



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori D’AMBROSIO LETTIERI e MANDELLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 1° MARZO 2017

Disposizioni in materia di attività professionali del farmacista

ONOREVOLI SENATORI. – La professione di farmacista, in ragione delle dinamiche evolutive che stanno interessando il settore e degli interventi legislativi di riforma del servizio farmaceutico che hanno introdotto la possibilità per il professionista di rendere nuovi e diversificati servizi ai pazienti, ha un più vasto campo d'azione, che non è ormai esclusivamente quello di dispensazione dei medicinali.

Il farmacista, oltre a possedere specifiche competenze in campo chimico e farmacologico, è in grado di fornire un'assistenza più ampia al paziente e di proporsi come vero e proprio punto di riferimento del percorso assistenziale. Gli specifici servizi professionali cognitivi, il rapporto fiduciario con i cittadini, nonché la diffusione capillare delle farmacie consentono al farmacista di assicurare una vera e propria presa in carico del paziente.

Lo stesso Ministero della salute, nelle proprie linee programmatiche presentate in Parlamento nel 2013, con specifico riferimento alla riorganizzazione della rete assistenziale sanitaria, ha espressamente individuato la necessità di «continuare e completare il potenziamento del ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. La Farmacia dei servizi, tenuto conto della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, può garantire, con ridotti oneri per il SSN, prima assistenza e un'efficace missione di orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari. Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti virtuosi per la finanza pubblica, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere e ai pronto soccorso in relazione alle effettive necessità

dell'assistenza sanitaria, anche preventiva, con esclusione dei casi di domanda di servizi suscettibile di adeguata soddisfazione da parte delle farmacie».

L'intento del presente disegno di legge è, pertanto, quello di riconoscere nuove opportunità, anche occupazionali, per i farmacisti, in ragione dell'esistenza di luoghi e situazioni ove è imprescindibile una professionalità che abbia specifiche competenze chimiche, biologiche e farmacologiche e che, secondo recenti indagini, risulta molto apprezzata nei diversi contesti in cui si trova ad operare.

Uno studio realizzato nel 2010 dall'Osservatorio sulla Professione FOFI – SDA Bocconi ha dimostrato, infatti, che il servizio farmaceutico si pone al vertice del gradimento della popolazione e che il cittadino nutre grande fiducia nel farmacista quale professionista esperto del farmaco.

Gli stessi risultati sono stati confermati da un ulteriore studio realizzato sempre nel 2010 dal Censis per il Ministero della salute. Le indagini hanno fornito una conferma scientifica di un dato di esperienza: i farmacisti hanno un ottimo rapporto con i cittadini, garantiscono un servizio capillare e accessibile e per questo sono diventati un punto di riferimento.

Anche i risultati dell'indagine «*La customer satisfaction*», realizzata da CFI Group e GPF per conto del centro di formazione *management* del terziario (Confcommercio), hanno evidenziato che i cittadini confermano la loro fiducia nei confronti dei farmacisti, per la loro professionalità e competenza. Lo studio è stato pubblicato nel novembre 2010 e i suoi risultati sono estremamente lusinghieri per la farmacia italiana che, come

nelle precedenti edizioni 1996, 2002, 2006 e 2008 – si colloca al primo posto tra i servizi presi in esame, con una percentuale di gradimento del 76 per cento, essendo, tra l'altro, l'unico servizio che raggiunge la soglia dell'eccellenza.

Si tratta di un dato che ha trovato recentemente conferma nell'ambito di uno studio pilota, patrocinato dalla federazione e condotto con la *Medway school of pharmacy* dell'università del Kent, che, passando per l'indagine sul gradimento della prestazione da parte di pazienti e medici di medicina generale, ha permesso di provare la fattibilità, nel *setting* della farmacia italiana del servizio di revisione dell'uso dei medicinali (*medicines use review* – MUR). I dati raccolti in occasione di tale studio hanno peraltro dimostrato che il supporto del farmacista, il quale si fa carico dell'aderenza alla terapia, oltre ad essere gradito dal paziente è apprezzato anche dal medico.

In via preliminare e da un punto di vista definitorio, appare opportuno precisare che il farmacista è il laureato in farmacia o chimica e tecnologia farmaceutiche che, in possesso del titolo abilitante (superamento dell'esame di abilitazione alla professione), risulta iscritto all'albo professionale.

