



CERGAS

Osservatorio Farmaci

REPORT N° 24

Executive Summary

- Gennaio – giugno 2009 -



Osservatorio Farmaci
Report N° 24 - Executive Summary

Nel presente documento vengono illustrati i risultati più significativi contenuti nel Report 24 dell'Osservatorio Farmaci, report relativo al primo semestre del 2009, senza riportare analiticamente le fonti dei dati, i criteri di elaborazione degli stessi e le principali problematiche collegate a tali elaborazioni, relativamente ai quali si rimanda alla Sezione Introduttiva dello stesso, consultabile presso il Centro Documentazione del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it).

Si ricorda, comunque, che la reportistica dell'Osservatorio Farmaci:

- si riferisce all'assistenza farmaceutica (a carico del SSN e dei pazienti) erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (escludendo quindi gli acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie, sia che gli stessi vengano utilizzati in ambito ospedaliero, sia che vengano dispensati sul territorio). Oltre alle tradizionali proiezioni regionali e nazionali sulla spesa farmaceutica convenzionata, viene proposta anche una proiezione a livello nazionale della spesa non convenzionata per il triennio 2009-2012, con una valutazione dello sfondamento del tetto di spesa;*
- utilizza come fonte dei dati (i) di spesa e consumo complessivi IMS Health (ii) di spesa rimborsata dal SSN Federfarma. In generale i dati sono stati ottenuti direttamente dalle relative fonti, esclusi: il dato di spesa per farmaci rimborsabili acquistati privatamente (ottenuto come differenza contabile tra i dati IMS Health ed i dati Federfarma); lo split (stimato direttamente dall'Osservatorio Farmaci) effettuato sui farmaci in Classe A tra consumi a carico del SSN e dato di acquisto privato.*
- Nella sezione internazionale analizza: i) variabili economiche generali (PIL, inflazione, tasso di disoccupazione, avanzo/disavanzo del settore pubblico) le cui fonti di riferimento sono l'Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>), il Fondo Monetario Internazionale (<http://www.imf.org/>) e l'OCSE (OECD Health Data, Giugno 2008); ii) la situazione delle imprese in termini di redditività (EBITDA), esportazioni e analisi delle aspettative di imprese e consumatori le cui fonti sono l'OCSE (sezione Stats) e la Commissione Europea; iii) i dati di spesa sanitaria e farmaceutica desunti dal database dell'OCSE (OECD Health Data, Giugno 2008).*

Inoltre va segnalato che:

- a partire dal 2007 la voce "sconto" di Federfarma comprende i) lo sconto per fasce di prezzo posto a carico delle farmacie; ii) la quota di pay-back posta a carico delle farmacie per il recupero della mancata riduzione del 5% dei prezzi dei farmaci delle aziende che hanno optato per il rimborso diretto alle Regioni; iii) il contributo dello 0,6% a carico dell'industria per il ripiano dello sfondamento della spesa ospedaliera.*



-
- *da Luglio 2006 è entrato in vigore il DL 223 del 4 luglio (Decreto Bersani), che prevede la possibilità di vendita dei farmaci senza obbligo di prescrizione in esercizi esterni alle farmacie.*
 - *La Legge 48/06 prevede la soppressione della disposizione del DL 87/2005 (noto come decreto "Storace") in base alla quale le farmacie potevano applicare per i farmaci SP ed OTC uno sconto massimo del 20% rispetto al prezzo massimo stabilito dall'azienda titolare dell'Autorizzazione all'Immissione al Commercio. In seguito, la Legge Finanziaria per il 2007 ha di fatto liberalizzato i prezzi di cessione al pubblico da parte della farmacia (e dei canali esterni alla farmacia), sostituendo in pratica con tale liberalizzazione dei prezzi, quella degli sconti introdotta con Legge 48/2006.*

Il Report 24 nella sua versione completa consultabile presso il Centro Documentazione del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it) illustra:

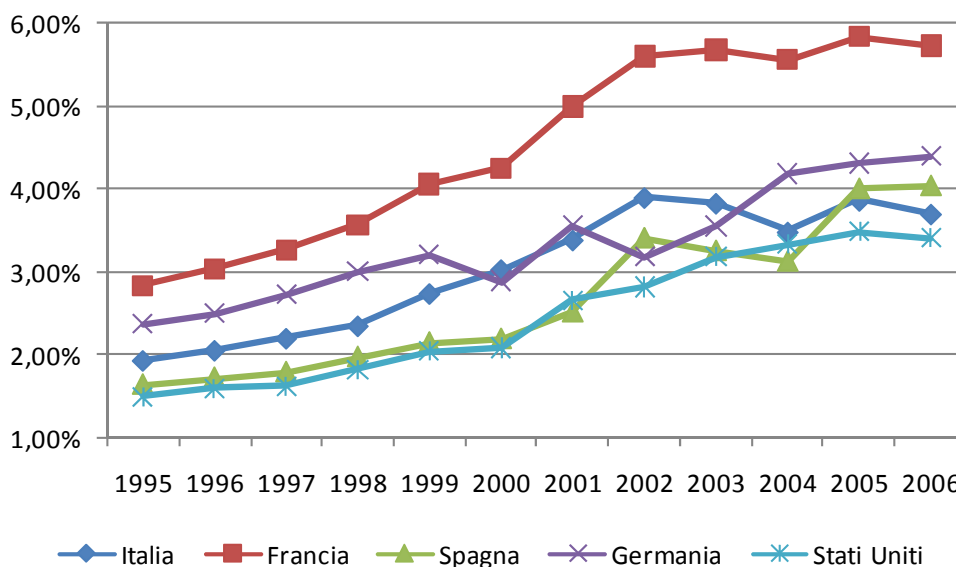
- *le variabili del contesto internazionale;*
- *a livello nazionale e regionale, i dati di spesa farmaceutica pubblica e privata relativi al primo semestre 2009;*
- *le proiezioni a livello nazionale (spesa e consumi pubblici e privati per farmaci dispensati tramite le farmacie convenzionate e spesa a carico del SSN per farmaci dispensati direttamente alle strutture sanitarie) per il periodo 2009-2012 e le proiezioni 2009 a livello regionale.*
- *un quadro riassuntivo sui principali avvenimenti di politica del farmaco da gennaio a ottobre 2009.*

Un confronto internazionale

Le esportazioni nel settore manifatturiero sono mediamente aumentate nel corso degli anni, in particolare in Germania e in Francia, mentre è molto bassa la quota di prodotti manifatturieri esportati dagli Stati Uniti. Questi ultimi mostrano un dato ancora più basso con riferimento al settore farmaceutico, dove la quota di prodotti esportati è sempre inferiore al 20%, per quanto la quota di esportazioni di prodotti farmaceutici rispetto al totale dell'export sia aumentata nel corso degli anni (Grafico 1). Particolarmente evidente è il caso della Germania, Paese in cui l'esportazione di farmaci ha superato, nel 2006, il valore della produzione. La Germania è, peraltro un esportatore netto di farmaci, al pari della Francia e a differenza della Spagna e degli Stati Uniti. L'Italia ha mostrato un valore altalenante del rapporto Export/Import, sempre tendenzialmente intorno al pareggio ma in calo negli ultimi anni.

Grafico 1

Export Farmaceutico / Export settore Manifatturiero nei Principali Paesi dell'Area Euro e Stati Uniti



Per quanto concerne le aspettative di tutte le imprese, gli ultimi mesi, a partire approssimativamente da marzo 2009, hanno evidenziato una ripresa di fiducia (benché ancora non si possa parlare di ottimismo) da parte delle imprese e dei consumatori, segnalando che la situazione economica percepita potrebbe aver rallentato il peggioramento, mentre per il miglioramento bisognerà attendere ancora almeno un semestre (tabella 1).



Osservatorio Farmaci - CER GAS - Università L. Bocconi
Executive Summary REPORT N° 24

5

Tabella 1

Aspettative: indicatore di fiducia delle imprese (tutte e settore chimico) e dei consumatori

Imprese (tutte)				
PAESI	Max da gennaio 1995	Min da gennaio 1995	ago-09	ultimi 12 mesi (variazione)
Area Euro	7	-38	-26	-16
Germania	11	-41	-29	-20
Spagna	7	-40	-27	-10
Francia	15	-39	-30	-19
Italia	13	-35	-20	-11
Olanda	7	-26	-16	-18
Imprese (settore Chimico)				
PAESI	Max da gennaio 1995	Min da gennaio 1995	ago-09	ultimi 12 mesi (variazione)
Area Euro	11	-31	-15	-11
Germania	14	-36	-17	-11
Spagna	14	-35	-24	-20
Francia	22	-26	-13	-9
Italia	24	-28	-7	1
Olanda	13	-33	-16	-17
Consumatori				
PAESI	Max da gennaio 1995	Min da gennaio 1995	ago-09	ultimi 12 mesi (variazione)
Area Euro	3	-33	-21	-2
Germania	11	-32	-21	-10
Spagna	6	-48	-18	18
Francia	3	-36	-26	-4
Italia	4	-32	-15	10
Olanda	30	-27	-9	-9



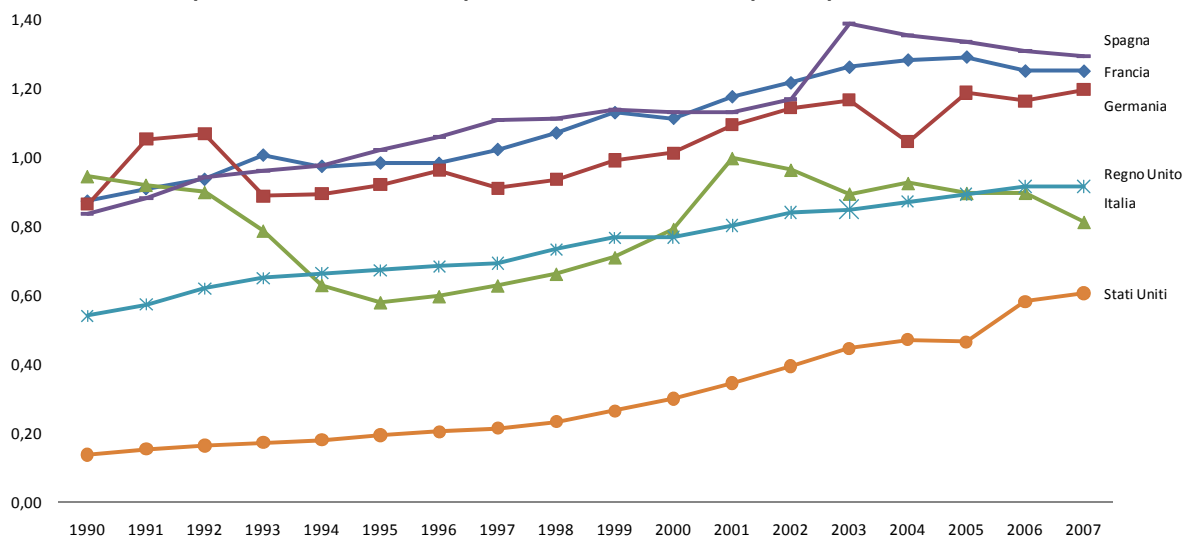
Rispetto alla spesa sanitaria, secondo i dati OCSE aggiornati al 2007, negli Stati Uniti dove la copertura della spesa pubblica è al di sotto del 50%, si registra una crescita più consistente della spesa sanitaria pubblica procapite rispetto a quanto avviene nei paesi europei, in cui la copertura si avvicina al 100% (tabella 2). Il dato statunitense può essere attribuito all'alto tasso di penetrazione e agli elevati costi delle grandi tecnologie nonché all'inefficienza del sistema assicurativo.

