSTE:

- **inserire a pag. 162, nel paragrafo 2.3 del capitolo 6.2, il seguente punto: “prevedere borse di studio per i farmacisti che frequentano corsi di formazione specialistica, garantendo il completamento del percorso formativo”;**
- **aumentare il finanziamento previsto nella tabella a pag. 159 per la voce *Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità*, in modo da garantire un trattamento economico anche per gli specializzandi farmacisti;**
- **riallocare i fondi previsti per l'Italia dal REACT-EU, prevedendo risorse anche per i contratti di formazione dei farmacisti specializzandi.**

4.3.2 Assunzione personale sanitario

Con riferimento all'obiettivo di rafforzare la compagine del personale sanitario, anche sotto il profilo formativo, al fine sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si segnala la necessità che sia previsto un apposito piano per il rafforzamento degli organici delle farmacie ospedaliere e dei servizi territoriali delle ASL.

Nel corso degli anni, infatti, i dipendenti che hanno avuto accesso al trattamento pensionistico non sono stati sostituiti con nuove assunzioni, nell'ambito di una politica di tagli delle spese che ad oggi rivela le sue enormi criticità.

L'emergenza pandemica ha dimostrato come la carenza di personale abbia determinato un affanno dei servizi farmaceutici ospedalieri e delle Asl, che necessitano di essere potenziati per fornire un migliore servizio ai pazienti e una più qualificata capacità di risposta alle esigenze della popolazione.

Come sottolineato nel documento “*Criteri generali per la definizione di standard della dirigenza farmaceutica ospedaliera e territoriale del S.S.N.*”, elaborato da SINAFO (Associazione Farmacisti e Dirigenti sanitari SSN) nel maggio 2017, i farmacisti dirigenti ospedalieri e territoriali attualmente in servizio nel S.S.N. sono una “*sparuta schiera*”, ai quali vengono affidate funzioni di natura sia gestionale sia professionale di alto profilo e che troppo spesso non vengono messi nelle condizioni per assicurare al meglio l'assistenza farmaceutica.

Considerato che attualmente i dirigenti farmacisti del SSN (Ospedalieri e Territoriali) sono 2.557 - come risulta dai dati del Ministero Salute del 2018 - e che molte sono le attività non presidiate con ripercussioni sull'efficacia dell'assistenza, tenuto altresì conto dell'efficace e importante contributo delle farmacie di continuità attraverso la Farmacia dei Servizi all'assistenza territoriale, si rappresenta la necessità di un incremento di personale dirigenziale farmacista per poter garantire la sostenibilità dell'assistenza farmaceutica nel suo complesso.

Si riporta di seguito la proposta di standard del personale dirigente farmacista ospedaliero e territoriale presentata nel documento su Fabbisogni risorse e standard farmaceutica ospedaliera e territoriale del SSN - realizzato da FASSID (Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti) sulla base dei dati riferiti all'anno 2018 - che tiene conto di alcuni parametri legati alla gestione logistica delle strutture, tra i quali il bacino di utenza, il numero dei posti letto, la complessità delle strutture sanitarie e il numero di prestazioni effettuate.

Proposta di standard del personale dirigente farmacista ospedaliero e territoriale compresa l'apicalità

Tipologia	Bacino di utenza	Bacino di utenza	Bacino di utenza
	Bassa complessità	Media complessità	Alta complessità
Presenza necessaria	1 Turno	1 Turno	1 Turno
Bacino di utenza	80.000-150.000	150.000-600.000	600.000-1.200.000
Dirigenti Sanitari Farmacisti	12	18	24

Partendo dal presupposto che le sole Strutture di Ricovero pubbliche, censite nel 2018 dal Ministero, sono n. 515 e le ASL sono circa 98 in tutta Italia, che le realtà ad alta complessità siano circa il 10% del numero complessivo di strutture e che quelle a bassa e media complessità siano suddivise in misura pressoché pari (45% per entrambe le tipologie), si può ipotizzare il seguente calcolo per il fabbisogno di personale farmacista:

PARAMETRI:

Farmacisti Presenti= 2557

Strutture di ricovero pubbliche= 515

Aziende sanitarie locali= 98

Realtà a bassa complessità= 45% (Proposta personale dirigente farmacista=12)

Realtà a media complessità= 45% (Proposta personale dirigente farmacista=18)

Realtà ad alta complessità= 10% (Proposta personale dirigente farmacista= 24)

CALCOLO IPOTETICO FABBISOGNO:

Farmacisti Ospedalieri in Strutture pubbliche:

n. $(12 \times 515 \times 45/100) + (18 \times 515 \times 45/100) + (24 \times 515 \times 10/100) = 2781 + 4171 + 1236 = 8188$ **Farmacisti nelle U.O. Ospedaliere del SSN**

Farmacisti Territoriali:

n. $(12 \times 98 \times 45/100) + (18 \times 98 \times 45/100) + (24 \times 98 \times 10/100) = 529 + 794 + 235 = 1558$ **Farmacisti nei Servizi Farmaceutici Territoriali del SSN**

TOTALE = 9.746 – 2.557 presenti = 7.189 Farmacisti

A tal fine, si sottolinea, pertanto, l'esigenza di programmare uno specifico piano di assunzione dei farmacisti da inquadrare nel ruolo della dirigenza sanitaria del SSN, anche introducendo sistemi volti a sanare i profondi divari regionali ad oggi esistenti.

PROPOSTE:

- **a pag. 55, all'interno del paragrafo 2.1 "PA: reclutamento di capitale umano", del capitolo 1.1 della Missione Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura, programmare uno specifico piano di assunzione dei farmacisti da inquadrare nel ruolo della dirigenza sanitaria del SSN, anche introducendo sistemi volti a sanare i profondi divari regionali ad oggi esistenti;**
- **inserire nella tabella a pag. 52 un apposito finanziamento per tale piano di assunzione.**

4.5.3 Azioni di rafforzamento delle strutture delle farmacie ospedaliere

Potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali, per garantire continuità assistenziale, approcci multiprofessionali e multidisciplinari, percorsi integrati ospedale-domicilio a tutta la popolazione, è un obiettivo del Piano.

Per la piena realizzazione di tale progetto, nonché di quello relativo alla realizzazione di ospedali sicuri, nell'ottica di un ammodernamento degli stessi, sono necessarie azioni di rafforzamento anche delle strutture delle farmacie ospedaliere, presidi di fondamentale importanza del SSN.

Come è noto, la Legge di Bilancio 2021, all'articolo 1, comma 442, ai fini del finanziamento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, incrementa l'importo, già rideterminato dalla Legge di Bilancio 2020 in 30 miliardi di euro, di 2 miliardi di euro.

Inoltre, lo stanziamento totale del cluster relativo all' "*Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria*" è pari a 10,51 miliardi a cui si aggiungono 1,31 miliardi di REACT-EU. Questi interventi beneficiano, inoltre, di risorse complementari per 1,01 miliardi dagli stanziamenti della Legge di Bilancio 2021.

In tale ingente somma devono, pertanto, essere previsti anche dei fondi per la ristrutturazione ed il miglioramento delle farmacie ospedaliere e dei servizi territoriali delle ASL, che in molti casi si trovano in condizioni non decorose e non idonee allo svolgimento del delicato ruolo svolto al quale sono chiamate.

La valorizzazione delle risorse umane passa anche per l'ammodernamento degli strumenti e delle strutture nelle quali i professionisti esercitano la propria professione.

PROPOSTE:

- **al fine di adeguare alla normativa i requisiti strutturali delle farmacie ospedaliere e dei servizi territoriali delle ASL, inserire a pag. 160 sotto il paragrafo 1.2 del capitolo 6.2 il seguente periodo: “istituire un fondo per la ristrutturazione ed il miglioramento delle farmacie ospedaliere e dei servizi territoriali delle ASL”;**
- **nella voce “ospedali” della tabella a pag. 159 precisare che una parte dei fondi stanziati sia destinata anche a farmacie ospedaliere e servizi territoriali delle ASL.**

5. Conclusioni e proposte

La pandemia ha evidenziato la necessità di un rafforzamento dell'assistenza territoriale. Difatti, l'assenza di coordinamento, mezzi e risorse ha impedito di assicurare cure adeguate a domicilio dei contagiati non gravi, nonché di effettuare le attività di *contact tracing*. Inoltre, le stesse carenze strutturali hanno precluso l'accesso agli ospedali dei pazienti cronici stabili che, di conseguenza, hanno visto peggiorare il loro stato, essendo venuta meno la continuità terapeutica ed assistenziale.

Per far fronte a tali carenze occorre favorire una migliore allocazione delle risorse tenendo conto delle criticità, ma anche delle potenzialità, di un settore come quello dell'assistenza territoriale che, da tempo, costituisce uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria e che oggi, alla luce della grave emergenza pandemica da Covid-19, ha assunto una rilevanza ancora maggiore.

In tale contesto, il farmacista e la farmacia non solo possono aggiungere al sistema il valore aggiunto della professionalità, ma possono anche offrire un fondamentale supporto per l'efficienza del SSN, attraverso azioni capaci di migliorare i processi di cura, anche in termini di semplificazione.

La gestione del paziente cronico, come prevista dal Piano Nazionale della Cronicità, richiede la massima espressione della capacità della rete interprofessionale territoriale, dove ogni componente è insostituibile per la parte di propria competenza. Il territorio, sempre più coinvolto nella gestione della cronicità e della fragilità, per soddisfare i molteplici bisogni dovrà puntare, quindi, sulla collaborazione e integrazione di più figure professionali come il medico di medicina generale, il pediatra di famiglia, il farmacista, l'infermiere, il fisioterapista, il dietista e l'assistente sociale.

All'obiettivo del potenziamento dell'assistenza territoriale, in sinergia con gli altri professionisti sanitari, risponde indubbiamente il progetto della Farmacia dei servizi. L'arrivo della pandemia ha, purtroppo, determinato una brusca frenata della sperimentazione che era in fase di avvio. In quest'ottica, si rende indispensabile riavviare e potenziare con ulteriori risorse la Sperimentazione dei nuovi servizi erogati in farmacia, dando impulso alla qualificazione dell'offerta di nuovi servizi nella consapevolezza di consentire al cittadino di poter accedere alle cure anche in prossimità dei luoghi di vita.

Un ruolo importante è stato svolto anche dai processi di digitalizzazione sanitaria e dalla telemedicina con l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria eseguiti

mediante l'utilizzo di metodiche innovative attraverso la possibilità di usufruire, anche in farmacia, di esami diagnostici refertati a distanza dallo specialista. Nell'ambito della digitalizzazione è di fondamentale importanza l'implementazione del FSE e del dossier farmaceutico.

Inoltre, per garantire l'assistenza farmaceutica nel suo complesso, è necessario investire risorse in ambiti finora non valorizzati, adeguando in primo luogo gli organici dei Servizi farmaceutici, che dovranno essere potenziati per consentire al farmacista di esercitare a pieno titolo la sua funzione ovunque sia allocato, in ospedale o nel territorio, ed in tutti gli ambiti di competenza.

In conclusione, la Federazione degli Ordini, formula le seguenti proposte per il potenziamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:

PIENA ATTUAZIONE E POTENZIAMENTO DELLA FARMACIA DEI SERVIZI:

- inserire nel paragrafo 1 del capitolo 6.1 della Missione Salute, relativo al Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale, un punto sul potenziamento della Farmacia dei servizi;
- destinare una parte dei finanziamenti previsti nella tabella a pag. 155 per interventi di rafforzamento e messa a sistema della Farmacia dei Servizi, anzitutto con riferimento all'attività di prevenzione.

TETTI DI SPESA FARMACEUTICA E DISPENSAZIONE DEI MEDICINALI:

- destinare adeguate risorse per la spesa farmaceutica territoriale, soprattutto nell'ottica di un ripensamento del ricorso alla distribuzione diretta e di un ritorno alla centralità della dispensazione dei medicinali per il tramite delle farmacie aperte al pubblico, eventualmente anche potenziando la distribuzione per conto.

POTENZIAMENTO DEL COLLEGAMENTO TRA TUTTE LE RETI PROFESSIONALI GIÀ ESISTENTI NEL PAESE, IN MODO DA RAGGIUNGERE UNA MAGGIORE APPROPRIATEZZA ED ADERENZA DELLE CURE, ANCHE ATTRAVERSO IL RAFFORZAMENTO DEL RICORSO AI SERVIZI SANITARI DIGITALIZZATI:

- ripensare l'utilità della «Casa della Comunità» e dare impulso alla sanità digitale, realizzando un efficiente collegamento tecnologico tra tutte le reti professionali per promuovere un sistema integrato e sinergico di presa in carico della persona;
- eliminare dalla tabella a pag. 155 il finanziamento di 4 miliardi di euro per la «*Casa della comunità e presa in carico della persona*»;
- prevedere nella tabella a pag. 155 tra le voci del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete territoriale un finanziamento per strutturare un collegamento digitale tra tutte le reti professionali già esistenti nel Paese.

IMPLEMENTAZIONE DEL FSE E DEL DOSSIER FARMACEUTICO:

- prevedere a pag. 160 del paragrafo 1.3 del capitolo 6.2 della Missione Salute, relativo al *Fascicolo Sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale*, l'implementazione del dossier farmaceutico, ai fini di una sua concreta operatività.

RICONOSCIMENTO DELLA PARITÀ DI TRATTAMENTO ECONOMICO DEI FARMACISTI SPECIALIZZANDI:

- inserire a pag. 162 nel paragrafo 2.3 del capitolo 6.2 il seguente punto: *“prevedere borse di studio per i farmacisti che frequentano corsi di formazione specialistica, garantendo il completamento del percorso formativo”*;
- aumentare il finanziamento previsto nella tabella a pag. 159 per la voce Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità, in modo da garantire un trattamento economico anche per gli specializzandi farmacisti;
- riallocare i fondi previsti per l'Italia dal REACT-EU, prevedendo risorse anche per i contratti di formazione dei farmacisti specializzandi.

PROGRAMMAZIONE DI UNO SPECIFICO PIANO DI ASSUNZIONE DEI FARMACISTI NEL RUOLO DELLA DIRIGENZA SANITARIA DEL SSN:

- a pag. 55, all'interno del paragrafo 2.1 *“PA: reclutamento di capitale umano”*, del capitolo 1.1 della Missione *Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura*, programmare uno specifico piano di assunzione dei farmacisti da inquadrare nel ruolo della dirigenza sanitaria del SSN, anche introducendo sistemi volti a sanare i profondi divari regionali ad oggi esistenti;
- inserire nella tabella a pag. 52 un apposito finanziamento per tale piano di assunzione.

ADEGUAMENTO A NORMA DEI REQUISITI STRUTTURALI DELLE FARMACIE OSPEDALIERE E DEI SERVIZI TERRITORIALI DELLE ASL:

- al fine di adeguare alla normativa i requisiti strutturali delle farmacie ospedaliere e dei servizi territoriali delle ASL, inserire a pag. 160 sotto il paragrafo 1.2 del capitolo 6.2 il seguente periodo: *“istituire un fondo per la ristrutturazione ed il miglioramento delle farmacie ospedaliere e dei servizi territoriali delle ASL”*;
- nella voce *“ospedali”* della tabella a pag. 159 precisare che una parte dei fondi stanziati sia destinata anche a farmacie ospedaliere e servizi territoriali delle ASL.