Il presente disegno di legge, al fine di introdurre a livello normativo una definizione uniforme delle attività professionali, all'articolo 1, chiarisce che sono tali le attività per le quali la legge prevede l'iscrizione all'albo, nonché quelle svolte dal farmacista per le quali la legge prevede il possesso della laurea in farmacia o chimica e tecnologia farmaceutiche e comunque tutte quelle riconducibili al decreto legislativo n. 258 del 1991, nonché al decreto legislativo n. 206 del 2007.

Tale articolo è, altresì, finalizzato a precisare che nei concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche, il requisito dell'iscrizione deve essere posseduto al momento dell'accettazione della sede e la mancata iscrizione all'albo professionale non pre-

clude la partecipazione al concorso e la valutazione del titolo, quando l'iscrizione stessa non sia obbligatoria per l'esercizio dell'attività espletata.

Con il comma 3 del suddetto articolo si intende porre fine all'ingiustificata disparità di trattamento determinatasi tra gli specializzandi medici e gli specializzandi non medici. I laureati in medicina vincitori di concorso, in particolare, sono assegnatari di un contratto di formazione specialistica per l'intera durata del corso e di un trattamento economico, nonché di copertura previdenziale e per la maternità; mentre i laureati non medici, anch'essi vincitori di concorso, non godono della medesima posizione contrattuale, né di alcun trattamento economico e sono comunque tenuti a pagare la copertura assicurativa per i rischi professionali e le tasse universitarie di iscrizione alla scuola di specializzazione. In tal senso, tenuto conto della natura professionale delle attività svolte durante i periodi di formazione presso le scuole di specializzazione di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015 e del contestuale obbligo di iscrizione all'albo, si riconosce anche per gli specializzandi farmacisti il diritto alla corresponsione del relativo trattamento economico. Infatti, va considerato che l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria, alla luce della normativa vigente, avviene esclusivamente tramite concorso pubblico, sia per i laureati in medicina che per gli altri laureati afferenti alle differenti classi di specializzazione sanitaria, e che la preparazione professionale per tutti gli specializzandi dell'area sanitaria presuppone un percorso formativo di elevato livello, cui non può non corrispondere un trattamento economico-normativo analogo a quello riservato ai medici.

Inoltre, è previsto che l'iscrizione all'albo dei farmacisti sia consentita anche ai pubblici dipendenti, ferma restando la facoltà di esercitare la professione secondo le modalità previste dai rispettivi ordinamenti. Inol-

tre, per i pubblici dipendenti, qualora l'iscrizione all'albo dei farmacisti sia richiesta per la qualifica professionale da rivestire, tale requisito deve essere posseduto al momento dell'assunzione e deve permanere per tutta la durata del rapporto di lavoro.

L'atto legislativo mira, altresì, ad individuare nuove possibilità occupazionali per i farmacisti, consentendo loro:

- di lavorare presso i laboratori privati di analisi cliniche e di elaborare diete salutari, nonché di curare la loro attuazione (articolo 2);

- di operare presso le case di cura private, al fine di evitare che il farmaco, peraltro in quantità rilevanti, sia gestito da persone non qualificate (articolo 3);

- di inserirsi professionalmente nelle strutture del Servizio sanitario nazionale preposte ai trattamenti dei pazienti tossicodipendenti o affetti da AIDS e, in particolare, nei Servizi per le tossicodipendenze (articolo 4).

È prevista, inoltre, l'istituzione del servizio farmaceutico negli istituti penitenziari (articolo 5), al fine di garantire un'adeguata assistenza farmaceutica (con compiti di dispensazione, conservazione e controllo del farmaco nonché di educazione sanitaria) a favore della popolazione ivi residente (tenuto conto anche dell'alta percentuale di tossicodipendenti e di malati di AIDS presenti nelle carceri).

L'articolo 6 prevede, altresì, la presenza di dispensari farmaceutici presso gli aeroporti, le stazioni ferroviarie e le aree di servizio della rete autostradale, quando in pianta organica non sia prevista una sede farmaceutica e qualora non vi siano i presupposti per l'istituzione delle farmacie suppletive ai sensi dell'articolo 11, comma 1, lettera *b*), del decreto-legge n. 1 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 27 del 2012.