Tabella 2
Spesa sanitaria pubblica procapite (\$ PPA)

PAESI	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	CAGR 1990-1995	CAGR 1995-2000	CAGR 2000-2007
Austria	1.187	1.638	2.169	2.187	2.317	2.417	2.568	2.644	2.737	2.875	6,7%	5,8%	4,1%
Belgio	n.d.	1.456	1.597	1.720	1.844	1.951	2.156	2.450	n.d.	n.d.	n.d.	1,9%	n.d.
Danimarca	1.277	1.544	1.960	2.084	2.236	2.378	2.558	2.639	2.823	2.968	3,9%	4,9%	6,1%
Finlandia	1.105	1.067	1.316	1.413	1.550	1.634	1.795	1.903	2.022	2.120	-0,7%	4,3%	7,0%
Francia	1.138	1.720	2.076	2.220	2.396	2.441	2.543	2.696	2.790	2.930	8,6%	3,8%	5,0%
Germania	1.347	1.855	2.128	2.227	2.327	2.431	2.433	2.577	2.660	2.758	6,6%	2,8%	3,8%
Grecia	458	657	870	1.066	1.140	1.213	1.237	1.414	1.580	1.646	7,5%	5,8%	9,5%
Irlanda	568	865	1.326	1.575	1.795	1.959	2.150	2.193	2.326	2.762	8,8%	8,9%	11,1%
Italia	1.080	1.088	1.488	1.653	1.656	1.692	1.822	1.933	2.054	2.056	0,2%	6,5%	4,7%
Olanda	949	1.278	1.474	1.605	1.769	1.832	1.894	n.d.	n.d.	n.d.	6,1%	2,9%	n.d.
Portogallo	417	648	1.095	1.122	1.197	1.335	1.377	1.505	1.538	n.d.	9,2%	11,1%	5,8%*
Spagna	687	861	1.100	1.165	1.244	1.421	1.500	1.600	1.757	1.917	4,6%	5,0%	8,3%
Svezia	1.434	1.512	1.938	2.052	2.213	2.334	2.413	2.415	2.549	2.716	1,1%	5,1%	4,9%
Regno Unito	804	1.132	1.454	1.602	1.750	1.862	2.087	2.206	2.367	2.446	7,1%	5,1%	7,7%
Stati Uniti	1.102	1.683	2.033	2.232	2.404	2.571	2.744	2.915	3.132	3.307	8,8%	3,9%	7,2%

Dal confronto internazionale sull'incidenza della spesa farmaceutica pubblica sul PIL emerge come l'Italia, con ogni probabilità grazie alle azioni di contenimento sulla spesa farmaceutica convenzionata ed all'attivazione di forme alternative di distribuzione dei farmaci, sia riuscita a partire dal 2005 a mantenersi al di sotto degli altri paesi europei.

Grafico 2
Spesa farmaceutica pubblica sul PIL nei principali Paesi UE



Nota: Dati UK estrapolati a partire dal 2003



I principali trend della spesa farmaceutica nel primo semestre 2009

I primi sei mesi del 2009 sono stati caratterizzati da numerosi interventi che hanno inciso e, soprattutto, incideranno sul settore farmaceutico. In particolare, le azioni che stanno maggiormente condizionando il mercato sono:

- le misure urgenti attuate dal Governo per intervenire a favore delle popolazioni colpite dal terremoto in Abruzzo (DL 39/2009 convertito in legge il 24 giugno 2009, Legge n. 77 – cosiddetto Decreto “Abruzzo”);
- le disposizioni previste dal decreto anticrisi approvato a luglio (DL 78/2009 convertito in legge il 3 agosto 2009, Legge n. 102 – cosiddetto Decreto “anticrisi”);
- le scelte delle regioni in merito all’attuazione di piani di rientro volti a coprire parzialmente i disavanzi pregressi e a ridurre l’andamento tendenziale della spesa (a ad aumentare le entrate) ai fini del raggiungimento di condizioni di equilibrio economico-finanziario.

Nel primo semestre 2009 rispetto allo stesso periodo nel 2008, la spesa per farmaci erogati dalle farmacie aperte al pubblico cresce complessivamente dello 0,6% (Tabella 3). Tale andamento interessa sia la spesa a carico del paziente (+1,1%) che la componente di spesa a carico del SSN: si registra infatti una crescita della spesa per farmaci rimborsati dal SSN (+0,9), della spesa farmaceutica lorda (+1,6%) e della spesa farmaceutica convenzionata netta (+0,3%).

Rispetto allo sconto a carico delle farmacie, il dato riportato non include l’incremento dell’1,4% previsto dalla normativa, in quale tale importo sarà trattenuto in due rati annuali nel corso dell’anno.



Osservatorio Farmaci - CER GAS - Università L. Bocconi
Executive Summary REPORT N° 24

9

Tabella 3

La composizione della spesa complessiva per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico

Componenti ed indicatori di spesa farmaceutica		gen-giu 2009 (milioni Euro)	gen-giu 2008 (milioni Euro)	var %
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili al lordo degli sconti a carico farmacie ed imprese	7.098	7.038	0,9%
2	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	485	528	-8,1%
3=4+5+6	Spesa pubblica lorda	6.613	6.510	1,6%
4	Sconto totale	359	353	1,7%
4bis	- Sconto a carico delle farmacie	349	342	1,8%
4ter	- Sconto a carico delle imprese	10	11	-3,2%
5	Compartecipazioni alla spesa	393	315	24,7%
6=3-4-5	Spesa farmaceutica convenzionata	5.861	5.842	0,3%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili	2.718	2.714	0,1%
8	Farmaci etici non rimborsabili	1.610	1.575	2,2%
9 = 10+13	Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	1.108	1.139	-2,7%
10=11+12	- Farmaci, di cui	1.051	1.092	-3,8%
11	a) SP	284	287	-0,9%
12	b) OTC	767	805	-4,8%
13	- Altro	57	47	21,2%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	3.596	3.557	1,1%
15=6+14	Totale (al netto degli sconti farmacie e imprese)	9.457	9.399	0,6%
6/15	Convenzionata / Totale (al netto degli sconti farmacie e imprese)	62,0%	62,2%	
6(1-4+8)	Convenzionata / Totale etici (al netto degli sconti farmacie e imprese)	70,2%	70,7%	
6/(1-4)	Convenzionata / Totale rimborsabili (al netto degli sconti farmacie e imprese)	87,0%	87,4%	
4/3	Incidenza sconto farmacie e imprese su spesa lorda	5,4%	5,4%	
4bis/3	Incidenza sconto farmacie su spesa lorda	5,3%	5,3%	
4ter/3	Incidenza sconto imprese su spesa lorda	0,2%	0,2%	
5/3	Incidenza compartecipazioni alla spesa su spesa lorda	5,9%	4,8%	

I consumi del primo semestre 2009 (Tabella 4), espressi in numero di confezioni per i farmaci rimborsabili, crescono del 1,6%. Tale crescita è dovuta alla compensazione di due trend che registrano andamenti opposti: l'aumento dei consumi a carico del SSN (2,3%) e il decremento dei consumi per farmaci rimborsabili acquistati direttamente dai pazienti (-7,2%). A contribuire alla contrazione generale dei consumi a carico del paziente (-4,1%), oltre all'andamento negativo delle confezioni acquistate privatamente, vi sono i prodotti non rimborsabili (-3,7%), con un calo particolarmente sostenuto per prodotti senza obbligo di prescrizione, probabilmente anche a causa dell'impatto della crisi finanziaria in atto.

Tabella 4

La composizione dei consumi complessivi per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (milioni di confezioni)

Composizione dei consumi complessivi (farmaci che transitano dalle farmacie aperte al pubblico)		gen-giu 2009 (milioni confezioni)	gen-giu 2008 (milioni confezioni)	var %
1=2+3	Farmaci rimborsabili	602,3	593,0	1,6%
2	A carico SSN	558,9	546,2	2,3%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	43,4	46,8	-7,2%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili	315,2	327,1	-3,7%
5	Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	148,2	150,4	-1,5%
6=7+10	Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	167,0	176,7	-5,5%
7=8+9	- Farmaci, di cui	155,4	166,2	-6,5%
8	a) SP	44,9	47,1	-4,7%
9	b) OTC	110,5	119,1	-7,2%
10	- Altro	11,6	10,5	9,8%
11=3+4	A carico del paziente	358,6	373,9	-4,1%
12=2+11	Totale	917,5	920,1	-0,3%
2/12	SSN / Totale	60,9%	59,4%	
2/(1+5)	SSN / Totale etici	74,5%	73,5%	
2/1	SSN / Totale rimborsabili	92,8%	92,1%	
8	Numero ricette (a carico SSN)	290,7	282,7	2,8%
9=2/8	Confezioni per ricetta (a carico SSN)	1,92	1,93	-0,5%

Nota: il numero di confezioni per farmaci rimborsabili è stato scomposto in confezioni effettivamente rimborsate dal SSN ed acquisto/prescrizione di farmaci rimborsabili ipotizzando per i due gruppi di farmaci lo stesso prezzo per confezione.

Il calo del costo medio per confezione (Tabella 5) dei farmaci rimborsati (-0,7%) e dei farmaci rimborsabili acquistati da privati (-0,9%) è in controtendenza rispetto all'aumento del costo medio per confezione dei farmaci non rimborsabili (3,9%). Cresce infatti sia il costo medio per confezione degli SP (4,0%) e OTC (2,6%) ed è elevato anche il tasso di crescita del costo medio dei prodotti che rientrano nella voce "altro" (10,3%). In generale il costo medio delle confezioni di prodotti farmaceutici acquistati dal privato sale del 5,4%.

Viene pertanto confermato l'andamento registrato già in chiusura del 2008: a fronte di un crescente consumo di farmaci rimborsabili il costo medio per confezione decresce. Un simile trend può trovare giustificazione nel fatto che la scadenza di numerosi brevetti, da un lato, e l'effetto prodotto dalle iniziative regionali per modificare il mix prescrittivo e di consumo a favore di farmaci meno costosi, dall'altro, stiano favorendo l'aumento complessivo dei consumi.



Tabella 5
Il costo medio per confezione (euro)

Costo medio per confezione	gen-giu 2009	gen-giu 2008	var %
Farmaci rimborsabili (lordo sconto farmacie ed imprese)	11,8	11,9	-0,7%
Farmaci rimborsabili (netto sconto farmacie ed imprese)	11,2	11,3	-0,8%
- Farmaceutica convenzionata	10,5	10,7	-2,0%
- Prescrizione/acq priv (stima)	11,2	11,3	-0,9%
Prodotti non rimborsabili, di cui	8,6	8,3	3,9%
- Farmaci etici non rimborsabili	10,9	10,5	3,8%
- Prodnovi non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	6,6	6,4	2,9%
a) Farmaci, di cui	6,8	6,6	2,9%
a.1) SP	6,3	6,1	4,0%
a.2) OTC	6,9	6,8	2,6%
b) Altro	4,9	4,5	10,3%
A carico del paziente	10,0	9,5	5,4%
Totale (netto sconto)	10,3	10,2	0,9%
<i>Totale (lordo sconto farmacie ed imprese)</i>	<i>10,7</i>	<i>10,6</i>	<i>0,9%</i>