L'articolo 7 stabilisce, invece, che le navi di crociera e i treni a lunga percorrenza

siano dotati di un medico e di un farmacista per garantire l'assistenza sanitaria di emergenza ai passeggeri, nonché per assicurare la disponibilità di medicinali di uso comune e di pronto soccorso, già confezionati.

Gli articoli 8 e 9 sono finalizzati a valorizzare il ruolo del farmacista nella prevenzione e nella risoluzione delle problematiche connesse agli errori in terapia, al rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti.

La specializzazione dei farmacisti ospedalieri e territoriali e il loro patrimonio di conoscenze culturali e di competenze professionali possono e devono trovare un'adeguata valorizzazione in ambito clinico, attraverso l'istituzione del farmacista di dipartimento ed il potenziamento dell'attività di corsia e di governo del rischio clinico, con effetti positivi per il miglioramento della qualità delle prestazioni, per la riduzione degli errori terapeutici e per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Le competenze del farmacista in materia di farmacologia, tecnica farmaceutica, farmacodinamica e farmacocinetica possono rappresentare, infatti, 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.

Tra l'altro, come dimostrato dalle sperimentazioni (come il progetto «Farmacista di Dipartimento», condotto 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, Isti-

tuto oncologico di Padova, Riuniti di Ancona, Giovanni Paolo II di Bari e San Vincenzo di Taormina), 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, l'articolo 8 prevede l'istituzione, presso ogni ospedale, casa di cura e centro di degenza, pubblico, privato e convenzionato, dell'Unità di farmacia per la gestione centralizzata delle esigenze delle suddette strutture con i compiti fissati dai rispettivi atti programmatici e organizzativi. Inoltre è stabilito che presso ogni dipartimento delle suddette strutture sia istituita l'Unità operativa di farmacia per le attività di specifica competenza del dipartimento con gli specifici compiti individuati in materia di farmacovigilanza, monitoraggio dei consumi farmaceutici, nonché di collaborazione interprofessionale. A tali unità deve essere assegnato personale farmacista esclusivamente in possesso della relativa specializzazione.

Nella medesima prospettiva si inserisce l'articolo 9, che mira ad introdurre sistemi di segnalazione e monitoraggio che permettano l'identificazione di nuovi e non sospettati rischi, ad esempio complicazioni mai riconosciute associate all'uso di un determinato farmaco, a cui faccia seguito una precisa analisi scientifica dei dati finalizzata all'individuazione delle strategie di azione da seguire.

In tal senso, è prevista l'istituzione della Rete nazionale di gestione del rischio clinico, il cui funzionamento è disciplinato, con decreto del Ministero della salute, da adottare d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché la creazione di un meccanismo di «reporting» dei dati relativi all'assunzione dei farmaci e la costituzione di un gruppo di

esperti che riveda tutti i *report*, individuando i nuovi possibili rischi al fine di prevenirli.

La sicurezza dei pazienti, oltre ad essere uno degli obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale, infatti, è uno dei fattori determinanti della qualità delle cure.

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, essendo necessaria la diffusione di una cultura specifica che promuova l'analisi degli eventi avversi e consenta di raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La sicurezza dei pazienti, quindi, si colloca nell'ambito di un complessivo miglioramento della qualità delle cure e, poiché dipende dall'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che pongano al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Con particolare riferimento alla fase successiva alla dimissione ospedaliera del paziente, l'articolo 10, in attuazione di quanto previsto dalla Raccomandazione n. 17 emanata dal Ministero della salute nel 2014, disciplina il ruolo del farmacista nei processi di «ricognizione» e «riconciliazione farmacologica» al fine di garantire l'aderenza alle terapie da parte dei pazienti e, allo stesso tempo, l'ottimizzazione delle risorse economiche, contribuendo ad eliminare sprechi e inefficienze.

In particolare, con la ricognizione, il farmacista, in collaborazione con il medico, raccoglie tutte le informazioni cliniche sul paziente e sui medicinali assunti, indispensabili per una prescrizione corretta. Una volta esaminati tali dati, attraverso la cosiddetta «riconciliazione» della terapia farmacologica, lo stesso medico prescrittore, d'intesa con il farmacista, valuta se proseguire, va-

riare o interrompere – *in toto* o in parte – la terapia somministrata al paziente in conformità alle esigenze dello stesso.

A tal fine, il farmacista, per il ruolo che riveste all'interno della struttura sanitaria e per le conoscenze specifiche che gli derivano dalla professione, è tenuto a valutare costantemente i farmaci e le terapie assunte dall'assistito, per monitorare appropriatezza e aderenza alle terapie, anche attraverso la lettura dei dati clinici inseriti nel *dossier* farmaceutico di cui all'articolo 12, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 179 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221 del 2012. Lo stesso farmacista, inoltre, è chiamato a concordare, se del caso, d'intesa con il medico di medicina generale, gli interventi di «riconciliazione farmacologica» per allineare prescrizioni e consumi effettivi ed eliminare eventuali errori in corso di terapia farmacologica.

È indubbio, peraltro, che uno degli strumenti più efficaci, previsti dalla legge, per migliorare la presa in carico del paziente, garantendogli continuità assistenziale, monitoraggio e aderenza alla terapia è il *dossier* farmaceutico, ossia quella parte specifica del fascicolo sanitario elettronico (FSE), aggiornato a cura della farmacia, istituito dall'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221 del 2012.

Tuttavia, sebbene l'articolo 12 sopra richiamato attribuisca espressamente al farmacista la possibilità di aggiornare il *dossier* farmaceutico, il disciplinare tecnico di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2015, n. 178, recante «Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico», impedisce la concreta applicazione della suddetta previsione, limitando l'attività del farmacista di fatto alla mera consultazione dei dati anagrafici, prescrittivi e di quelli sul consenso e consentendo esclusivamente per questi ultimi anche l'attività di scrittura.

Al fine di garantire la concreta operatività del *dossier* farmaceutico, il disegno di legge, all'articolo 11, intende precisare che il farmacista, soggetto abilitato alla consultazione e alimentazione del FSE, ha accesso anche ai dati clinici del paziente; la disposizione demanda, quindi, ad un apposito decreto la modifica del disciplinare tecnico di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 178 del 2015 e la ridefinizione del ruolo e delle operazioni di accesso del farmacista.

L'articolo 12 prevede, inoltre, la promozione dell'aderenza del paziente alla terapia farmacologica (ATF) attraverso il servizio professionale di monitoraggio e gestione della terapia reso dal farmacista nelle farmacie di comunità, secondo le linee guida da emanarsi con decreto del Ministero della salute, sentita la Federazione degli ordini dei farmacisti italiani.

La scarsa aderenza alle prescrizioni mediche rappresenta, infatti, la principale causa di inefficacia delle cure farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, determinando un danno sia per la salute dei pazienti che per il sistema sanitario nazionale.

Il rapporto OsMed 2015 ha registrato la permanenza di livelli di scarsa aderenza alle terapie e di inappropriately per alcune classi di farmaci (ad esempio ipolipemizzanti, calcio-antagonisti, inibitori di pompa protonica), evidenziando la necessità di fare meglio sia per l'efficacia dei trattamenti sia per una migliore gestione delle risorse.

Di fondamentale importanza appare, dunque, il coinvolgimento del farmacista nel monitoraggio e nella gestione della terapia farmacologica; infatti, attraverso la presa in carico del paziente, il farmacista ha la possibilità di monitorare le modalità di assunzione dei medicinali per singola patologia e, in caso di criticità, intervenire per rettificare o evitare determinati errori ovvero per

segnalare al medico di base o specialista eventuali situazioni critiche.

Per la realizzazione delle linee programmate che del Ministero della salute in materia di aderenza alla terapia farmacologica, si intende istituire in via ordinaria un fondo per il finanziamento del servizio professionale di monitoraggio e gestione della terapia reso dal farmacista nelle farmacie di comunità.

L'articolo 13 modifica l'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto n. 1265 del 1934, in base al quale l'esercizio della farmacia non può essere cumulato con quello di altre professioni e arti sanitarie per evitare possibili situazioni di conflitto di interessi tra il prescrittore e il dispensatore dei farmaci.

Nel corso del tempo, il Ministero della salute ha interpretato tale disposizione, affermando che il divieto riguarda non solo il cumulo di più professioni sanitarie da parte di un medesimo soggetto, ma si estende anche all'esercizio cumulativo di tali professioni in farmacia.

Negli ultimi anni, tuttavia, si sta assistendo a un'evoluzione giurisprudenziale su tale materia, secondo la quale il sopra richiamato articolo 102 vieta esclusivamente il cumulo soggettivo e non anche quello oggettivo.