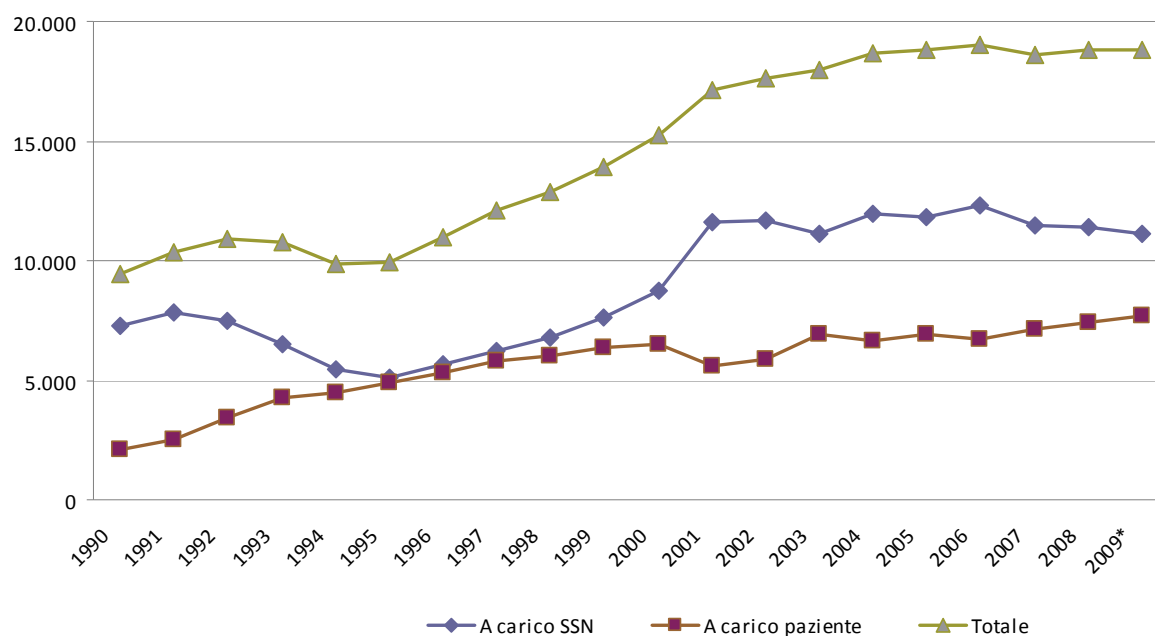
Il trend storico del mercato farmaceutico

L'andamento storico del mix pubblico/privato della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico degli ultimi 10 anni (Grafico 3) rileva un generale trade-off tra spesa pubblica e spesa privata. Nello specifico:

- All'inizio degli anni '90 esisteva una forte divaricazione tra la componente pubblica e privata della spesa, con una spesa a carico del SSN superiore più del triplo rispetto alla spesa a carico del cittadino. Dal 1992 le due componenti di spesa si sono avvicinate sino ad assumere quasi lo stesso valore nel 1995. Questo andamento della spesa nei primi anni '90 (decescente nella componente pubblica e crescente nella componente privata) è il risultato di una serie di politiche di contenimento della spesa, di cui si è ampiamente riferito nei precedenti Report.
- Dal 1996, archiviata la fase di contenimento della spesa, sia la componente pubblica sia quella privata di spesa hanno ricominciato a crescere ad un tasso sostanzialmente analogo fino al 1998.
- Dal 1998, ma in modo ancor più evidente nel 1999, nel 2000 e, in misura poi eclatante nel 2001, le due componenti di spesa (spesa a carico del SSN e spesa privata) hanno iniziato ad assumere un trend di crescita disallineato, con una spesa pubblica caratterizzata da un tasso di crescita significativamente superiore a quello della spesa privata: abolizione delle compartecipazioni alla spesa ed allargamento della rimborsabilità pubblica per farmaci soggetti a nota sono stati tra le principali cause dell'incremento della spesa farmaceutica pubblica (e della ripresa anche del trend di crescita della spesa farmaceutica complessiva).
- Nel corso del 2002, ed in forma ancor più accentuata nel 2003, si è avuta: una crescita più elevata per la spesa privata e una corrispondente riduzione della spesa a carico del SSN. Questo andamento della spesa (tassi di crescita limitati per la componente pubblica e maggiore crescita della componente privata) è ancora il risultato di una serie di politiche di contenimento della spesa introdotte nel corso del 2002 e nel 2003.
- Il 2004, in un contesto di crescita debole della spesa farmaceutica complessiva, vede lo spostamento verso la componente pubblica accompagnato da una riduzione della spesa a carico dei pazienti; il 2005, in un contesto di sostanziale stabilità della spesa farmaceutica complessiva ha fatto registrare un cambiamento del mix pubblico/privato a favore della componente privata, mentre nel 2006 si è assistito ad un trasferimento allo Stato dell'onere prima a carico dei cittadini (in forma di compartecipazione alla spesa).
- A partire dal 2007 si registra un'inversione di tendenza e si assiste ad un crescente trasferimento dell'onere dallo stato ai pazienti, soprattutto per effetto dell'incremento o della nuova introduzione di ticket in numerose regioni. Questo tipo scelta è stata spesso dettata dall'obiettivo di contenimento della

spesa farmaceutica con il fine ultimo di rientrare dal disavanzo sanitario accumulato.

Grafico 3
Andamento dei tassi di crescita della spesa farmaceutica totale, a carico SSN e spesa a carico del paziente (milioni di Euro)





I consuntivi del 2008: i dati regionali

I provvedimenti adottati a livello regionale che tra il 2008 e 2009 hanno maggiormente contribuito a produrre effetti sull'andamento del mercato farmaceutico sono così riassumibili (Box 1):

- con riferimento ai ticket, la Regione Piemonte da gennaio 2008 ha sensibilmente aumentato le esenzioni, con conseguente riduzione dell'incidenza delle compartecipazioni sulla spesa lorda e la Regione Lazio, a partire da settembre 2008, ha introdotto la compartecipazione alla spesa per i farmaci con brevetto in corso di validità, aumentandone poi l'entità a dicembre dello stesso anno. Nel 2009 due Regioni hanno introdotto i ticket e nello specifico la Regione Abruzzo a partire da marzo e la Calabria da maggio.
- Alcune regioni hanno adottato a partire dal 2007 misure sulle Categorie terapeutiche omogenee, tra le quali indirizzi sull'uso dei farmaci (Abruzzo, Basilicata, Liguria, Marche, Puglia, Sicilia e Toscana) o l'introduzione di prezzi di riferimento per categoria (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Puglia, Molise, Sicilia e Sardegna). Se in alcune realtà regionali, le iniziative di indirizzo del governo del comportamento prescrittivo hanno riguardato diverse categorie terapeutiche, il prezzo di riferimento si è essenzialmente concentrato sugli inibitori di pompa protonica. Tali provvedimenti hanno impatti sulla spesa anche nei primi mesi del 2008. Si ricorda, a tale proposito, che, ai sensi della Legge Finanziaria per il 2008, le iniziative di prezzo di riferimento per categoria terapeutica omogenea non sono più possibili, fatte salve quelle introdotte prima di Ottobre 2007.
- Continuano ad aumentare le forme alternative di distribuzione che spostano la spesa per l'assistenza farmaceutica dal regime della spesa convenzionata a quello della territoriale determinando un nuovo scenario rispetto allo sfondamento dei tetti. Tra le forme alternative di distribuzione dei farmaci la più diffusa è la distribuzione in nome e per conto. Nei primi mesi del 2009 si è assistito infatti ad una proroga dell'accordo in scadenza nella Regione Sardegna e alla stipula di nuovi accordi in 5 regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Molise e Calabria).



Osservatorio Farmaci - CER GAS - Università L. Bocconi Executive Summary REPORT N° 24

15

Tabella Box 1
Provvedimenti adottati a livello regionale nel biennio 2008- 2009

Ambito	Regione	Provvedimenti adottati nel 2008 - 2009	Mese di attivazione del provvedimento
Compartecipazioni alla spesa	Abruzzo	Delibera 14/09 2 € sino a un massimo di 4 € per ogni confezione avente prezzo di vendita superiore a 5 €; 0,5 € sino a un massimo di 1 € per ogni confezione avente prezzo di vendita inferiore o uguale a 5 €	mar-09
	Calabria	1 € per ciascuna ricetta o impegnativa del medico curante 2 € per ciascun pezzo prescritto (massimo 2), per un limite massimo per ricetta pari a 5 euro (compresa la quota fissa)	mag-09
	Piemonte	DGR n° 51-7754 del 10.12.07 e rettifica n° DGR 36-7965 del 28.12.07	gen-08
	Lazio	Supplemento ordinario n. 116 al BOLLETTINO UFFICIALE N. 34: introduzione partecipazione alla spesa su tutte le confezioni di farmaci con brevetto ancora in corso di validità, inclusi nella fascia A del Prontuario Terapeutico Nazionale	set-08
		Decreto n. 45 del 17 novembre 2008 4,00 € per ogni confezione avente prezzo di vendita superiore a 5 €; 2,00 € a confezione a carico degli altri assistiti con l'eccezione di quanti, secondo la normativa vigente, hanno diritto a esenzione 'totale', 'per reddito' e 'per categoria'; 2,50 € per ogni confezione avente prezzo di vendita inferiore o uguale a 5 €; 1,00 € a confezione a carico degli altri assistiti con l'eccezione di quanti, secondo la normativa vigente, hanno diritto a esenzione 'totale', 'per reddito' e 'per categoria'.	dic-08
Provvedimenti ISF	Lombardia	DGR VIII-4220 del 28 Febbraio 2007	mar-07
	Veneto	DGR 1307 del 8 maggio 2007	lug-07
	Molise	DGR 116 del 9 febbraio 2007	feb-07
	Campania	Bozza di marzo 2007 in discussione al Consiglio Regionale	
	Basilicata	DGR n° 1959 del 18 dicembre 2006	dic-06 gen-07
	Calabria	DGR 445 del 29.06.2006 (la sentenza n.499 del Tar della Calabria ha respinto in data 25 maggio 2007 le opposizioni di alcune multinazionali del farmaco alla Regolamentazione dell'informazione scientifica del farmaco in Calabria)	set-06
	Puglia	DGR 890 del 19.06.2007	giu-07
	Trentino Alto Adige	DGR n. 1483 del 13 luglio 2007	lug-07
	Marche	DGR 598 del 14 aprile 2009	apr-09
	Liguria	Due annullamenti TAR Liguria (ultimo in data 12/7/2007)	
Azioni su CTO	Toscana	DGR n. 148 del 26 febbraio 2007	feb-07
	Marche	DGR n. 135 del 26 febbraio 2007	feb-07
	Lazio	DGR n. 124 del 27 febbraio 2007	apr-07
	Puglia	LR 39 del 28 dicembre 2006	dic-06 gen-07
	Calabria	DGR n. 93 del 26 febbraio 2007	mar-07
	Sicilia	Assemblea Regionale Siciliana XIV LEGISLATURA 62a SEDUTA del 18 Aprile 2007	apr-07
	Sardegna	DGR n. 8/12 del 28 febbraio 2007	mar-07
	Basilicata	DGR n.333 del 11 marzo - rinnovo Accordo Regionale per la distribuzione dei farmaci in nome e per conto	mar-08
	Bolzano	Procollo 378848 del 2 luglio 2009 - Accordo regionale di distribuzione in nome e per conto; validità un anno a partire dal 1 settembre 2009.	giu-09
	Calabria	Protocollo n.574 del 25 febbraio 2009 - Accordo tra Asl di Reggio Calabria-Federfarma Reggio Calabria per la distribuzione di farmaci in nome e per conto	feb-09
Forme alternative di distribuzione dei farmaci	Campania	Protocollo n.2612 del 17 ottobre 2008 - Accordo ASL Napoli 3 del 30 maggio 2008 per la distribuzione dei farmaci in nome e per conto	ott-08
		Protocollo n.1745 del Accordo ASL Napoli 3 del 20 ottobre 2008 per la distribuzione dei farmaci in nome e per conto	ott-08
		Accordo ASL Caserta 2 del 2/10/2008 distribuzione di tipo in nome e per conto della ASL dei farmaci di cui al PHT, ha decorrenza a partire dal 3 novembre 2008	ott-08
		Protocollo n.2947 del 27 novembre 2008 - Accordo siglato tra ASL Napoli 5, Fed. Napoli, Fed. Campania, ADF, Fed. Servizi e CODIN Campania del 01 gennaio 2008 per la distribuzione dei farmaci in nome e per conto	nov-08
	Lazio	DGR n. 918 del 16 novembre 2007: accordo per la distribuzione in nome e per conto tramite le farmacie convenzionate di farmaci del PHT Rinnovo Accordo Regionale 2009/2011 per la Distribuzione in Nome e Per Conto dei farmaci di cui al PHT per l'anno 2009/2011 tra Regione Lazio, Federfarma Lazio, Farmacie Comunali, Farmacap, Federfarma Servizi e ADF	dic-07 dic-08
	Sardegna	DGR n° 38/8 del 8.7.2008 - Proroga accordo sperimentale per l'acquisto e la distribuzione dei farmaci del PHT	lug-09
	Sicilia	D.A. 2205 del 17 ottobre 2007: dal 1° gennaio 2008 le ASL avrebbero distribuito in forma diretta tutti i medicinali del PHT; D.A. 2923 del 28 dicembre 2007 rinvio al 30 giugno 2008 dell'entrata in vigore del citato decreto mantenendo la distribuzione per conto. Dal 1° luglio 2008 distribuzione diretta dei farmaci di cui al PHT	ott-2007 gen-2008 lug-2008
	Molise	Protocollo 897 del 31 marzo 2008: Proroga accordo regionale per la distribuzione diretta dei farmaci di cui al PHT Accordo del 20 febbraio 2009 - L'accordo prevede che la Regione Molise attraverso l'Asrem acquisti i farmaci della distribuzione diretta	feb-08 dic-08
	Piemonte	Accordo Regionale sperimentale di distribuzione per in nome e per conto del 20 luglio 2009	lug-09
	Veneto	Protocollo 2487 del 6 ottobre 2008 - L'Accordo prevede una distribuzione di tipo in nome e per conto della ASL dei farmaci di cui al PHT nella Area Vasta VE/RO Repertorio n. 140 del 9 dicembre 2008 - la distribuzione per conto nell'Area Vasta della Provincia di Verona ed interessa la distribuzione dei farmaci compresi nel PHT	lug-25 dic-08
	Valle d'Aosta	Delibera n. 3560 del 5 dicembre 2008 - Accordo per la distribuzione dei farmaci in nome e per conto	dic-08
	Friuli Venezia Giulia	Protocollo 374, del 30 dicembre 2007: distribuzione in nome e per conto Protocollo 630 del 15 maggio 2009: atto aggiuntivo all'accordo per DPC	feb-08 mag-09
Accordi Integrativi Regionali con la Medicina Generale	Puglia	Accordi regionali integrativi degli accordi collettivi nazionali	ott-07
	Sicilia		ago-07
	Marche		mag-07
	Lombardia		mag-07
	Trento		apr-07
	Molise		gen-07
	Basilicata		feb-08
	Sardegna		mar-08