In tal senso, anche recependo le istanze giurisprudenziali e ritenendo che l'ipotizzato conflitto di interessi non possa verificarsi con le professioni sanitarie non abilitate alla prescrizione di medicinali, si introduce una modifica al suddetto articolo 102, in base alla quale il divieto di cumulo, sia oggettivo che soggettivo, riguarda esclusivamente le professioni sanitarie abilitate alla prescrizione di medicinali e l'esercizio della farmacia e della professione di farmacista.

L'articolo 14 ridefinisce le classi di insegnamento alle quali possano essere ammessi i laureati in farmacia o in chimica e tecnologia farmaceutica indipendentemente dall'ordinamento accademico del relativo corso di

studi, individuando, in particolare, le seguenti: A-15 (Discipline sanitarie), A-26 (Matematica), A-27 (Matematica e Fisica), A-28 (Matematica e scienze), A-31 (Scienza degli alimenti), A-34 (Scienze e tecnologie chimiche), A-50 (Scienze naturali, chimiche e biologiche), A-60 (Tecnologia nella scuola secondaria di I grado).

L'obiettivo della citata previsione è quello di ampliare le classi di insegnamento a cui possono accedere i laureati in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutica, nonché rimuovere la discriminazione esistente tra i laureati con il nuovo ordinamento rispetto ai laureati con il vecchio ordinamento universitario.

In particolare, si rende necessario adeguare i criteri di accesso all'insegnamento all'attuale ordinamento dei titoli universitari, in modo da consentire ai laureati in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutica di accedere agli insegnamenti di materie coerenti con il loro piano di studi.

In tal senso, l'articolo 14 intende prevedere l'accesso anche agli insegnamenti in matematica, matematica e fisica e matematica e scienze, finora non consentito ai laureati in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutica.

La medesima disposizione è finalizzata, inoltre, a rimuovere la situazione di ingiustificata disparità esistente tra i laureati in farmacia del vecchio ordinamento che, allo stato attuale, hanno accesso ad un numero di classi di insegnamento inferiore rispetto a quello previsto per i laureati del nuovo ordinamento.

Il regolamento di revisione delle classi di concorso, di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 19 del 2016, infatti, nel riformulare le classi di concorso per l'insegnamento, ha lasciato inalterata la situazione di ingiustificata disparità esistente. Tale differenziazione non si giustifica in ragione dei piani di studio e dei percorsi formativi, che si presentano sostanzialmente simili, tanto che il decreto ministeriale 9 lu-

glio 2009 ha riconosciuto la piena equivalenza dei relativi diplomi di laurea, ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici.

Si evidenzia inoltre che l'articolo 15 contiene una disposizione finalizzata ad introdurre, a livello nazionale, l'accesso programmato obbligatorio anche per i corsi di laurea in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutiche, analogamente a quanto previsto dalla legge 2 agosto 1999, n. 264, per altri corsi di laurea tra i quali medicina e chirurgia, medicina veterinaria, odontoiatria ed architettura.

I dati riferiti alla professione di farmacista sono, infatti, piuttosto allarmanti, in quanto prevedono la quasi totale impossibilità di assorbimento dei nuovi laureati da parte del mercato del lavoro.

Peraltro, sulla base di quanto riportato nell'Accordo per la determinazione del fabbisogno formativo per il SSN, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 9 giugno 2016, il fabbisogno di farmacisti per l'anno accademico 2016/2017 è fissato in 1.279 unità.

A fronte di tale dato, si registra invece una media di circa 4.700 laureati in farmacia, dei quali circa 4.000, ogni anno, si iscrivono agli ordini.

Una risposta concreta a tale grave situazione appare la previsione del numero programmato per l'accesso ai corsi di laurea in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutiche.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Si qualificano professionali le attività riservate al farmacista per le quali la legge prevede l'iscrizione all'albo, nonché quelle svolte dal farmacista per le quali la legge prevede il possesso della laurea in farmacia o chimica e tecnologia farmaceutiche e comunque tutte quelle riconducibili a quanto previsto dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 258, nonché dal decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206.

2. Nei concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche, il requisito dell'iscrizione all'albo professionale deve essere posseduto al momento dell'accettazione della sede e la mancata iscrizione all'albo professionale non preclude la partecipazione al concorso e la valutazione del titolo, quando l'iscrizione stessa non sia obbligatoria per l'esercizio dell'attività espletata.

3. A decorrere dall'anno accademico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge e per l'intera durata legale del corso, il trattamento contrattuale di formazione specialistica di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è applicato ai farmacisti delle scuole di specializzazione di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 3 giugno 2015, in quanto tenuti all'iscrizione al relativo albo.

4. L'iscrizione all'albo dei farmacisti è consentita anche ai pubblici dipendenti, ferma restando la facoltà di esercitare la professione secondo le modalità previste dai rispettivi ordinamenti. Per i pubblici dipendenti, qualora l'iscrizione all'albo dei farma-

cisti sia richiesta per la qualifica professionale da rivestire, tale requisito deve essere posseduto al momento dell'assunzione e deve permanere per tutta la durata del rapporto di lavoro.

Art. 2.

1. I farmacisti possono effettuare analisi chimiche, chimico-cliniche e bromatologiche, provvedendo alla redazione e alla sottoscrizione dei relativi referti.

2. I farmacisti possono elaborare diete qualora abbiano finalità salutari e non terapeutiche, nonché curare l'attuazione di diete anche prescritte per finalità terapeutiche.

Art. 3.

1. Le case di cura private e le residenze socio-sanitarie e assistenziali, dotate di almeno di cinquanta posti letto, hanno l'obbligo di istituire il servizio di farmacia.

2. Il servizio di cui al comma 1 deve essere gestito da un farmacista con il compito di procedere all'acquisto e alla conservazione dei farmaci, alla tenuta dei registri, ove previsti dalla normativa vigente, nonché all'attività di farmacovigilanza.

3. Il rapporto può avere anche natura di lavoro autonomo in funzione delle effettive esigenze connesse alla attività prestata.

Art. 4.

1. Presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), istituiti nelle aziende sanitarie locali ai sensi dell'articolo 118 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi studi di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché del regolamento di

cui al decreto del Ministro della sanità 30 novembre 1990, n. 444, è assicurata la presenza di un farmacista, al quale è affidato il compito di curare l'assistenza farmaceutica dei soggetti assistiti.

Art. 5.

1. Il Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro della salute, provvede, con proprio decreto, all'istituzione di un servizio farmaceutico all'interno di ogni istituto penitenziario con una popolazione effettiva non inferiore a duecento individui, tra agenti di custodia, personale addetto e detenuti, affidato a un farmacista con il compito di provvedere all'assistenza farmaceutica.

2. Il servizio istituito ai sensi del comma 1, frazionato per turni, deve essere assicurato continuativamente.

Art. 6.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, qualora non sia istituita una sede farmaceutica e non sussistano i presupposti per l'apertura di una farmacia ai sensi dell'articolo 1-*bis* della legge 2 aprile 1968, n. 475, devono attivare dispensari farmaceutici, ai sensi dell'articolo 1 della legge 8 marzo 1968, n. 221, negli aeroporti anche diversi da quelli civili a traffico internazionale, nelle stazioni ferroviarie e nelle aree di servizio autostradali con un transito di passeggeri medio giornaliero superiore a 1.500 unità.

Art. 7.

1. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo, da emanare entro sessanta giorni dalla data di

entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti, per le navi che svolgono servizio di crociera e per i treni a lunga percorrenza, i criteri e le modalità per la presenza di un medico e di un farmacista, al fine di garantire l'assistenza sanitaria di emergenza ai passeggeri, nonché di assicurare la disponibilità di medicinali di uso comune e di pronto soccorso, già confezionati.

Art. 8.

1. Presso ogni ospedale, casa di cura e centro di degenza, pubblico, privato e convenzionato, è istituita l'Unità di farmacia per la gestione centralizzata delle esigenze delle suddette strutture, con i compiti fissati dai rispettivi atti programmatici e organizzativi.

2. Presso ogni dipartimento delle strutture di cui al comma 1 è istituita l'Unità operativa di farmacia per le attività di specifica competenza del dipartimento con i seguenti compiti:

a) verificare la correttezza delle dosi, delle vie e degli intervalli di somministrazione della terapia farmacologica dei pazienti;

b) collaborare con il personale sanitario del dipartimento nella definizione della terapia farmacologica, nonché nella prevenzione e riduzione del rischio clinico legato alla stessa;

c) monitorare i consumi farmaceutici ed effettuare attività di farmacovigilanza.