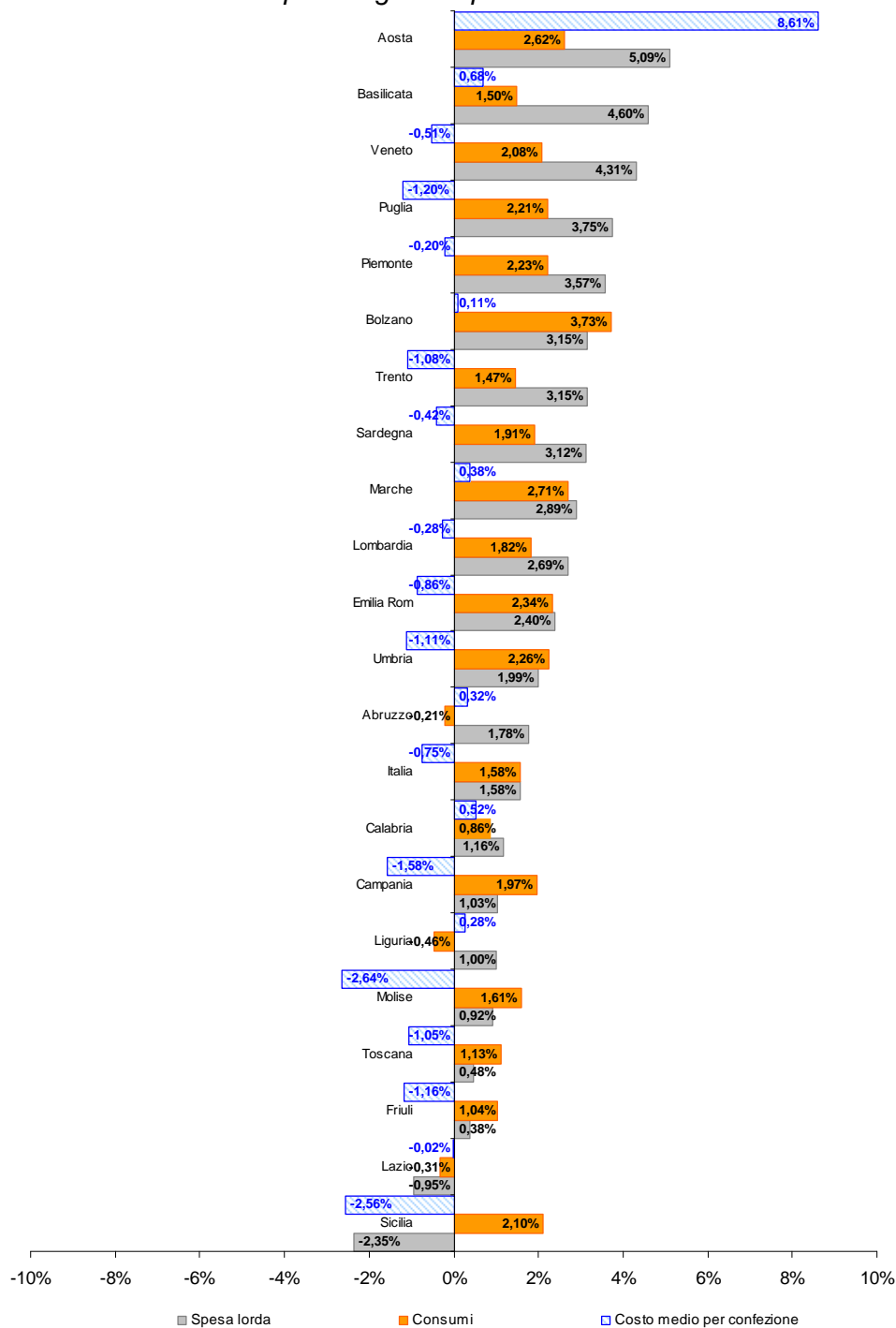
Tabella 6
Indicatori delle principali misure di contenimento della spesa farmaceutica

Regione	Introduzione ticket	Incidenza ticket su spesa farmaceutica lorda		Azioni su CTO			Costo Medio per confezione		Forme alternative di distribuzione dei farmaci				
		I sem 2009	I sem 2008	Reference Pricing	Indirizzi prescrittivi	Norma di riferimento	I sem 2009	I sem 2008	Distribuzione Diretta Limitata	Accordi in nome e per conto limitati	Accordi in nome e per conto in vigore	Distribuzione Diretta diffusa	Incidenza DD sulla territoriale (I sem 2009)
Piemonte	da 01/01/2008 (aumento esenzioni)	5,1%	5,2%				11,0	12,2					9,1%
Valle d'Aosta	-	2,4%	1,8%				11,6	11,4					13,5%
Lombardia	da 01/12/2002: ultima modifica 30/07/04	8,9%	8,4%				10,7	12,6					8,6%
Bolzano	da 01/07/2002	7,9%	7,6%				10,5	12,0					21,2%
Trento	-	2,0%	1,5%				10,6	11,4					17,4%
Veneto	da 01/04/2003: ultima modifica 01/04/05	8,9%	8,2%				10,0	11,6					11,9%
Friuli VG	-	2,4%	1,8%				10,9	11,8					14,6%
Liguria	da 01/04/2002	4,5%	4,3%	2007 - 2008	2007 - 2008	DGR 1666/06 LR 15/07 DGR 208/07 DGR 1197/2008 DGR 131/209 DGR 132/2009	10,7	11,8					16,3%
Emilia R	-	2,7%	2,0%				10,0	10,8					18,4%
Toscana	-	3,0%	2,1%		feb-07	DGR 148/07	9,5	10,3					16,9%
Umbria	-	2,8%	2,1%				9,7	10,5					15,7%
Marche	-	2,7%	2,1%		feb-07	DGR 135/07	10,6	11,4					16,7%
Lazio	abolizione 01/01/2006 reintroduzione sett e dic 2008	7,1%	2,2%	apr 2007 mar 2008	apr 2007 mar 2008	DGR 124/07 DGR 232/08	10,7	12,3					10,2%
Abruzzo	da ago-02, nov-02, gen-07, mar-08, mar-09	5,6%	3,8%	2006	2006	DGR 1086/06	10,7	11,9					15,8%
Molise	da 01/11/2002: ultima modifica 16/12/03	6,9%	6,1%	apr-07		LR 12/2007 (associata a Piani di rientro)	10,9	12,5					11,8%
Campania	da 01/01/2007	4,8%	4,1%	lug-2007 nov-08	lug-2007 nov-08	DGR 460/2007 DGR 1880/08	10,1	11,4					15,5%
Puglia	da 01/08/2002	3,8%	3,8%	2007		LR 39/2007 + LR 40/2007	10,9	12,1					8,6%
Basilicata	-	2,5%	1,9%	mag-07	mag-07	DGR 575/2007 DGR 329/2008	10,7	11,5					10,2%
Calabria	feb-02 / set-05, mag-09	4,3%	2,1%	feb-07		DGR 93/2007	11,7	13,0					6,9%
Sicilia	da 01/04/2007	9,6%	8,7%	apr-07	apr-07	L 12/07	10,2	12,2					4,7%
Sardegna	da ago-02 a apr-04	2,6%	2,2%	feb-07		DGR 8/12 2007	11,2	12,2					11,2%
Italia		5,9%	4,8%				11,9	12,3					11,6%

La tabella 6 presenta per il 2009 alcuni indicatori specifici di valutazione di impatto dei ticket, delle azioni sulle categorie terapeutiche omogenee e delle forme alternative di distribuzione dei farmaci. Come si evince, nel 2009 rispetto al 2008 si continua a registrare un incremento delle compartecipazioni specialmente in Lazio, Abruzzo e Calabria. Tale incremento è visibile anche a livello nazionale dove si passa dal 4,8% dei primi sei mesi dello scorso anno al 5,2% del 2008. Per quanto concerne le azioni sulle categorie terapeutiche omogenee, un possibile parziale indicatore dell'impatto prodotto dalle stesse sulla spesa può essere rappresentato dal costo medio per ricetta, che in seguito a questo tipo di misure tende a ridursi. Infine un indicatore delle forme alternative di distribuzione è rappresentato dalla stima dell'incidenza della distribuzione diretta (inclusa la distribuzione in nome e per conto) dei farmaci in classe A sulla territoriale, tendenzialmente superiore laddove sono attivi ed ormai consolidati accordi di distribuzione con le farmacie aperte al pubblico.

I valori raggiunti dalla spesa pubblica lorda, i volumi dei consumi e il costo medio per confezione di ciascuna regione per il primo semestre del 2009 sono rappresentati nel Grafico 4. I consumi di farmaci rimborsabili erogati dalle farmacie aperte al pubblico sono tendenzialmente più bassi laddove la spesa lorda è più bassa per effetto dell'attivazione di accordi e, pertanto, del 'passaggio' della spesa dalla componente convenzionata alla non convenzionata. Tale rapporto si riflette poi sul costo medio.

Grafico 4
Spesa regionale pubblica lorda



La tabella 7 presenta i dati di spesa farmaceutica totale, a carico del SSN e a carico del paziente, per ciascuna regione. I dati di crescita della spesa evidenziano differenze, soprattutto nel mix pubblico-privato, sia a livello di aree geografiche che all'interno delle stesse tra le singole regioni.

La spesa farmaceutica totale per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico è aumentata complessivamente, nel primo semestre del 2009, dello 0,9% rispetto allo stesso periodo del 2008. In particolare, Liguria (-1,0%), Lazio (-0,6%) e Molise (-1,1%) e Abruzzo (-0,8%) registrano un tasso di crescita negativo. Nelle prime due regioni aumenta invece la spesa totale procapite ponderata. La spesa privata cresce in Valle d'Aosta, Lazio, Sicilia e Bolzano mentre registra un decremento in Puglia.

Tabella 7

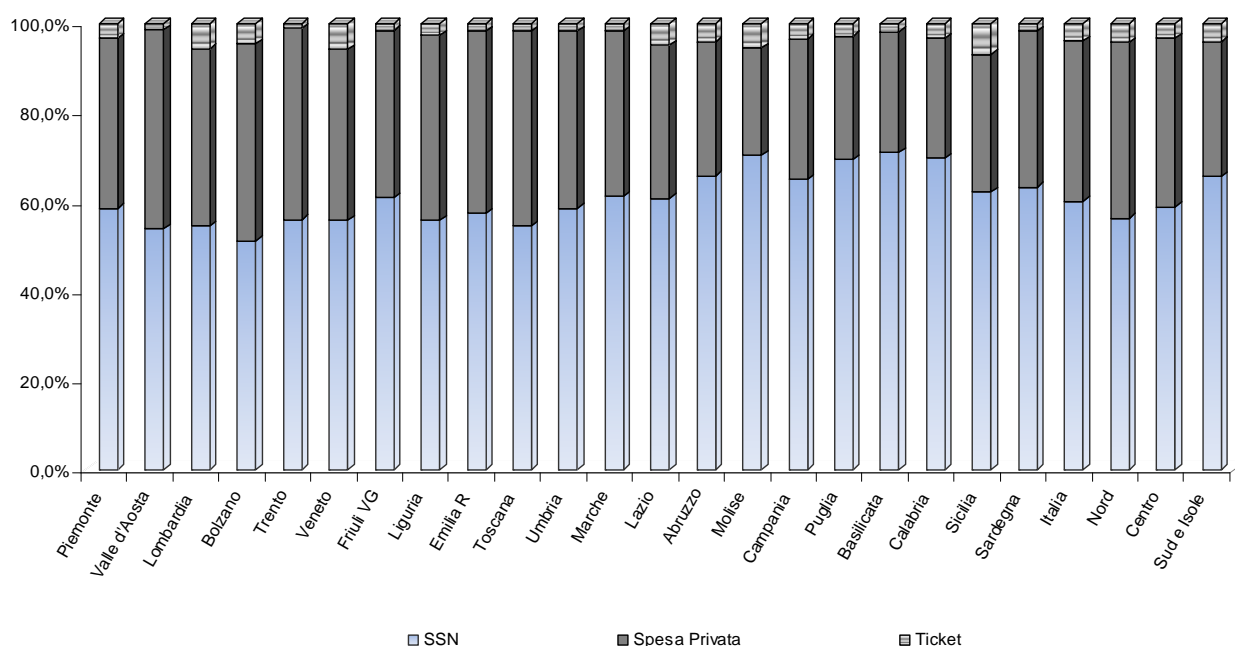
Spesa per assistenza farmaceutica, erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (totale, a carico SSN e privata) (gennaio-giugno 2009)

Regione	Spesa totale*		Spesa a carico SSN*		Spesa privata	
	gen-giu 09 (m.ni Euro)	gen-giu 09/ gen-giu 08	gen-giu 09 (m.ni Euro)	gen-giu 09/ gen-giu 08	gen-giu 09 (m.ni Euro)	gen-giu 09/ gen-giu 08
Piemonte	740,5	1,6%	433,6	3,7%	306,8	-1,2%
Valle d'Aosta	20,6	8,5%	11,1	4,5%	9,5	13,5%
Lombardia	1.541,8	1,6%	842,8	2,1%	699,0	1,0%
Bolzano	60,0	4,4%	30,8	2,8%	29,2	6,3%
Trento	70,5	1,0%	39,5	2,7%	31,1	-1,1%
Veneto	719,0	1,4%	402,2	3,4%	316,8	-1,0%
Friuli VG	187,7	0,4%	114,3	-0,2%	73,4	1,3%
Liguria	307,0	-0,1%	171,7	0,8%	135,3	-1,3%
Emilia R	674,5	0,9%	388,0	1,6%	286,6	-0,1%
Toscana	599,9	1,2%	326,9	-0,5%	272,9	3,3%
Umbria	141,4	1,9%	82,8	1,1%	58,6	3,1%
Marche	249,7	2,5%	153,0	2,2%	96,7	3,1%
Lazio	1.020,7	-0,6%	620,6	-6,1%	400,1	9,3%
Abruzzo	206,3	-0,8%	135,9	-0,6%	70,4	-1,4%
Molise	47,4	-1,1%	33,3	0,0%	14,1	-3,6%
Campania	895,3	0,5%	581,9	0,0%	313,4	1,4%
Puglia	664,8	0,9%	461,5	3,8%	203,3	-5,1%
Basilicata	85,0	2,1%	60,5	3,7%	24,6	-1,6%
Calabria	356,7	1,1%	248,6	-1,3%	108,1	7,1%
Sicilia	881,2	0,1%	547,4	-3,2%	333,8	5,9%
Sardegna	276,3	1,7%	174,8	2,7%	101,5	0,1%
Italia	9.746,3	0,9%	5.861,2	0,3%	3.885,1	1,5%
Nord	4.321,7	1,3%	2.434,0	2,3%	1.887,8	0,1%
Centro	2.011,6	0,5%	1.183,3	-3,1%	828,3	6,1%
Sud e Isole	3.413,0	0,6%	2.243,9	0,1%	1.169,1	1,5%

* al netto degli sconti a carico delle farmacie e delle imprese

Il livello di copertura pubblica della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico resta costante rispetto al 2008 ed è sempre più elevato al Sud che al Centro-Nord (Grafico 5).

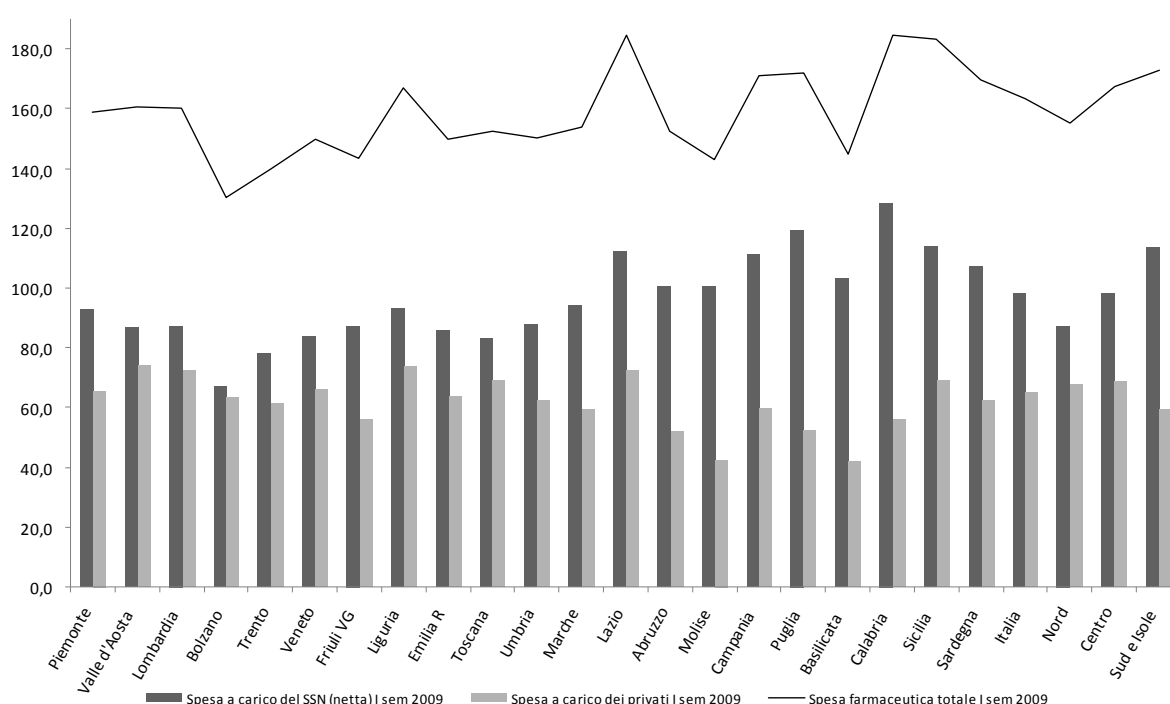
Grafico 5
Copertura pubblica della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico
(gennaio - giugno 2009)



Il dato di copertura pubblica della spesa farmaceutica risulta essere di estremo interesse: la presenza di un'importante quota di spesa privata non dipende solo da iniziative di governo della spesa pubblica (ad esempio, politiche finalizzate al rispetto delle note alla prescrizione, che possono produrre un aumento della spesa privata per farmaci in Classe A), ma anche della diversa propensione della popolazione a sostenere privatamente la spesa per il farmaco, come si evince dal Grafico 6.

Grafico 6

Spesa farmaceutica pubblica procapite e spesa farmaceutica privata procapite per assistenza erogata tramite le farmacie aperte al pubblico e Spesa farmaceutica Totale procapite (Euro)



La tabella 8 fornisce alcuni indicatori regionali di copertura pubblica. In particolare considerando la classe dei prodotti rimborsabili si può vedere come, a fronte di una copertura pubblica a livello nazionale dell'87%, il Nord ha un grado di copertura inferiore alla media nazionale (84,2%), per effetto di una maggiore presenza di ticket e per una maggiore propensione all'acquisto privato di farmaci rimborsabili e l'aumento delle compartecipazioni in Lazio a dicembre 2008 che fa scendere anche il Centro al di sotto della media nazionale (86,7% nel primo semestre 2009 contro l'89,8 del primo semestre del 2008) il Centro. Nel Sud invece la presenza di compartecipazioni alla spesa viene tendenzialmente compensata da un acquisto privato di farmaci rimborsabili basso piuttosto contenuto, facendo pertanto registrare un tasso di copertura pubblica superiore alla media nazionale (90,3%).

Tabella 8

Incidenza percentuale della spesa per assistenza farmaceutica pubblica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico su quella totale, per farmaci con obbligo di prescrizione (etici) e per farmaci rimborsabili.

Regione	Spesa a carico SSN / Spesa farmaceutica totale		Spesa a carico SSN / Spesa per farmaci etici rimborsabili (lordo sconto)		Spesa a carico SSN / Spesa per farmaci rimborsabili (netto sconto)	
	gen-giu 2009	gen-giu 2008	gen-giu 2009	gen-giu 2008	gen-giu 2009	gen-giu 2008
Piemonte	58,6%	57,4%	82,0%	80,7%	86,3%	84,8%
Valle d'Aosta	54,0%	56,0%	77,0%	82,2%	80,1%	85,7%
Lombardia	54,7%	54,4%	77,1%	76,7%	81,7%	81,2%
Bolzano	51,3%	52,1%	80,1%	80,9%	84,0%	84,9%
Trento	56,0%	55,0%	85,3%	83,4%	89,5%	87,4%
Veneto	55,9%	54,9%	80,0%	78,5%	84,1%	82,5%
Friuli VG	60,9%	61,2%	85,1%	85,1%	89,4%	89,5%
Liguria	55,9%	55,4%	80,0%	79,2%	83,7%	82,9%
Emilia R	57,5%	57,1%	82,7%	82,6%	86,3%	86,1%
Toscana	54,5%	55,4%	82,8%	83,3%	86,4%	86,8%
Umbria	58,5%	59,0%	87,0%	87,0%	90,9%	90,8%
Marche	61,3%	61,5%	84,5%	85,3%	88,4%	89,2%
Lazio	60,8%	64,4%	81,3%	86,4%	86,0%	91,4%
Abruzzo	65,9%	65,7%	85,0%	85,5%	89,5%	89,8%
Molise	70,4%	69,6%	86,4%	85,6%	90,9%	89,8%
Campania	65,0%	65,3%	86,4%	86,7%	91,2%	91,3%
Puglia	69,4%	67,5%	89,2%	86,8%	94,3%	91,7%
Basilicata	71,1%	70,0%	92,5%	91,2%	97,4%	95,6%
Calabria	69,7%	71,4%	88,2%	90,6%	93,6%	96,1%
Sicilia	62,1%	64,2%	79,6%	81,8%	84,0%	86,5%
Sardegna	63,3%	62,7%	88,0%	87,0%	92,5%	91,4%
Italia	60,1%	60,5%	82,6%	83,0%	87,0%	87,4%
Nord	56,3%	55,8%	80,0%	79,4%	84,2%	83,5%
Centro	58,8%	61,0%	82,5%	85,4%	86,7%	89,8%
Sud e Isole	65,7%	66,1%	85,6%	85,9%	90,3%	90,6%

La tabella 9 ed il grafico 7 mettono in luce il posizionamento delle singole regioni rispetto ai tetti sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera nel primo semestre del 2009. Al dato confortante rispetto alla spesa territoriale che in quasi tutte le Regioni si mantiene per il primo semestre al di sotto del 55% del tetto complessivo previsto per i 2009, si contrappone un dato preoccupante per la spesa ospedaliera. In Friuli, Toscana, Umbria, Puglia e Sardegna la spesa ospedaliera ha già superato nei primi sei mesi del 2009 il tetto previsto; queste Regioni si posizionano nel primo e nel quarto quadrante del Grafico 8 nel quale sull'asse delle ascisse viene indicato in percentuale il tetto residuo della spesa farmaceutica territoriale e sull'asse delle ordinate viene invece rappresentato il tetto residuo o, nei casi sopracitati, lo sfondamento in valore percentuale della spesa farmaceutica ospedaliera di ciascuna regione rispetto al tetto.

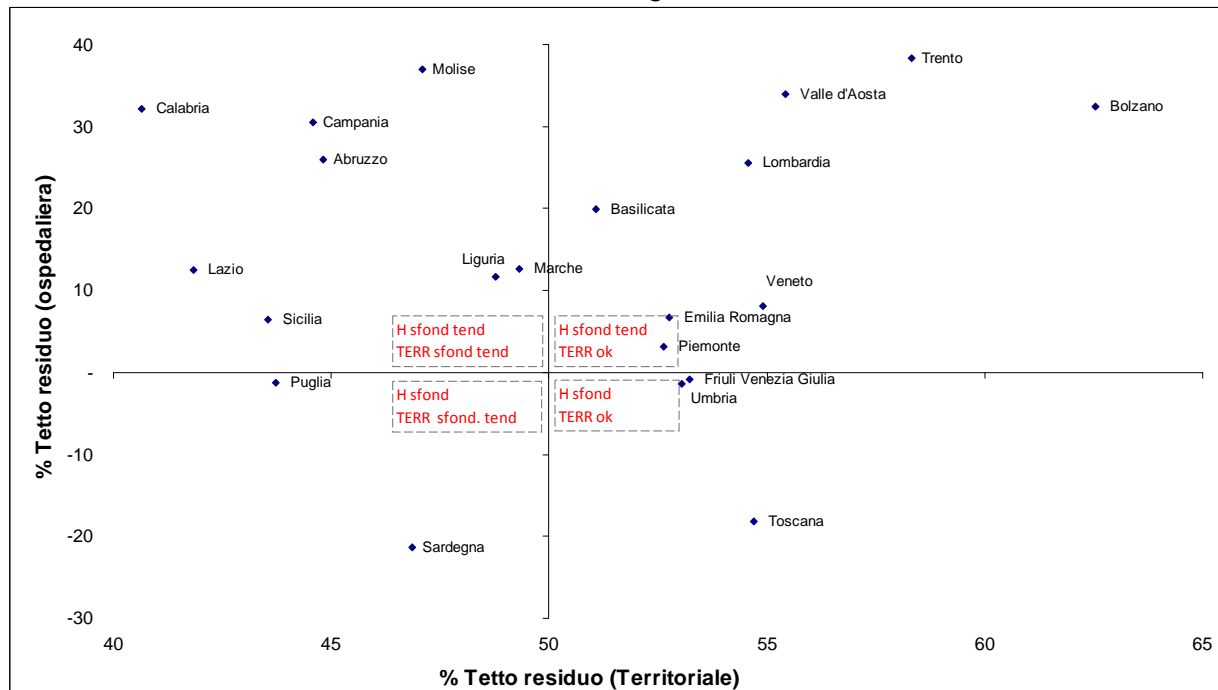
Tabella 9

Spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera: incidenza su assegnazioni e sfondamento dei tetti di spesa per ciascuna regione – anno 2009

Regioni	TOTALE FINANZIAMENTO STATO	Spesa Farmaceutica Territoriale					Spesa Farmaceutica Ospedaliera				
		Tetto 2009 (13,6%)	Territoriale	Tetto 13,6% residuo	Incidenza su Finanziamento (gen-giu 09)	% Tetto residuo	Tetto 2009 (2,4%)	Ospedaliera	Tetto 2,4% residuo	Incidenza su Finanziamento (gen-giu 09)	% Tetto residuo / Sfondamento
PIEMONTE	7.828	1.065	504	560	6,4%	52,64	188	182	6	2,4%	3,09
VALLE D'AOSTA	218	30	13	16	6,1%	55,43	5	3	2	1,6%	33,98
LOMBARDIA	16.485	2.242	1.019	1.223	6,2%	54,57	396	295	101	1,8%	25,54
BOLZANO	838	114	43	71	5,1%	62,55	20	14	7	1,6%	32,50
TRENTO	862	117	49	68	5,7%	58,33	21	13	8	1,5%	38,34
VENETO	8.217	1.117	504	614	6,1%	54,91	197	181	16	2,2%	8,16
FRIULI	2.159	294	137	156	6,4%	53,23	52	52	0	2,4%	- 0,81
LIGURIA	3.094	421	216	205	7,0%	48,76	74	66	9	2,2%	11,63
EMILIA ROMAGNA	7.623	1.037	490	547	6,4%	52,76	183	171	12	2,3%	6,78
TOSCANA	6.590	896	406	490	6,2%	54,70	158	187	- 29	2,9%	- 18,21
UMBRIA	1.585	216	101	114	6,4%	53,05	38	39	- 1	2,5%	- 1,38
MARCHE	2.745	373	189	184	6,9%	49,33	66	58	8	2,1%	12,62
LAZIO	9.447	1.285	747	538	7,9%	41,84	227	198	28	2,1%	12,47
ABRUZZO	2.284	311	171	139	7,5%	44,80	55	41	14	1,8%	25,97
MOLISE	567	77	41	36	7,2%	47,08	14	9	5	1,5%	36,91
CAMPANIA	9.625	1.309	725	584	7,5%	44,58	231	160	71	1,7%	30,53
PUGLIA	6.876	935	526	409	7,7%	43,72	165	167	- 2	2,5%	- 1,28
BASILICATA	1.039	141	69	72	6,7%	51,07	25	20	5	2,0%	19,98
CALABRIA	3.463	471	280	191	8,1%	40,64	83	56	27	1,7%	32,16
SICILIA	8.330	1.133	639	493	7,7%	43,55	200	187	13	2,3%	6,51
SARDEGNA	2.803	381	203	179	7,2%	46,87	67	82	- 14	2,9%	- 21,36
ITALIA	102.675	13.964	7.072	6.892	6,9%	49,35	2.464	2.179	285	2,2%	11,57

*I dati di finanziamento dello Stato sono fonte AIFA; i dati di spesa non convenzionata e territoriale sono tratti dal Sole 24 ore Sanità n.38/2009

Grafico 7
Incidenza sul finanziamento SSN della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per ciascuna regione



Nel Grafico 7 le Regioni che si posizionano al di sotto dell'asse orizzontale hanno già sfondato il tetto sulla spesa ospedaliera. Le Regioni che si posizionano a destra dell'asse verticale hanno già superato la soglia del 50% del tetto sulla territoriale. Le Regioni che si collocano nel quadrante in alto a sinistra quindi hanno registrato nei primi sei mesi del 2009 le performance migliori mentre al contrario quelle che si collocano nel quadrante in basso a sinistra non solo hanno già sfondato il tetto sull'ospedaliera, ma sono a rischio anche rispetto a quello sulla territoriale.



Le previsioni di spesa per il triennio 2009 - 2012

Come è già stato ampiamente discusso nei precedenti report, il modello previsionale coglie le principali modifiche strutturali del settore.

I fattori di cui si è tenuto conto nell'elaborazione delle proiezioni proposte nel presente report sono:

1. la scadenza di numerosi principi attivi.
2. le misure introdotte dal Decreto Abruzzo (DL 39/09 convertito con L. 77/2009) e dal Decreto Anticrisi (DL 78/09 convertito con L. 102/2009).
3. le iniziative regionali per il governo dell'assistenza farmaceutica in corso di attivazione.

1) Generizzazione

Tra il 2009 ed il 2012 scadono numerosi principi attivi, ciò, grazie all'azione del prezzo di riferimento, dovrebbe produrre un calo dei prezzi per i prodotti soggetti a competizione generica¹, con conseguente effetto negativo sul trend di mercato. Il modello previsionale tiene conto dei potenziali risparmi prodotti in base al mese di scadenza del brevetto, ipotizzando:

- una riduzione media di prezzo della molecola all'immissione in commercio del generico del 50%;
- che il generico esca subito e sia disponibile.

2) Misure introdotte dal decreto Abruzzo e dal decreto Anticrisi

Nell'elaborare le proiezioni qui proposte è stato stimato l'effetto che nel periodo 2009-2012 possono produrre le misure previste da:

- la L. 77/2009 di conversione del Decreto Abruzzo (cfr Sezione II).
- la L. 102/2009 di conversione del Decreto Anticrisi; nello specifico, tale decreto prevede:
 - per il 2010 la riduzione del tetto sulla spesa farmaceutica territoriale al 13,3%;
 - in seguito alla sanatoria di colf e badanti, un incremento del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato di 67 milioni di euro per il 2009 e di 200 milioni di euro a decorrere dal 2010.

Tra le misure indicate quelle che nel periodo 2009-2012 avranno un maggiore impatto sul mercato farmaceutico sono (Box 2):

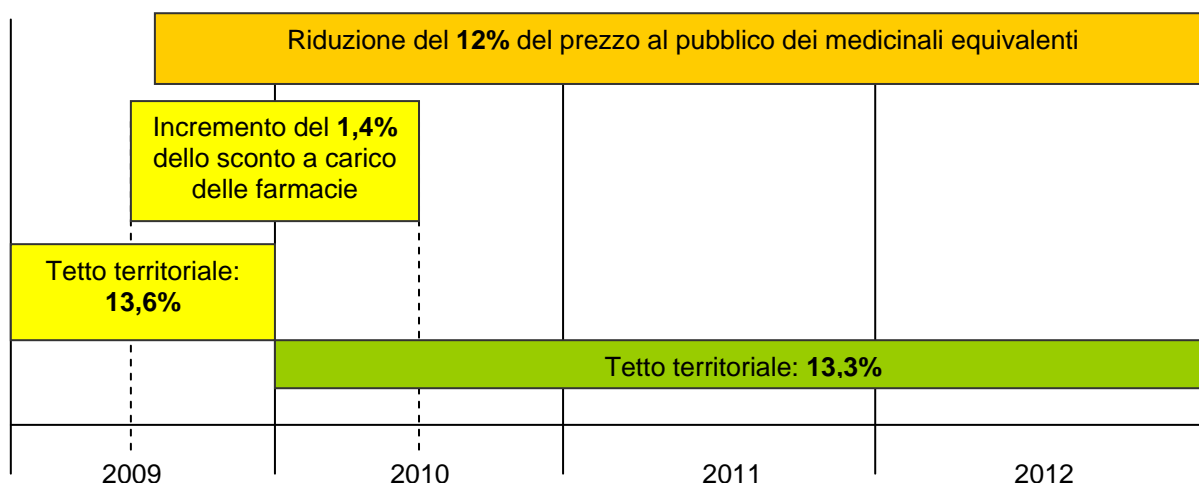
- a partire da giugno 2009, la riduzione del 12% del prezzo al pubblico dei farmaci equivalenti inclusi nelle liste di trasparenza (cfr. Sezione Seconda); al riguardo si è ipotizzato che tale misura sia protratta negli anni successivi.
- a partire da maggio 2009, l'aumento del 1,4% dello sconto a carico delle farmacie, in vigore per 12 mesi e, pertanto, fino a maggio 2010 (cfr. Sezione Seconda).

¹ Purché ovviamente venga introdotto un generico sul mercato.

- Riduzione del tetto sulla spesa farmaceutica territoriale al 13,6% per il 2009 ed al 13,3% per il 2010; al riguardo si ipotizza che anche per il 2011 ed il 2012 il tetto sulla territoriale venga mantenuto al 13,3%.

Box 2

Le principali misure di contenimento della spesa farmaceutica 2009-2012



3) Iniziative regionali

Un terzo rilevante fattore che influenzerà il mercato nei prossimi anni è rappresentato dalle iniziative attivate a livello regionale (cfr *supra*). In particolare, si ricorda che nella prima metà del 2009:

- la Regione Abruzzo (a marzo) e la Regione Calabria (a maggio) hanno introdotto nuovi ticket sui farmaci.
- Numerose regioni hanno attivato forme alternative di distribuzione dei farmaci in termini di distribuzione in nome e per conto: Bolzano, Piemonte, Molise, Friuli Venezia Giulia, Calabria e Sardegna.

Per il periodo 2009-2012 si assume il mantenimento delle misure già introdotte nel corso del 2008 e nei primi sei mesi del 2009.

Le fonti informative per il calcolo del tetto sulla farmaceutica

Per quanto riguarda il “finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato” per il calcolo del tetto sulla farmaceutica i seguenti box (Box 3 e Box 4) riportano il percorso normativo per la determinazione della base di calcolo dei tetti sulla farmaceutica.

Rispetto al 2009, il fabbisogno ordinario è stato determinato dalla legge finanziaria per il 2007 (L. 269/06) a cui sono stati aggiunti:

- Con la L. 222/2007, 834 milioni di euro per l'abolizione della quota fissa di



Osservatorio Farmaci - CERGAS - Università L. Bocconi
REPORT N° 24 – semestrale per l'anno 2009

27

prestazioni della specialistica ambulatoriale;

- Con la Conferenza Stato Regioni (CSR) del 20 febbraio 2009, 398 milioni di euro per oneri contrattuali, 184 milioni per il rinnovo delle convenzioni;
- Con la L. 102/09, 67 milioni di euro ad incremento del livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato in seguito all'approvazione della regolarizzazione di colf e badanti.

La somma di tali importi determina un fabbisogno dal quale, per determinare la base di calcolo dei tetti, è necessario detrarre le somme non rendicontate. Infine, il Decreto Abruzzo ha previsto una riduzione di 420 milioni del finanziamento per interventi urgenti e per la creazione di un fondo transitorio *ad hoc*. Sulla base di tale percorso, la base di calcolo per il tetto 2009 ammonta a 102.742,49 milioni di euro.

Box 3

Determinazione del fondo sanitario per il calcolo del tetto sulla farmaceutica 2009

Riferimenti normativi	Determinazione della base di calcolo per il tetto sulla farmaceutica per l'anno 2009		Importi
Finanziaria 2007 - L.296 del 27 dicembre 2006	1	Totale fabbisogno ordinario	102.285,00
Legge collegata alla Finanziaria 2008 - L.222 29 novembre del 2007	2	Abolizione della quota fissa di prestazioni di specialistica ambulatoriale	834,00
CSR 858 del 20/02/2009	3	Oneri contrattuali	398,00
	4	Rinnovo convezioni	184,00
Legge 3 agosto 2009, n. 102	5	Sanatoria colf e badanti	67,00
	6=1+2+3+4+5	Fabbisogno ripartito di cui	103.768,00
CRS 858 del 20/02/2009	7	Finanziamento indistinto LEA	101.481,70
	8	Fondi a destinazione vincolata	1.663,79
	9	Somme non rendicontate	605,51
	10=6-9	Base di calcolo per il tetto 2009 (ante DL Abruzzo)	103.162,49
DL. 39 del 28 aprile 2009	11	Intervento urgente Abruzzo	380,00
	12	Fondo transitorio Abruzzo	40,00
	13=10-11-12	Base di calcolo per il tetto 2009 (post DL Abruzzo)	102.742,49

Per quanto concerne il 2010 ed il 2011, la finanziaria per il 2007 prevede un fabbisogno ordinario rispettivamente di 103.945 milioni di euro e di 106.265 milioni di euro (Box 4). A tali importi vanno aggiunti per entrambi gli anni 400 milioni per l'abolizione della quota fissa di prestazioni della specialistica ambulatoriale, 69 milioni per il rinnovo della convenzione e 200 milioni di euro come previsto dalla L. 102/09.

Il nuovo patto per la salute del 23 ottobre 2009 prevede un incremento del livello di finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato di 1.600 milioni di euro per il 2010 e di 1.719 milioni di euro per il 2011. Inoltre, per il 2012 il patto prevede che lo Stato assicuri risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello di finanziamento rispetto al 2011 del 2,8%. All'importo così determinato si sottraggono quindi 850 milioni di euro, come previsto dal DL 78/09 e le somme non rendicontate, qui stimate dall'Osfar.

Poiché l'accordo raggiunto con il patto per la salute deve ancora trovare conferma nella legge finanziaria per il 2010, si propongono per il biennio 2010-2011 due ipotesi, una che includa e l'altra che escluda le risorse aggiuntive previste dal Patto; per il 2012 si applica ad entrambe tali ipotesi il tasso di crescita del 2,8% proposto dal Patto.

Box 4
Stima della base di calcolo per i tetti sulla farmaceutica
2010-2012

Riferimenti normativi	Determinazione della base di calcolo per il tetto sulla farmaceutica		2010	2011	2012
Finanziaria 2007 - L.296 del 27 dicembre 2006 e Legge 6 agosto 2008, n. 133 di conversione del DL 112/2009 L. 102/09 (conversione in legge del DL 78/09)	1	Totale fabbisogno ordinario	103.945	106.265	
	2	Abolizione della quota fissa di prestazioni di specialistica ambulatoriale	400	400	
	3	Rinnovo convenzioni	69	69	
	4	Sanatoria colf e badanti	200	200	
	5=1+2+3+4	Fabbisogno ripartito pre accordo	104.614	106.934	
Accordo Stato Regioni 23 ottobre 2009	6	Risorse aggiuntive previste, di cui:	1.600	1.719	
	6.01	Rinnovo contrattuale da riconoscimento indennità di vacanza contrattuale	466		
	6.02	Finanziamento a carico del bilancio dello Stato	584	419	
	6.03	Ulteriori misure	550	1.300	
	7=5+6	Nuovo fabbisogno post Patto per la salute	106.214	108.653	111.695
DL.78 1 luglio 2009	8	Riduzione fabbisogno indistinto LEA	800	800	800
	9	Somme vincolate per il Bambino Gesù	50	50	50
Stime OSFAR	10	Somme non rendicontate	650	697	748
	11=7-8-9-10	Stima della base di calcolo per i tetti sulla farmaceutica (incluso il Patto per la Salute)	104.714	107.106	110.097
	12=5-8-9-10	Stima della base di calcolo per i tetti sulla farmaceutica (escluso il Patto per la Salute)	103.114	105.387	108.338

Per quanto riguarda le altre voci di calcolo del tetto, si ricorda che il Decreto Legge 159/2007 convertito in L. 222/07 fa riferimento alle seguenti fonti informative:

- Per la spesa farmaceutica convenzionata: Distinte Contabili
- Per la spesa farmaceutica non convenzionata: Conti Economici (voce “prodotti farmaceutici”). In realtà il consuntivo di spesa 2008 approvato dal CdA dell'AIFA del 29 aprile 2009² fa riferimento, quale fonte informativa per la spesa farmaceutica ospedaliera, alla «*spesa 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*».
- Per le forme alternative di distribuzione dei farmaci, la fonte informativa è rappresentata dalle regioni che devono fornire i dati su tutte le forme di distribuzione (Legge 405/01) secondo lo schema previsto dal Decreto Ministero Salute 31/7/07. Se le regioni non inviano tali dati, la spesa per distribuzione diretta viene determinata come il 40% della spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata rilevata dal NSIS (Nuovo sistema informativo). Nel corso del 2008 le uniche realtà a non aver fornito il dato di distribuzione diretta sono state Bolzano e Trento.

Sulla base di tali considerazioni, nelle elaborazioni qui proposte si è ipotizzato che la spesa per la distribuzione diretta incida sulla spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata indicativamente per il 30%.

A partire da tali fonti informative si è adottato uno *scenario a parità di condizioni regolatorie*, vale a dire ipotizzando che sia mantenuto l'attuale contesto regolatorio (incluse quindi le misure introdotte dal DL 39/2009 e dal DL 78/09 – *cfr supra*).

² Come pubblicato sul Sole 24 Ore Sanità, 12-18 maggio 2009 p. 6.



I risultati

In uno scenario a parità di condizioni regolatorie, il mercato dei prodotti rimborsabili e della spesa pubblica lorda dovrebbe essere caratterizzato da una battuta d'arresto nel 2009-2010 per poi lentamente aumentare nel biennio successivo. La spesa netta dovrebbe quindi ridursi nel 2009 rispetto al 2008 (-2,1%) per poi stabilizzarsi nel 2010 (-0,4%), soprattutto per effetto delle trattenute sulle quote di spettanza delle farmacie di durata annuale, ed aumentare nel 2011 (+2,2%) e nel 2012, sebbene in misura più contenuta per una ripresa della genericazione (0,8%) (Tabella 10).

In particolare, l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata per il 2009 è principalmente condizionato dal taglio prezzi sugli *unbranded* e dall'incremento dello sconto a carico della filiera e quindi caratterizzato da:

- Una sostanziale stabilità del mercato dei farmaci rimborsabili (Classe A) (0,3%) e della spesa pubblica lorda (0,0%) per effetto delle azioni volte al contenimento dei prezzi ed alle scelte regionali per lo più in termini di distribuzione diretta ed accordi con la distribuzione.
- L'incremento dell'acquisto privato di farmaci rimborsabili (4,7%). Tale fenomeno è in parte da attribuire alle scelte regionali in termini di incremento delle compartecipazioni sottoforma di ticket (+20,2%) sui farmaci e di prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee (*cfr Sezione Terza*).
- Un aumento consistente dello sconto a carico delle farmacie (+16,6%) in seguito all'entrata in vigore a maggio 2009 del Decreto Abruzzo. Tale incremento viene poi compensato nei due anni successivi, in particolare da aprile 2009 quando la misura non sarà più attiva.

Per quanto riguarda la spesa a carico del paziente, è previsto un aumento del 4,2%. In particolare, la spesa per prodotti non rimborsabili cresce del 1,7%, anche per effetto della stagionalità dell'influenza. Si ricorda che i dati qui presentati riguardano i farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico. A seguito della liberalizzazione delle vendite al di fuori del canale farmacie, una parte del mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione può non essere colta.

La spesa non convenzionata sta subendo un incremento superiore a quella convenzionata (Tabella 10). Si propongono proiezioni che assumono, quale base di calcolo della spesa non convenzionata, i dati di consuntivo approvati dal CdA dell'AIFA il 29 aprile 2009 e tengono conto dei dati parziali del primo semestre 2009³. Nei prossimi anni l'incremento della spesa non convenzionata dovrebbe ridurre il proprio tasso di crescita (dal 7,9% e 8,4% rispettivamente del 2009 e 2010 al 7,2% e 6,5% del 2011 e 2012), in quanto andrà gradualmente a regime l'adozione da parte delle regioni di particolari modalità distributive dei farmaci. Il tasso di crescita sarà comunque superiore alla spesa per assistenza farmaceutica in regime di

³ Articolo Sole 24 Ore Sanità del 13-19 ottobre 2009.



convenzione, in quanto gran parte dei nuovi farmaci verrà utilizzata prevalentemente in ambito ospedaliero e per quelli diffusi a livello territoriale si assisterà alla scadenza di numerosi brevetti.

Per quanto concerne i consumi per i farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico (Tabella 11) si dovrebbero registrare tassi di crescita positivi per i farmaci a carico del SSN (2,7% nel 2009, 3,2% nel 2010, 2,8% nel 2011 e 3,5% nel 2012) e negativi (-2,3% nel 2009) o di lieve crescita e stabilità (0,5% nel 2010, 0,1% nel 2011 e 0,0% nel 2012) per quelli a carico del paziente.

Tabella 10

Le previsioni di spesa per farmaci dispensati e non dalle farmacie aperte al pubblico per il triennio 2009-2012 (valori assoluti - milioni di Euro – e variazioni percentuali).

Voci di spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico		2009	2010	2011	2012	09/08	10/09	11/10	12/11
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili (lordo sconti filiera)	13.752	13.811	14.114	14.377	0,3%	0,4%	2,2%	1,9%
2	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	1.033	1.109	1.155	1.255	4,7%	7,4%	4,2%	8,6%
3=4+5+6	Spesa pubblica lorda	12.720	12.703	12.959	13.122	0,0%	-0,1%	2,0%	1,3%
4	Contributo a carico della filiera di cui:	800	732	683	708	15,2%	-8,5%	-6,7%	3,7%
4bis	- Sconto a carico delle farmacie	745	676	626	651	16,6%	-9,2%	-7,4%	3,9%
4ter	- Sconto a carico delle imprese	55	56	56	57	-1,2%	0,6%	1,6%	1,6%
5	Compartecipazioni alla spesa	777	870	926	972	20,2%	11,9%	6,5%	4,9%
6=3-4-5	Spesa a carico del SSN	11.143	11.101	11.350	11.442	-2,1%	-0,4%	2,2%	0,8%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili	5.923	6.071	6.206	6.349	2,4%	2,5%	2,2%	2,3%
8	Farmaci etici non rimborsabili	3.224	3.263	3.301	3.347	2,9%	1,2%	1,2%	1,4%
9 = 10+13	Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	2.700	2.808	2.905	3.002	1,7%	4,0%	3,4%	3,3%
10=11+12	- Farmaci, di cui	2.008	2.022	2.023	2.017	-2,0%	0,7%	0,1%	-0,3%
11	a) SP	547	555	560	561	-0,8%	1,5%	0,9%	0,1%
12	b) OTC	1.461	1.467	1.463	1.457	-2,4%	0,4%	-0,3%	-0,5%
13	- Altro	692	786	881	984	14,3%	13,6%	12,1%	11,7%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	7.733	8.050	8.287	8.576	4,2%	4,1%	2,9%	3,5%
15=6+14	Totale (netto sconti filiera)	18.876	19.151	19.637	20.018	0,4%	1,5%	2,5%	1,9%
16	Spesa farmaceutica non convenzionata	5.741	6.225	6.673	7.106	7,9%	8,4%	7,2%	6,5%

Tabella 11

Proiezioni dei consumi di farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico per il triennio 2009-2012 (valori assoluti - milioni di confezioni – e variazioni percentuali).

Voci di consumo per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico		2009	2010	2011	2012	09/08	10/09	11/10	12/11
1=2+3	Farmaci rimborsabili	1.181	1.220	1.256	1.297	2,2%	3,3%	3,0%	3,3%
2	A carico SSN	1.097	1.132	1.164	1.205	2,7%	3,2%	2,8%	3,5%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	84	88	92	93	-4,3%	4,8%	5,0%	0,2%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili	618	617	613	613	-2,0%	-0,1%	-0,7%	0,0%
5	Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	293	294	288	286	-1,4%	0,2%	-1,8%	-0,6%
6=7+10	Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	325	324	325	327	-2,5%	-0,4%	0,4%	0,5%
7=8+9	- Farmaci, di cui	302	298	296	295	-3,5%	-1,4%	-0,6%	-0,5%
8	a) SP	88	88	89	88	-2,7%	0,0%	1,2%	-0,5%
9	b) OTC	214	210	207	206	-3,8%	-2,0%	-1,3%	-0,5%
10	- Altro	23	26	29	32	11,9%	12,8%	11,8%	11,3%
11=3+4	A carico del paziente	702	705	705	706	-2,3%	0,5%	0,1%	0,0%
12=2+11	Totale	1.798	1.837	1.869	1.910	0,7%	2,1%	1,8%	2,2%
8	Numero ricette (a carico SSN)	572	598	625	657	3,4%	4,6%	4,5%	5,2%

Nel 2009 il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale del 13,6% dovrebbe essere ampiamente rispettato sebbene in misura inferiore (pari a 331 milioni di euro) rispetto al 2008 (405 milioni di euro). Il 2010, a seconda che nel finanziamento si includano o meno le risorse aggiuntive previste dal Patto per la Salute (*cf. supra*), potrebbe essere caratterizzato da un risparmio di 89 milioni di euro o da uno sfondamento di 124 milioni di euro. Il 2011 invece dovrebbe comunque registrare uno sfondamento (di 33 milioni di euro se si includono le risorse del patto, 262 milioni se le si escludono). Infine il tetto del 2012 dovrebbe essere rispettato nella misura di 97 milioni di euro se si includono le risorse previste dal patto ed invece sfondato se di 137 milioni se le si escludono (Tabella 12).

Per la spesa farmaceutica ospedaliera si prevede invece un sistematico ed ampio sfondamento del tetto per tutto il prossimo triennio (Tabella 12).

Tabella 12

Tetto sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera

Spesa farmaceutica e sfondamento del tetto attualmente in vigore		2008	2009	2010*	2010bis**	2011*	2011bis**	2012	2012bis**
1	Finanziamento SSN	100.064	102.742	104.714	103.114	107.106	105.387	110.097	108.338
2	Tetto farmaceutica territoriale	14.009	13.973	13.927	13.714	14.245	14.016	14.643	14.409
3	Tetto farmaceutica ospedaliera	2.402	2.466	2.513	2.475	2.571	2.529	2.642	2.600
4=5+6+7	Farmaceutica territoriale	13.604	13.642	13.838	13.838	14.278	14.278	14.546	14.546
5	- convenzionata	11.383	11.143	11.101	11.101	11.350	11.350	11.442	11.442
6	- distribuzione diretta	1.574	1.722	1.868	1.868	2.002	2.002	2.132	2.132
7	- ticket	646	777	870	870	926	926	972	972
8=4/1	Farmaceutica territoriale (conv + distr dir + ticket) / Finanziamento SSN	13,6%	13,3%	13,2%	13,4%	13,3%	13,5%	13,2%	13,4%
9=5/1	- convenzionata /finanziamento SSN	11,4%	10,8%	10,6%	10,8%	10,6%	10,8%	10,4%	10,6%
10=6/1	- distribuzione diretta /finanziamento SSN	1,6%	1,7%	1,8%	1,8%	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%
11=7/1	- ticket /finanziamento SSN	0,6%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
12=4-2	Sfondamento tetto territoriale	- 405	- 331	- 89	124	33	262	- 97	137
13	Farmaceutica ospedaliera	3.748	4.019	4.358	4.358	4.671	4.671	4.974	4.974
14=13/1	Farmaceutica ospedaliera / Finanziamento SSN	3,7%	3,9%	4,2%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,6%
15=13-3	Sfondamento tetto ospedaliera	1.347	1.553	1.845	1.883	2.101	2.142	2.332	2.374

* La stima della base di calcolo per i tetti sulla farmaceutica include le risorse aggiuntive previste dal Patto per la Salute.

** La stima della base di calcolo per i tetti sulla farmaceutica NON include le risorse aggiuntive previste dal Patto per la Salute.

A livello regionale le realtà che hanno investito sulla modalità di distribuzione dei farmaci dovrebbero registrare una riduzione più accentuata della spesa pubblica lorda. Infatti, l'andamento della spesa lorda (e di quella complessiva) è fortemente influenzato dall'avvio di forme alternative di distribuzione dei farmaci, con conseguente passaggio della spesa dalla componente "convenzionata" a quella "non convenzionata". La forte variabilità interregionale (in uno scenario a parità di condizioni regolatorie) genera problematiche di applicazione del duplice tetto (Tabella 13 e Grafico 9):

- Il tetto sulla territoriale dovrebbe essere rispettato da tutte le regioni del centro nord ad eccezione del Lazio, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.
- Il tetto sull'ospedaliera dovrebbe essere sistematicamente sfondato da tutte le Regioni, sebbene in misura più contenuta per Valle d'Aosta, Trento, Bolzano e Molise.

Tabella 13
Sfondamento del tetto di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (2009)

Regioni	Tetto su territoriale 13,6%	Sfondam territ	Incidenza Territ	Tetto osped. 2,4%	Sfondam osped	Incidenza Osped
Piemonte	1.065	- 28	13,2%	188	148	4,3%
Valle d'Aosta	30	- 5	11,5%	5	1	2,9%
Lombardia	2.243	- 328	11,6%	396	150	3,3%
Bolzano	114	- 39	8,9%	20	5	2,9%
Trento	117	- 27	10,5%	21	2	2,7%
Veneto	1.118	- 152	11,8%	197	137	4,1%
Friuli VG	294	- 17	12,8%	52	43	4,4%
Liguria	421	- 17	13,0%	74	47	3,9%
Emilia R	1.037	- 110	12,2%	183	132	4,1%
Toscana	897	- 73	12,5%	158	187	5,2%
Umbria	216	- 15	12,6%	38	33	4,5%
Marche	373	- 13	13,1%	66	40	3,9%
Lazio	1.286	124	14,9%	227	140	3,9%
Abruzzo	311	- 1	13,5%	55	20	3,3%
Molise	77	- 4	12,9%	14	2	2,8%
Campania	1.310	- 5	13,5%	231	65	3,1%
Puglia	936	124	15,4%	165	144	4,5%
Basilicata	141	- 3	13,3%	25	12	3,5%
Calabria	471	84	16,0%	83	21	3,0%
Sicilia	1.134	132	15,2%	200	143	4,1%
Sardegna	381	42	15,1%	67	81	5,3%
Italia	13.973	- 331	13,3%	2.466	1.553	3,9%



Osservatorio Farmaci - CER GAS - Università L. Bocconi
REPORT N° 24 – semestrale per l'anno 2009

xxxv

Grafico 8

Incidenza delle previsioni regionali di spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera sulle assegnazioni di finanziamento 2009