3. Alle Unità di cui ai commi 1 e 2 deve essere assegnato personale farmacista esclusivamente in possesso della relativa specializzazione in farmacia ospedaliera.

Art. 9.

1. Nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, commi da 538 a 540, della legge 28

dicembre 2015, n. 208, è istituita la Rete nazionale di gestione del rischio clinico e con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinate l'organizzazione e le modalità di funzionamento della stessa.

2. Presso ogni struttura ospedaliera, pubblica e privata, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono un ufficio di monitoraggio del rischio clinico, composto da personale medico e farmacista e collegato alla Rete di cui al comma 1, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

3. Il responsabile di ogni reparto ha l'obbligo di segnalare all'ufficio di cui al comma 2 tutti gli eventi avversi o rischiosi, anche collegati alla somministrazione di farmaci.

4. Le segnalazioni di cui al comma 3 sono analizzate e rielaborate dal personale dell'ufficio di monitoraggio del rischio clinico, che provvede a trasmetterle alla Rete di cui al comma 1 e individua le azioni da porre in essere per la riduzione o l'eliminazione del rischio.

Art. 10.

1. Il farmacista, a seguito di dimissione ospedaliera del paziente, effettua la ricognizione farmacologica, ossia la valutazione complessiva dei farmaci e delle terapie assunte dall'assistito, per monitorare appropriatezza e aderenza alle stesse, anche avvalendosi dei dati clinici inseriti nel *dossier* farmaceutico di cui all'articolo di cui all'articolo 12, comma 2-bis, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

2. Il farmacista, qualora lo reputi necessario, concorda, d'intesa con il medico di me-

dicina generale, gli interventi di riconciliazione farmacologica finalizzati a allineare le prescrizioni ai consumi effettivi, nonché ad eliminare gli errori in corso di terapia farmacologica.

Art. 11.

1. Per le finalità di cui all'articolo 12, comma 2-*bis*, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, il farmacista alimenta il *dossier* farmaceutico mediante inserimento e aggiornamento dei dati, anche clinici, del paziente.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, è modificato e aggiornato, ai sensi del comma 1, il disciplinare tecnico allegato al regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2015, n. 178.

Art. 12.

1. Il Ministero della salute promuove l'aderenza del paziente alla terapia farmacologica (ATF) attraverso il servizio professionale di monitoraggio e gestione della terapia reso dal farmacista nelle farmacie di comunità.

2. Il Ministero della salute, sentita la Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, con proprio decreto, emana le linee guida per la corretta erogazione del servizio di cui al comma 1.

3. Nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito, in via ordinaria, il fondo per l'aderenza alla terapia farmacologica, assegnato alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano in proporzione alla popolazione residente.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, utilizzano le risorse del fondo di cui al comma 3 per in via esclusiva e diretta la prestazione resa dal farmacista.

Art. 13.

1. L'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, è sostituito dal seguente:

«Art. 102. - *1.* Il conseguimento di più lauree o diplomi dà diritto all'esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie. Gli esercenti le professioni o arti sanitarie possono svolgere la loro attività in farmacia, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione di medicinali, il cui esercizio è in ogni caso incompatibile con la farmacia e la professione di farmacista.

2. I sanitari abilitati alla prescrizione dei medicinali che facciano qualsiasi convenzione con farmacisti sulla partecipazione all'utile della farmacia, quando non ricorra l'applicazione delle disposizioni contenute negli articoli 170 e 172, sono puniti con la sanzione amministrativa da euro 10.000 a euro 50.000».

Art. 14.

1. I laureati in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutiche, indipendentemente dall'ordinamento accademico del relativo corso di studi, hanno accesso alle seguenti classi di insegnamento previste dalla tabella

A allegata al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 2016, n. 19:

- a) A-15 Discipline sanitarie;
- b) A-26 Matematica;
- c) A-27 Matematica e Fisica;
- d) A-28 Matematica e scienze;
- e) A-31 Scienza degli alimenti;
- f) A-34 Scienze e tecnologie chimiche;
- g) A-50 Scienze naturali, chimiche e biologiche;
- h) A-60 Tecnologia nella scuola secondaria di I grado.

Art. 15.

1. All'articolo 1, comma 1, della legge 2 agosto 1999, n. 264, dopo la lettera a) è inserita la seguente:

«*a-bis*) ai corsi di laurea in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutiche».