



2011

Executive Summary

REPORT N°28

Semestrale

GENNAIO – GIUGNO 2011





Prof. Claudio Jommi
(Supervisore Scientifico)

Monica Otto
(Coordinatore)

Patrizio Armeni
Clea De Luca
Vincenzo Vella

*Il Report è stato preparato da Claudio Jommi, Monica Otto, Patrizio Armeni, Clea De Luca e Vincenzo Vella.
Un particolare ringraziamento a Ims Health e Federfarma, per averci inviato i dati di spesa e consumi farmaceutici totali e pubblici.*





ELENCO DELLE PRINCIPALI ABBREVIAZIONI

AEGSP	Association of the European Self - Medication Industry
AGESAN	Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIC	Autorizzazione all'Immissione in Commercio
AIR	Accordo integrativo regionale
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CAGR	Compound Annual Growth Rate
CERGAS	Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale
CSR	Conferenza Stato Regioni
CTO	Categorie terapeutiche omogenee
DL	Decreto Legge
DD	Distribuzione diretta
DPC	Distribuzione in nome e per conto
DRC	Distinta Riepilogativa Contabile
DGR	Decreto della Giunta Regionale
EBITDA	Earning Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization
FMI	Fondo Monetario Internazionale
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
IMF	Il Mercato Farmaceutico
ITS	Information Territorial Service (Servizi Territoriali del Mercato farmaceutico)
IMS Health	Istituto Misurazioni Statistiche
IVA	Imposta sul Valore Aggiunto
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OSSMED	Osservatorio sull'impiego dei Medicinali
OTC	(farmaci) Over The Counter (da banco)
NSIS	Nuovo sistema informativo sanitario
NPA	National Prescription Audit
PA	Provincia Autonoma
PIL	Prodotto Interno Lordo
RGSEP	Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese
SERT	Servizi per le tossicodipendenze
SIS	Sistema Informativo Sanitario
SOP	(farmaci) Senza Obbligo di Prescrizione
SP	(farmaci) Senza obbligo di Prescrizione per i quali non è consentita la pubblicità al pubblico
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

Nel presente documento vengono illustrati i risultati più significativi contenuti nel Report 28 dell'Osservatorio Farmaci, report relativo al primo semestre 2011, 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).

Il Report 28 nella sua versione completa illustra:

- i dati di spesa farmaceutica pubblica e privata per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico relativi al primo semestre del 2011 a livello nazionale e regionale;
- 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 acquistati dalle aziende sanitarie) per il periodo 2011-2013 e le proiezioni 2011 a livello regionale.
- un quadro riassuntivo sui principali avvenimenti di politica del farmaco del 2011 desumibile dalle sezioni prima e seconda.

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

- si riferisce prevalentemente all'assistenza farmaceutica (a carico del SSN e dei pazienti) erogata tramite le farmacie aperte al pubblico, con esclusione dei farmaci senza obbligo di prescrizione dispensati da punti distributivi alternativi;
- prende in esame anche gli acquisti di farmaci da parte delle aziende sanitarie utilizzati in ambito ospedaliero e dispensati sul territorio. Nella valutazione dei trend si è fatto riferimento ai dati IMS Health che valorizzano a prezzi di cessione teorici. Per il posizionamento rispetto ai tetti di spesa e le valutazioni previsionali, dovendo stimare la spesa effettiva a carico del SSN (comprensiva degli sconti in sede di fornitura), sono stati utilizzati i dati di monitoraggio semestrale dell'AIFA sui dati di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera relativi al primo semestre 2011 approvati dal CdA il 22 settembre 2011;
- utilizza come fonte dei dati: i) IMS Health, per i dati di spesa e consumo complessivi; in particolare, si fa riferimento ai dati di sell out (flussi di farmaci in uscita dalle farmacie) disponibili a partire dal 2009. Per il confronto con gli anni precedenti si utilizzano i dati IMS di sell in (flussi di farmaci in entrata alle farmacie) in modo tale da garantire una comparazione omogenea; ii) Federfarma, per i dati di spesa rimborsata dal SSN;

Per quanto riguarda il calcolo del tetto sulla farmaceutica, 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 i consuntivi AIFA fanno riferimento, quale fonte informativa per la spesa farmaceutica ospedaliera, alla «spesa rilevata attraverso la tracciabilità del farmaco».
- 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).

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. Inoltre il DL 78/2010 convertito in Legge 122/2010 ha introdotto un ulteriore sconto a favore del SSN a carico delle farmacie (1,82%) e a carico delle imprese (1,83%) sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'Iva con decorrenza 31 maggio 2010. Si precisa che il dato di sconto desunto dai dati Federfarma non sembra cogliere del tutto lo sconto addizionale a carico delle farmacie e non include quello a carico delle imprese

I principali trend della spesa farmaceutica del primo semestre del 2011

Oltre che alla scadenza dei brevetti di diversi principi attivi, l'approvazione della determina AIFA in data 31 marzo 2011 ("Documento metodologico in applicazione di cui al comma 9 dell'art.11 del D.L.78, recante norme in tema di confronto prezzo dei farmaci equivalenti in Italia rispetto ad altri mercati Europei") che ha disposto, in attuazione di quanto previsto dal DL 78/2010, convertito in L. 122 del 30 luglio 2010, la riduzione dei prezzi di riferimento dei farmaci rimborsabili a brevetto scaduto presenti nelle liste di trasparenza sulla base del confronto con i prezzi dei farmaci vigenti nei Paesi di riferimento, vale a dire, Regno Unito, Germania, Francia e Spagna. La soglia massima di abbattimento del prezzo di riferimento è stata fissata al 40% mentre sono stati esclusi i prodotti con un prezzo per confezione inferiore a 2 Euro. I nuovi prezzi di riferimento sono entrati in vigore a partire dal 15 aprile 2011. Il lento adeguamento dei prezzi dei farmaci a quelli dei relativi generici da parte delle aziende farmaceutiche ha determinato un aumento della quota delle compartecipazioni alla spesa da parte del cittadino, generato dai più alti differenziali tra il prezzo di riferimento e il prezzo al pubblico del farmaco. L'impatto di tale misura è stata una riduzione della spesa farmaceutica pubblica lorda del -2,3% con un contestuale aumento invece della spesa a carico del paziente (+10,9%) dovuta sia all'aumento dell'acquisto privato di farmaci rimborsabili (+29%) sia all'aumento delle compartecipazioni alla spesa (+36,1%), determinato, a sua volta, sia dall'incremento del mercato dei farmaci soggetti a prezzo di riferimento (e conseguente possibile contributo da parte dei pazienti in caso di prescrizione di prodotti a più alto prezzo rispetto al valore di rimborso) sia dall'introduzione di nuove compartecipazioni alla spesa in forma di quota fissa per confezione / ricetta sui farmaci da parte delle regioni. Subisce una contrazione, di conseguenza, la spesa convenzionata netta che decresce del -6,3%, secondo i dati Federfarma. Cresce del +4,4% la spesa per farmaci rimborsabili e registrano un segno positivo anche i tassi di crescita della spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci SP (+0,9%) e gli OTC (+2,6%) (Tabella 1).

Tabella 1

Composizione della spesa complessiva per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (primo semestre 2011 vs 2010)

Componenti della spesa farmaceutica (per farmaci che transitano dalle farmacie aperte al pubblico)		gen-giu 2011 (milioni Euro)	gen-giu 2010 (milioni Euro)	var % I sem 11/10	Var % I sem 10/09
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili al lordo degli sconti a carico di farmacie ed imprese	7.118	7.130	-0,2%	0,2%
2	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	637	494	29,0%	-2,0%
3=4+5+6	Spesa pubblica lorda	6.481	6.636	-2,3%	0,3%
4	Sconto totale	429	388	10,3%	8,2%
5	Compartecipazioni alla spesa	638	469	36,1%	19,4%
6=3-4-5	Spesa convenzionata netta	5.414	5.779	-6,3%	-1,4%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili, di cui	3.112	2.992	4,0%	0,4%
8	- Farmaci etici non rimborsabili	1.624	1.555	4,4%	-1,5%
9 = 10+13	- Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	1.488	1.437	3,6%	2,5%
10=11+12	- Farmaci, di cui	1.069	1.046	2,2%	-0,1%
11	a) SP	274	272	0,9%	-6,0%
12	b) OTC	795	774	2,6%	2,1%
13	- Altro	419	391	7,3%	10,3%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	4.387	3.955	10,9%	2,0%
15=6+14	Totale (al netto degli sconti farmacie e imprese)	9.801	9.733	0,7%	0,0%

L'andamento complessivo dei consumi nel primo semestre del 2011 (Tabella 2), espressi in numero di confezioni, è positivo e pari al +2,1%. Tale crescita è determinata dall'incremento della maggior parte delle voci di consumo:

- confezioni a carico del SSN (+1,7%);
- consumo di farmaci rimborsabili acquistati direttamente dai pazienti (+10,4%);
- confezioni a carico del paziente (+2,7%).

Tabella 2

Composizione dei consumi complessivi per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (consumi espressi in numero di confezioni) (primo semestre 2011 vs 2010)

Consumi (farmaci che transitano dalle farmacie aperte al pubblico)		gen-giu 2011 (milioni confezioni)	gen-giu 2010 (milioni confezioni)	var % I sem 11/10	var % I sem 10/09
1=2+3	Farmaci rimborsabili	642	623	3,1%	2,7%
2	A carico SSN	592	582	1,7%	4,1%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	89	81	10,4%	1,4%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili, di cui	305	303	0,6%	-2,7%
5	- Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	145	143	1,2%	-1,4%
6=7+10	- Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	160	160	0,1%	-3,8%
7=8+9	- Farmaci, di cui	148	148	-0,1%	-4,7%
8	a) SP	39	40	-1,3%	-13,4%
9	b) OTC	109	109	0,3%	-1,0%
10	- Altro	12	12	3,4%	9,3%
11=3+4	A carico del paziente	395	384	2,7%	-1,8%
12=2+11	Totale	986	966	2,1%	1,6%
13	Numero ricette (a carico SSN)	303	299	1,3%	2,8%
14=2/8	Confezioni per ricetta (a carico SSN)	2	2	0,8%	1,2%

Il costo medio dei farmaci (Tabella 3) mostra un andamento sostanzialmente divergente tra farmaci rimborsabili (-3,2%) e prodotti non rimborsabili (+3,4%). I farmaci rimborsabili hanno risentito di un'ulteriore estensione dell'applicazione dei prezzi di riferimento e delle iniziative regionali finalizzate a modificare il mix a favore delle molecole genericate o, comunque, a più basso prezzo. La contrazione del costo medio per confezione sarebbe dovuta stabilizzare nel secondo semestre, in seguito al completamento dell'adeguamento dei prezzi dei farmaci di marca al prezzo di riferimento. Tale adeguamento sembra in realtà essere più lento di quanto ipotizzato in origine, sebbene al riguardo non esista un riscontro ufficiale. La riduzione dei prezzi medi sui mercati con molecole genericate non viene controbilanciato dai prezzi, tendenzialmente più elevati, dei nuovi farmaci lanciati sul mercato, essendo gran parte dei nuovi farmaci utilizzati in ambito ospedaliero.

Tabella 3

Costo medio per confezione relativo ai diversi segmenti del mercato dei farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico (primo semestre 2011 vs primo semestre 2010) (Euro)

Costo medio per confezione	gen-giu 2011	gen-giu 2010	Var % I sem 11/10	Var % I sem 10/09
Farmaci rimborsabili (lordo sconto farmacie ed imprese)	11,1	11,4	-3,2%	-2,5%
- Prescrizione/acquisto privato di farmaci rimborsabili	7,1	6,1	16,8%	-3,3%
- Farmaci coperti da SSN	11,0	11,4	-3,9%	-3,6%
Prodotti non rimborsabili, di cui	10,2	9,9	3,4%	3,1%
- Farmaci etici non rimborsabili	11,2	10,8	3,2%	-0,1%
- Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	9,3	9,0	3,4%	6,5%
a) Farmaci, di cui	7,2	7,1	2,3%	4,8%
a.1) SP	7,0	6,9	2,2%	8,5%
a.2) OTC	7,3	7,1	2,4%	3,2%
b) Altro	34,3	33,1	3,7%	1,0%
A carico del paziente	11,1	10,3	8,0%	3,9%
Totale (netto sconto)	9,9	10,1	-1,4%	-1,7%

In controtendenza rispetto ai periodi precedenti aumenta il costo medio di tutte le tipologie di farmaci che rientrano nella categoria dei prodotti non rimborsabili: farmaci etici (+3,2%), SP (+2,2%), OTC (+2,4%) e prodotti che rientrano nella voce “altro” (+3,7%) ossia OTC senza registrazione.

Dai dati di monitoraggio pubblicati da AIFA a mezzo stampa emerge come il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale nel primo semestre del 2011 risulti rispettato, attestandosi al 13% del finanziamento, per un importo di circa 154 milioni di euro, mentre il tetto sull'ospedaliera è ampiamente sfondato, per un importo superiore a 1,2 miliardi di euro, arrivando a rappresentare il 4,6% del finanziamento, rispetto ad un tetto del 2,4% (Box 1).

Box 1

Spesa farmaceutica, finanziamento SSN: tetto sulla farmaceutica territoriale ed ospedaliera aggiornato al periodo gennaio – giugno 2011

Voci di spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico		gen-giu 2011
1	Finanziamento SSN	54.957
2	Tetto farmaceutica territoriale	7.309
3	Tetto farmaceutica ospedaliera	1.319
4=2+3	Tetto complessivo	8.628
5=6+7+8	Farmaceutica territoriale (al lordo del payback)	7.155
9=5/1	Farmaceutica territoriale/ Finanziamento SSN	13,0%
7=5-2	Sfondamento tetto territoriale (al lordo del pay-back)	-154
8	Farmaceutica ospedaliera (al lordo del pay-back)	2.528
9=8/1	Farmaceutica ospedaliera / Finanziamento SSN	4,6%
10=8-3	Sfondamento tetto ospedaliera (al lordo del pay-back)	1.209
11=5+8	Farmaceutica complessiva (al lordo del pay-back)	9.683
12=11/1	Farmaceutica complessiva / Finanziamento SSN	17,6%
13=11-4	Sfondamento tetto complessivo (al lordo del pay-back)	1.055

Fonte: dati del monitoraggio semestrale dell'AIFA sui dati di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera relativi al primo semestre 2011 approvati dal CdA il 22 settembre 2011 - Sole 24 Ore Sanità n°36 del 27 – pag.7

Durante il primo semestre del 2011 si riconferma l'andamento crescente (+8,4%) del mercato dei farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico rilevato alla fine del 2010 (+9,7% rispetto al 2009, cfr Report 27) (Tabella 4).

Tale incremento è riconducibile essenzialmente all'aumento del mercato dei farmaci in distribuzione diretta (+13,5%) e, soprattutto, della DPC (+24,0%), confermando la crescente diffusione su tutto il territorio di accordi con le farmacie aperte al pubblico. Il mercato dei farmaci outpatients e di quelli utilizzati per pazienti ricoverati registrano un tasso di crescita più contenuto (rispettivamente del 5,5% e del +1,7%).

I

Tabella 4

Andamento delle diverse voci mercato dei farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico (gen-giu 2011)

Fatturati in prezzi di cessione teorici	gen-giu 2011 (milioni Euro)	gen-giu 2010 (milioni Euro)	var %
	4.234	3.907	8,4%
- Inpatients	1.728	1.700	1,7%
- Outpatients	496	470	5,5%
- Distribuzione diretta	1.551	1.367	13,5%
- Distribuzione in nome e per conto	459	371	24,0%

I consuntivi del 2011: politiche e dati regionali

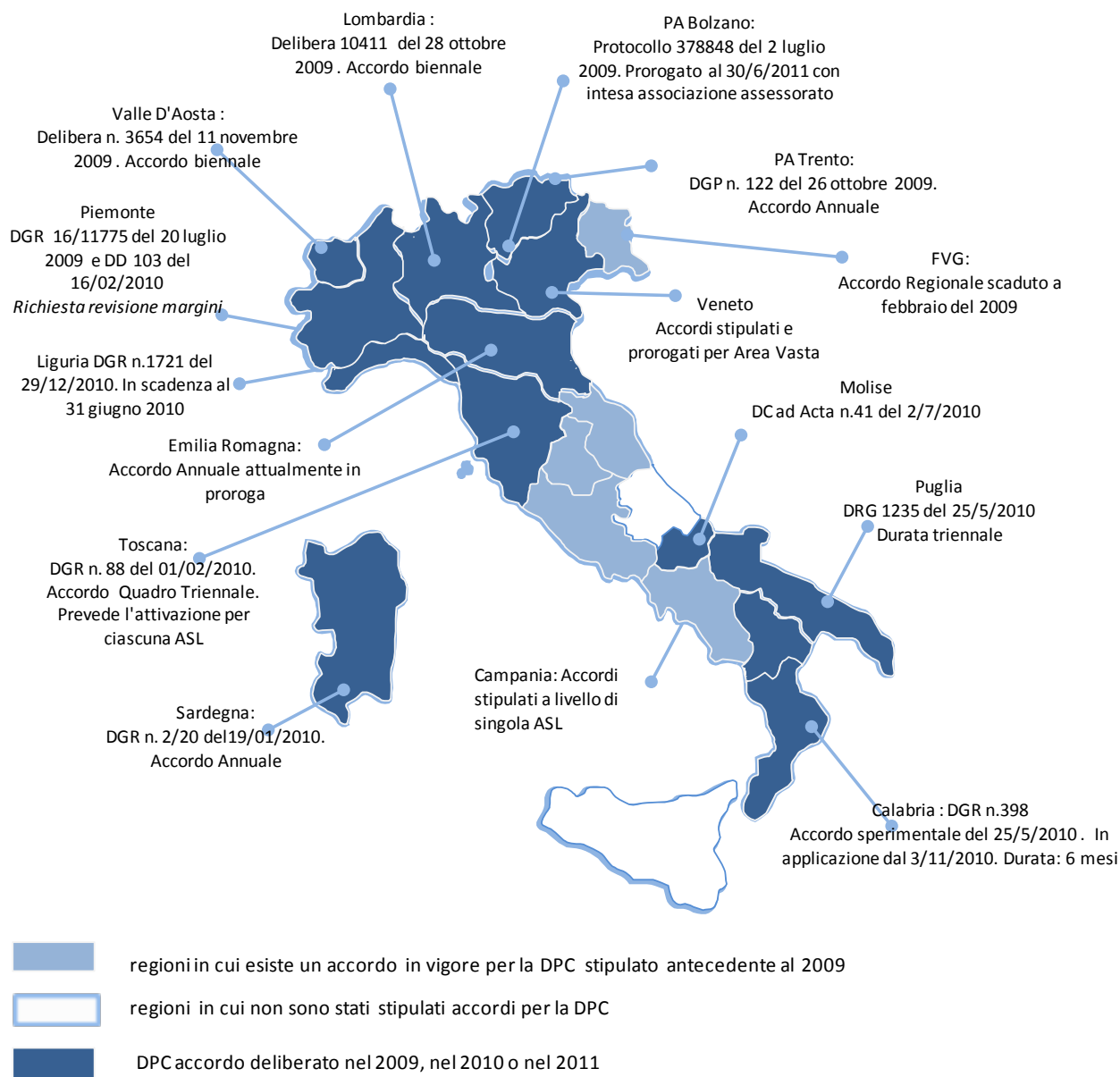
I provvedimenti regionali che hanno maggiormente contribuito a produrre effetti sull'andamento del mercato farmaceutico nel primo semestre del 2011 sono i seguenti:

- l'introduzione / modifica delle compartecipazioni alla spesa sui farmaci (Figura 1). Il recente ricorso alle compartecipazioni alla spesa anche da parte di regioni che storicamente non avevano utilizzato questo strumento per il governo della spesa farmaceutica è diretta conseguenza di quanto previsto inizialmente dalla Legge DL 111/2011 (conversione del DL 98/2011);
- le azioni su categorie terapeutiche omogenee, sia in termini di prezzi di riferimento che target prescrittivi (Figura 2); l'adozione di prezzi di riferimento (limitata alla categoria degli inibitori di pompa protonica) è ora non più praticabile; sono invece sempre più diffusi i target prescrittivi in medicina generale, in parte introdotti autonomamente dalle regioni / aziende sanitarie, in parte collegati ad obiettivi esplicitati nei piani di rientro, in parte in applicazione di quanto previsto dalla L. 122/2010 (conversione del DL 78/2010);
- aumento delle forme alternative di distribuzione che determinano uno spostamento della spesa per assistenza farmaceutica dal regime della spesa convenzionata a quello degli acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie: sebbene le due voci di spesa rientrino nella componente "territoriale" dei tetti, tale spesa genera un contenimento della spesa farmaceutica, per effetto almeno della mancata corresponsione dei margini alla distribuzione o di margini (fee fisse) pattuiti nell'ambito degli accordi di distribuzione in nome e per conto, che non impattano in termini contabili sulla spesa farmaceutica territoriale (Figura 3). Attualmente tutte le regioni hanno accordi formali regionali di DPC, con l'eccezione di Friuli Venezia

Giulia, che non ha rinnovato il contratto in scadenza, Abruzzo e Sicilia.

Figura 1

Accordi di distribuzione in nome e per conto (aggiornamento a novembre 2011)



I dati di consuntivo regionali, (Grafico 1), per i farmaci rimborsati dal SSN, evidenziano, nel primo semestre del 2011 una contrazione della spesa lorda, un aumento dei consumi di farmaci rimborsati dal SSN, ed una riduzione del costo medio lordo. La sensibile contrazione del costo medio lordo per confezione è dovuto in parte ad iniziative di policy nazionali (taglio prezzi di riferimento dei farmaci in classe A) ed in parte alle iniziative regionali di governo del comportamento prescrittivo (con shift della prescrizione a favore dei farmaci a minor costo) ed in parte all'adozione di forme alternative di distribuzione dei farmaci. Queste ultime impattano:

- sia sui consumi collegati all'assistenza erogata in regime di convenzione, perché i farmaci sono dispensati in modo alternativo;
- che sul costo medio lordo, in quanto i farmaci più costosi sono distribuiti secondo modalità alternative;
- che, quindi, sulla spesa lorda, per effetto combinato delle due voci precedenti.

Le Regioni che hanno stipulato nuovi accordi per la distribuzione per conto (come Puglia, Calabria e Piemonte) presentano una contrazione più forte della spesa lorda per i farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico.

Dai dati di monitoraggio sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera dell'AIFA (Tabella 5), emerge come tutte le regioni abbiano sfondato il tetto sulla spesa ospedaliera e che solo otto di esse (Puglia, Sardegna, Liguria, Campania, Lazio, Abruzzo, Sicilia e Molise) abbiano già sfondato anche il tetto posto sulla spesa farmaceutica territoriale (Tabella 5 e Grafico 2).



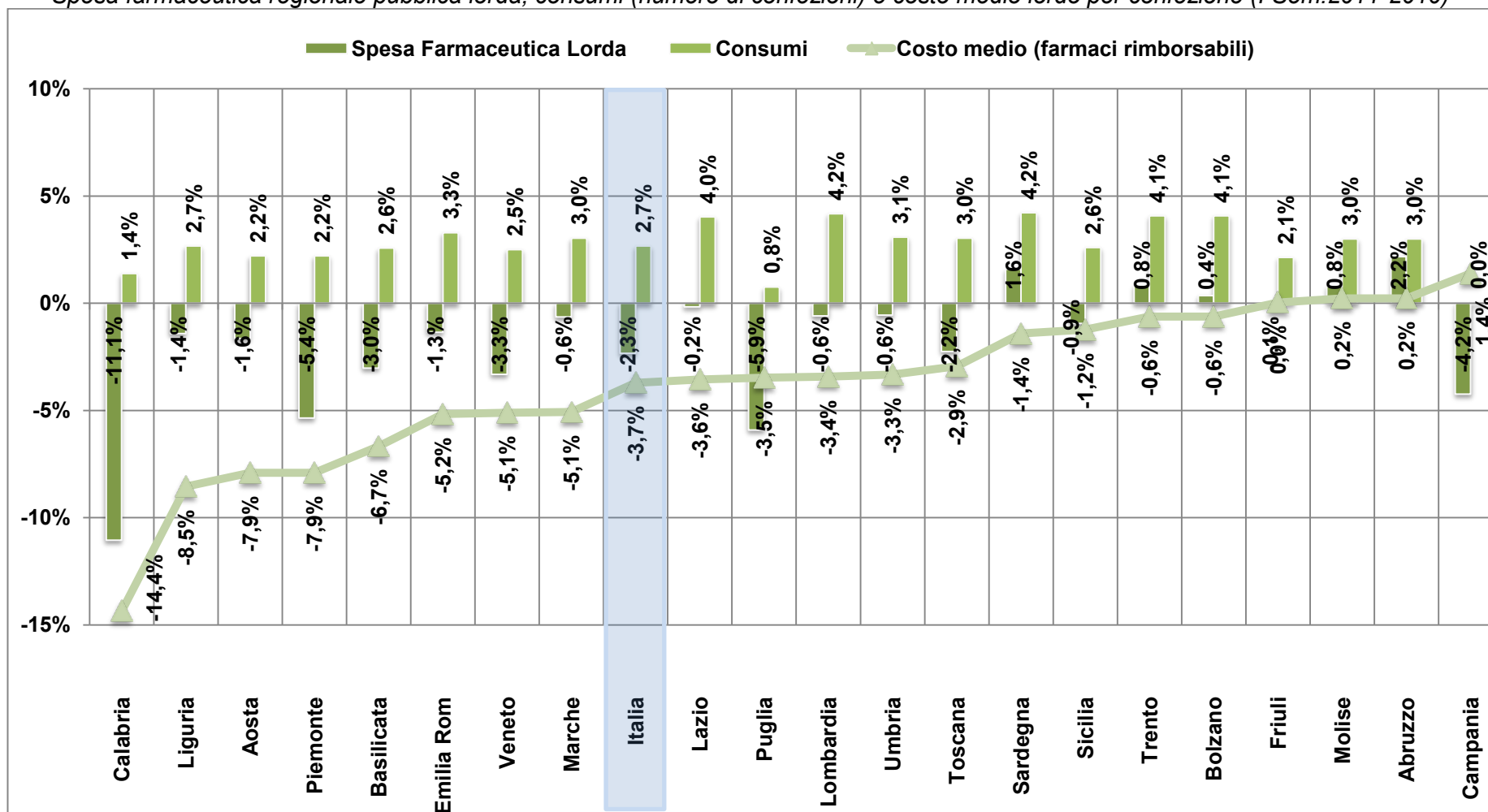
Tabella II 5

*Mercato regionale per i farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico
(var.% I semestre 2011 2010)*

Regione	Inpatients	Outpatients	Spesa per DPC	Distribuzione diretta
Piemonte + Aosta	0,0%	-6,9%	109,8%	13,8%
Lombardia	0,2%	7,4%	28,8%	13,1%
Trentino Alto Adige	8,1%	4,1%	2,9%	15,7%
Veneto	1,5%	0,3%	17,2%	9,9%
Friuli	4,7%	-32,0%	82,2%	17,2%
Liguria	10,5%	-5,4%	-8,3%	11,5%
Emilia Romagna	-7,9%	30,2%	-20,1%	13,6%
Toscana + Umbria	-1,6%	13,7%	4,5%	9,6%
Marche	-5,9%	27,3%	7,1%	15,0%
Lazio	4,0%	-4,9%	13,9%	18,7%
Abruzzo + Molise	-1,5%	0,6%	9,8%	21,1%
Campania	-0,4%	14,9%	21,4%	8,5%
Puglia	-0,6%	2,1%	17,0%	27,1%
Basilicata + Calabria	9,1%	32,5%	197,3%	7,8%
Sicilia	9,8%	9,4%	0,0%	13,5%
Sardegna	36,9%	4,0%	17,5%	10,0%
Italia	1,7%	5,5%	24,0%	13,5%
Nord	0,3%	3,3%	47,1%	29,6%
Centro	0,8%	5,4%	12,4%	9,0%
Sud	5,6%	9,9%	18,4%	37,6%

Grafico 1

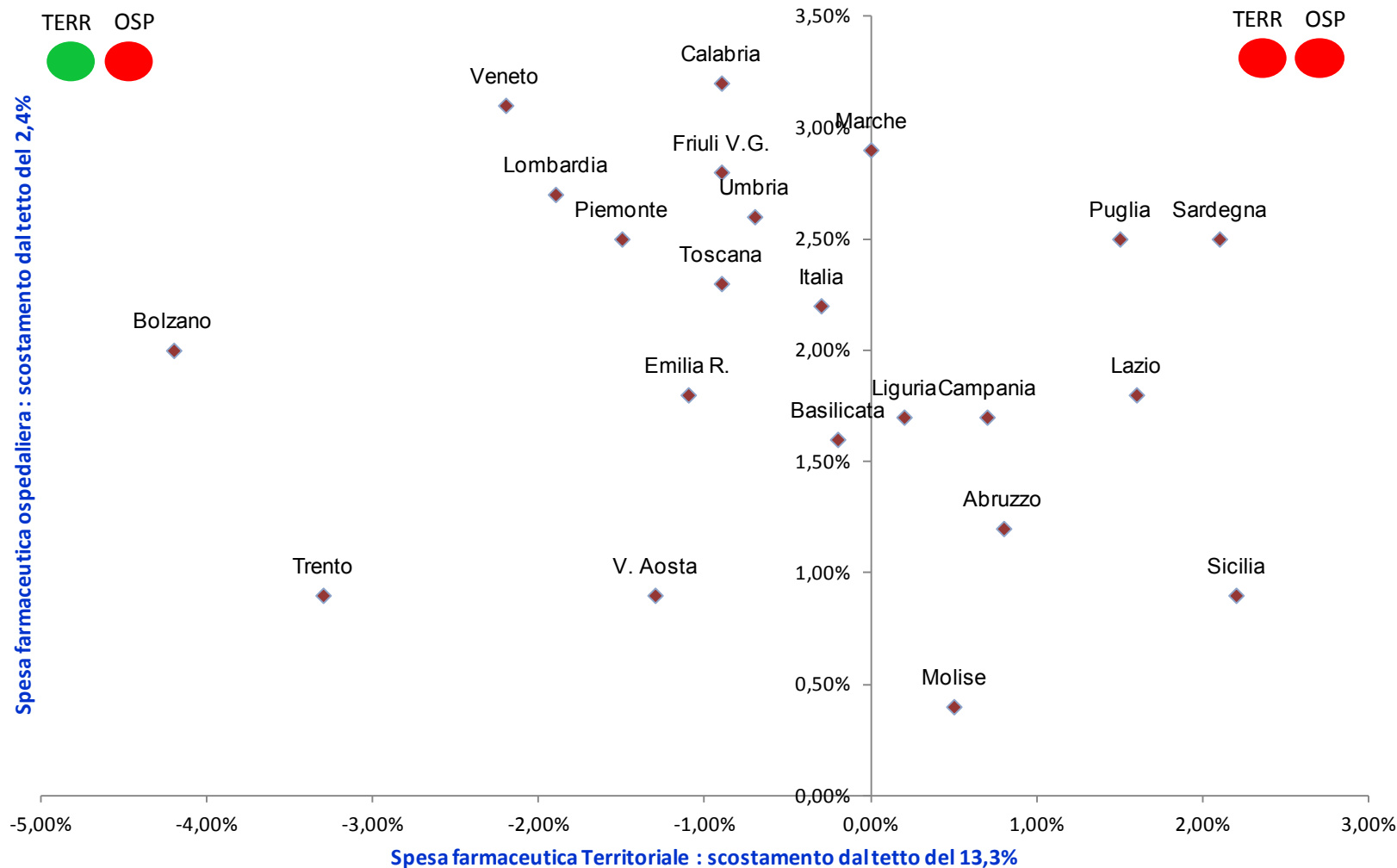
*Spesa farmaceutica regionale pubblica lorda, consumi (numero di confezioni) e costo medio lordo per confezione (I Sem.2011-2010)**



* regioni disposte in ordine decrescente di costo medio per confezione

Grafico 4

Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera: incidenze sui fondi sanitari regionali – gennaio- giugno 2011



Fonte: dati del monitoraggio semestrale dell'AIFA sui dati di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera relativi al primo semestre 2011 approvati dal CdA il 22 settembre 2011 -
Sole 24 Ore Sanità n°36 del 27 – pag.7

Le previsioni di spesa per il periodo 2010-2013

Sono di seguito esplicitate le ipotesi di fondo a partire dalla quali si è adottato uno scenario previsionale a parità di condizioni regolatorie, vale a dire ipotizzando che sia mantenuto l'attuale contesto regolatorio.

I fattori che influenzeranno il mercato nel prossimo triennio e di cui si è tenuto conto nell'elaborazione delle proiezioni proposte nel presente report sono:

1. la scadenza del brevetto di numerosi principi attivi;
2. le misure introdotte dal DL 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 e dalla Delibera AIFA approvata in data 30.03.2011;
3. gli interventi previsti dalla manovra di luglio (DL 98/2011 convertito in L. 111 del 15 luglio 2011);
4. le misure previste dal decreto legge 211 del 6 dicembre 2011;
5. le iniziative regionali per il governo dell'assistenza farmaceutica in corso di attivazione.

1) Generizzazione

Tra il 2011 ed il 2013 scadono numerosi brevetti di principi attivi. Ciò, grazie anche 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 dalla L. 122/2010 e dalla Delibera AIFA approvata il 30.03.2011

Nell'elaborare le proiezioni qui proposte è stato stimato l'effetto prodotto sul triennio 2011-2013 dalle misure introdotte dalla L. 122/2010 (conversione del DL 78/2010). Nello specifico, tale legge prevede:

- per il 2010, la riduzione del 12,5% del prezzo al pubblico dei farmaci equivalenti (cfr Report 27). Nonostante tale misura non sia stata prorogata per il 2011, essa risulta applicata *de facto* dalle imprese produttrici di generici come riduzione volontaria di prezzo e pertanto nelle proiezioni proposte se ne tiene in considerazione il parziale impatto.
- La diminuzione del livello del finanziamento del SSN a cui concorre ordinariamente lo Stato di 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di

¹ Purché venga introdotto un generico e considerando che il prezzo di riferimento è quello più basso tra i prodotti equivalenti, purché il relativo prodotto sia disponibile nel normale ciclo distributivo regionale.

euro a decorrere dall'anno 2012. A decorrere dal 2011 è previsto poi un'ulteriore riduzione di 600 milioni all'anno

- Uno sconto del 3,65% (cfr. Sezione Introduttiva e Terza), così suddiviso:
 - a) 1,82% a carico delle farmacie;
 - b) 1,83% a carico delle imprese farmaceutiche.
- Lo spostamento della spesa per farmaci ad uso ambulatoriale o domiciliare sotto il tetto della territoriale per un importo su base annua pari a 600 milioni di euro. L'AIFA, con Determinazione del 3 novembre 2010, ha pubblicato la lista di farmaci riclassificati, a partire dal 1° novembre 2010, dalla fascia H alla fascia A-Pht da dispensare *«attraverso le strutture individuate dalle regioni per una continuità assistenziale tra soggetto prescrittore ed unità dispensatrice del farmaco, tenuto conto delle proprie esigenze organizzative. La modalità operativa della distribuzione scelta dalla regione, per i farmaci di cui in allegato elenco, non deve costituire aggravio di spesa per il SSN rispetto ai costi attualmente sostenuti dalla regione»*.
- L'attivazione di meccanismi di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva da parte dell'AIFA, prevedendo a regime un risparmio di 600 milioni di euro su base annua (cfr Sezione Prima). Nel valutare l'impatto di tale misura sulla spesa farmaceutica si è tenuto conto della già diffusa attivazione, in numerose realtà regionali, di indirizzi del comportamento prescrittivo, basati su quote prescrittive.
- La riduzione del prezzo di riferimento a partire dal 15 aprile 2011 (cfr Sezione Prima). Nello stimare l'impatto di tale misura si è tenuto conto dello stato dell'arte a metà maggio 2011 (pertanto un mese dopo l'entrata in vigore della misura) circa l'allineamento ai nuovi prezzi di riferimento dei farmaci generici ed *off patent*. Al riguardo da un'analisi di Assogenerici (www.assogenerici.it) emerge come dei 3.987 medicinali inseriti nella lista di trasparenza AIFA (cfr Allegato 2), 2.161 sono generici. Di questi, a maggio 2011, il 52% circa aveva adattato il proprio prezzo a quello di riferimento; nel restante 48% dei casi, le aziende aveva avvicinato i prezzi al pubblico a quelli di riferimento; i farmaci di marca sembravano non essersi ancora adattati ai nuovi prezzi di riferimento. Tenuto conto di tali considerazioni, si è ipotizzato che nella seconda parte dell'anno l'adattamento dei prezzi si sia progressivamente, anche se lentamente, esteso.

Infine nelle presenti elaborazioni si propone una stima del valore dell'ossigenoterapia in linea con le note metodologiche dell'AIFA.

3) Gli interventi previsti dalla manovra di luglio (DL 98/2011 convertito con Legge 111 del 15 luglio 2011)

Il DL 98/2011 convertito in L. 111/2011 prevede quanto segue:

*“In materia di assistenza **farmaceutica ospedaliera**, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati [...] a decorrere dall'anno 2013, con regolamento da emanare, entro il 30 giugno 2012, [...] su proposta del*

*Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le procedure finalizzate a **porre a carico delle aziende farmaceutiche** l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale nella misura massima del **35% di tale superamento**, in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche. [...] Qualora entro la predetta data del 30 giugno 2012 non sia stato emanato il richiamato regolamento, l'Agenzia italiana del farmaco, [...] a decorrere dall'anno 2013, aggiorna le tabelle di raffronto ivi previste, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento dei predetti obiettivi di risparmio, e conseguentemente, **a decorrere dall'anno 2013 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale [...] è rideterminato nella misura del 12,5%**"*

(Art. 17, comma 1, punto b, Legge 111/2011).

Ciò significa che, a partire dal 2013, si delineano due ipotesi alternative, vale a dire:

- che alle aziende farmaceutiche venga richiesto un contributo (al massimo del 35%) allo sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera;
- oppure che vengano aggiornate le tabelle di raffronto delle iniziative regionali sugli indirizzi prescrittivi per categoria terapeutica omogenea e contestualmente ridotto il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale al 12,5%.

Il DL 98/2011 convertito in Legge 111/2011 prevede inoltre:

- per il 2011, un incremento di 105 milioni del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, rispetto a quanto previsto nel riparto della CSR del 27 luglio 2011, portando in questo modo il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato ai fini del calcolo del tetto sulla farmaceutica a 106.265 milioni di euro.
- Per il 2013 ed il 2014 un incremento del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato rispetto all'anno precedente di, rispettivamente, 0,5% e 1,4%.
- A partire dal 2014 (con regolamento da emanare), l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa sui farmaci e sulle altre prestazioni erogate dal SSN in aggiunta a quelle introdotte a livello regionale, ma non conteggiate ai fini del calcolo del tetto sulla spesa farmaceutica territoriale.

4) Le misure previste dal Decreto Monti

Il decreto legge 211 del 6 dicembre 2011 "Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici" prevede:

- Un parziale ampliamento dei farmaci vendibili al di fuori delle farmacie (cfr Sezione Introduttiva). Si ricorda che i dati elaborati dall'Osservatorio Farmaci riguardano i farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico e pertanto al momento non è ancora possibile cogliere le vendite al di fuori del canale farmacie.



- Quale clausola di salvaguardia, un incremento delle aliquote IVA del 10% e del 21% di 2 punti percentuali a partire dal 1° ottobre 2012 e di ulteriori 0,5 punti percentuali dal 1° gennaio 2014.

5) Iniziative regionali

Un ulteriore rilevante fattore che influenzerà il mercato nei prossimi anni è rappresentato dalle iniziative regionali, quali:

- compartecipazioni alla spesa: numerose regioni hanno introdotto, nella seconda metà del 2011, nuovi ticket sui farmaci o hanno esteso le esenzioni: Molise (dal 14/11/11), Liguria (dal 01/11/11), Basilicata (dal 01/10/11), Puglia (dal 01/07/11), Umbria (dal 12/09/11), Emilia Romagna (dal 29/08/11), Toscana (dal 23/08/11).
- Indirizzi prescrittivi: Calabria, Molise ed Abruzzo hanno introdotto azioni di indirizzo prescrittivo per categorie terapeutiche omogenee (cfr Sezione Seconda)

Sulla base del contesto regolatorio di riferimento descritto e tenuto conto dei consuntivi relativi al 2010 ed al 2011 riportati nel budget definitivo 2011 redatto da AIFA per le aziende farmaceutiche e reso noto il 5 dicembre 2011, nelle elaborazioni qui proposte si è ipotizzato che la spesa per la distribuzione diretta (inclusa la DPC) incida sulla spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata indicativamente per il 30,5%.



Tabella 5

Le previsioni di spesa per farmaci dispensati e non dalle farmacie aperte al pubblico per il triennio 2011-2013 (valori assoluti - milioni di Euro – e variazioni percentuali).

Voci di spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico		2011	2012	2013	11/10	12/11	13/12
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili (lordo sconti filiera)	13.429	13.346	13.467	-2,6%	-0,6%	0,9%
2	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	1.004	1.178	1.255	21,9%	17,3%	6,5%
3=4+5+6	Spesa pubblica lorda	12.424	12.168	12.212	-4,2%	-2,1%	0,4%
4	Contributo a carico della filiera*	822	833	843	2,0%	1,3%	1,2%
5	Compartecipazioni alla spesa	1.312	1.407	1.463	32,9%	7,2%	4,0%
6=3-4-5	Spesa a carico del SSN	10.290	9.928	9.906	-7,9%	-3,5%	-0,2%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili	6.017	6.069	6.143	2,3%	0,9%	1,2%
8	Farmaci etici non rimborsabili	3.201	3.217	3.244	2,9%	0,5%	0,9%
9 = 10+13	Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	2.816	2.853	2.899	1,6%	1,3%	1,6%
10=11+12	- Farmaci, di cui	2.045	2.047	2.044	0,3%	0,1%	-0,1%
11	a) SP	526	530	530	-0,8%	0,7%	0,1%
12	b) OTC	1.519	1.517	1.513	0,7%	-0,2%	-0,2%
13	- Altro	771	806	855	5,2%	4,6%	6,1%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	8.333	8.654	8.861	8,3%	3,9%	2,4%
15=6+14	Totale (netto sconti filiera)	18.623	18.582	18.766	-1,3%	-0,2%	1,0%
16	Spesa farmaceutica non convenzionata	6.964	7.379	7.773	7,2%	6,0%	5,3%
17=6+16	Spesa farmaceutica complessiva a carico del SSN	17.254	17.306	17.678	-2,4%	0,3%	2,1%

* Tale voce non include gli sconti introdotti con DL 78/2010 (pari al 1,82% a carico delle farmacie e del 1,83% a carico delle imprese)

Tabella 6

Proiezioni dei consumi di farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico per il triennio 2011-2013 (valori assoluti - milioni di confezioni – e variazioni percentuali).

Voci di consumo per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico		2011	2012	2013	11/10	12/11	13/12
1=2+3	Farmaci rimborsabili	1.257	1.285	1.314	2,3%	2,3%	2,3%
2	A carico SSN	1.152	1.175	1.204	0,8%	2,0%	2,5%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	105	110	110	22,5%	4,8%	0,1%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili	605	602	600	0,5%	-0,5%	-0,2%
5	Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	286	284	282	0,4%	-0,8%	-0,4%
6=7+10	Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	319	318	318	0,7%	-0,3%	-0,1%
7=8+9	- Farmaci, di cui	295	294	294	0,6%	-0,4%	-0,2%
8	a) SP	77	76	76	-0,6%	-0,6%	-0,6%
9	b) OTC	218	218	218	1,0%	-0,3%	0,0%
10	- Altro	24	24	24	1,7%	1,3%	1,4%
11=3+4	A carico del paziente	710	712	711	3,3%	0,3%	-0,2%
12=2+11	Totale	1.862	1.887	1.915	1,7%	1,4%	1,5%
8	Numero ricette (a carico SSN)	602	617	633	2,5%	2,6%	2,6%

Nella tabella 7 si propone una stima dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera rispetto ai corrispondenti tetti dal 2010 al 2013. Per quanto riguarda il 2010, i dati di consuntivo riportati nella Tabella 7 si riferiscono a quanto riportato nel budget definitivo 2011 per le aziende farmaceutiche redatto da AIFA il 5 dicembre 2011. I dati AIFA mostrano, soprattutto per la distribuzione diretta e DPC, un certo scostamento rispetto ai dati pubblicati sul Rendiconto Annuale della Corte dei Conti (cfr Report 27). Infatti la Corte dei Conti riportava una spesa per DD e DPC pari a 1.934 milioni di euro (inclusi gli ex OSP 2 riclassificati in A-Pht), mentre il dato da budget definito 2011 dell'AIFA riporta un dato di 2.144 milioni di euro. Pertanto, il tetto 2010 risulta essere sfondata di 282 milioni di euro (23 al netto del payback). Per quanto concerne il triennio 2011-2013:

- La **spesa farmaceutica territoriale** si dovrebbe attestare nel 2011 al 13,2% (13% al netto del payback) rispetto al tetto con un risparmio di 292 milioni di euro (415 milioni al netto del payback). Come anticipato, ai fini del calcolo della spesa farmaceutica territoriale rispetto al tetto, si è stimato l'impatto prodotto dallo sconto a carico delle farmacie (1,82%) e delle imprese (1,83%). Nel 2012 e 2013 l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale dovrebbe ulteriormente ridursi fino al 12,9% e 13%.
- La **spesa farmaceutica ospedaliera** invece dovrebbe sfondare il tetto di 1.762 milioni di euro (1.623 milioni al netto del payback) arrivando a rappresentare il 4,1% rispetto al finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato e registrando per la prima volta un tasso di crescita negativo (pari a -1%). Tale andamento è giustificato dalla riclassificazione dei farmaci ex OSP 2 (farmaci ad uso ambulatoriale o domiciliare da spesa farmaceutica ospedaliera) in fascia A-Pht che si è tradotto nello spostamento sotto il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale di circa 562 milioni di euro. Nel biennio successivo, il dato di spesa dovrebbe diventare più omogeneo e confrontabile, pertanto la spesa farmaceutica ospedaliera dovrebbe incidere sul finanziamento del 4,2% nel 2012 e del 4,4% nel 2013.
- La **spesa per distribuzione diretta e DPC** (al netto della riclassificazione dei farmaci ex OSP 2) dovrebbe registrare tassi di crescita positivi (2,2% nel 2011, 6% nel 2012 e 5,3% nel 2013) per il continuo investimento, anche se ridotto rispetto al passato, da parte delle regioni in forme alternative di distribuzione dei farmaci.



Tabella 7

Tetto sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera 2010-2013

Spesa farmaceutica e sfondamento del tetto		2010	2011	2012	2013	11/10	12/11	13/12
1	Finanziamento SSN	105.003	106.265	108.024	108.564	1,2%	1,7%	0,5%
2	Tetto farmaceutica territoriale	13.965	14.133	14.367	14.439	1,2%	1,7%	0,5%
3	Tetto farmaceutica ospedaliera	2.520	2.550	2.593	2.606	1,2%	1,7%	0,5%
4=2+3	Tetto complessivo	16.485	16.684	16.960	17.045	1,2%	1,7%	0,5%
5=6+7+7bis+8	Farmaceutica territoriale al lordo dello sconto a carico delle imprese	14.333	14.083	13.980	14.165	-1,7%	-0,7%	1,3%
6	- convenzionata (al netto dello sconto del 1,82% a carico delle farmacie)	11.191	10.085	9.726	9.704	-9,9%	-3,6%	-0,2%
7	- distribuzione diretta (inclusa la DPC)	2.044	2.124	2.251	2.371	3,9%	6,0%	5,3%
7bis	- spesa per farmaci ex OSP2 riclassificati in A-PHT	100	562	596	628	462,3%	6,0%	5,3%
8	- ticket	998	1.312	1.407	1.463	31,4%	7,2%	4,0%
9=5/1	Farmaceutica territoriale (conv + distr dir + ticket) / Finanziamento SSN	13,6%	13,3%	12,9%	13,0%			
10=6/1	- convenzionata /finanziamento SSN	10,7%	9,5%	9,0%	8,9%			
11=7/1	- distribuzione diretta /finanziamento SSN	1,9%	2,0%	2,1%	2,2%			
11bis=7bis/1	- spesa per farmaci ex OSP2 riclassificati in A-PHT		0,5%	0,6%	0,6%			
12=8/1	- ticket /finanziamento SSN	1,0%	1,2%	1,3%	1,3%			
13=5-2	Sfondamento tetto territoriale al lordo dello sconto a carico delle imprese	368	- 50	- 387	- 274			
14=5-sconto a carico delle imprese	Farmaceutica territoriale al netto dello sconto a carico delle imprese	14.247	13.876	13.777	13.963	-2,6%	-0,7%	1,3%
14bis=14/1	Farmaceutica territoriale al netto dello sconto a carico delle imprese / Finanziamento SSN	13,6%	13,1%	12,8%	12,9%			
15=14- sconto a carico delle imprese	Sfondamento tetto territoriale al netto dello sconto a carico delle imprese	282	- 257	- 590	- 476			
15bis=15-payback	Sfondamento tetto territoriale al netto del payback e dello sconto a carico delle imprese	23	- 380	- 590	- 476			
16	Farmaceutica ospedaliera	4.354	4.278	4.532	4.774	-1,8%	6,0%	5,3%
17=16/1	Farmaceutica ospedaliera / Finanziamento SSN	4,1%	4,0%	4,2%	4,4%			
18=16-3	Sfondamento tetto ospedaliera	1.834	1.727	1.940	2.169			
18bis=18-payback	Sfondamento tetto ospedaliera al netto del payback	1.695	1.588	1.801	2.030			



Tabella 8

Previsioni per la spesa farmaceutica convenzionata lorda e le sue componenti per il 2011

Regioni	Lorda			Ticket				Sconto totale*			Netta**		
	2011	2010	var% 11/10	2011	% su lorda (2010)	2010	% su lorda (2009)	2011	% su lorda	2010	2011	2010	var% 11/10
Piemonte	886	910,4	-2,7%	74	8,4%	59	6,3%	68	7,6%	52	744	799	-6,8%
Aosta	24	24,2	-2,1%	1	5,2%	1	3,8%	2	7,7%	1	21	22	-5,8%
Lombardia	1.801	1.945,1	-7,4%	226	12,6%	199	10,3%	166	9,2%	135	1.409	1.612	-12,6%
Bolzano	68	72,6	-6,1%	8	12,0%	7	9,9%	5	7,8%	4	55	61	-11,1%
Trento	84	86,6	-2,7%	4	4,9%	3	3,5%	7	8,1%	5	73	78	-6,5%
Veneto	863	925,0	-6,7%	117	13,5%	97	10,6%	73	8,5%	59	673	769	-12,4%
Friuli	243	256,0	-5,0%	13	5,5%	10	4,0%	20	8,4%	16	209	230	-9,0%
Liguria	354	363,6	-2,5%	30	8,5%	23	6,3%	28	7,9%	22	296	319	-7,1%
EmiliaRom	822	823,4	-0,1%	56	6,8%	36	4,4%	57	6,9%	43	710	745	-4,7%
Toscana	698	700,9	-0,4%	47	6,7%	31	4,5%	60	8,5%	45	592	625	-5,3%
Umbria	179	178,2	0,3%	13	7,3%	8	4,7%	12	6,9%	9	153	161	-4,7%
Marche	320	320,5	-0,2%	21	6,6%	15	4,5%	25	7,9%	19	273	287	-4,8%
Lazio	1.337	1.406,2	-4,9%	130	9,8%	113	8,1%	118	8,8%	94	1.088	1.200	-9,3%
Abruzzo	294	307,4	-4,3%	30	10,2%	25	8,3%	24	8,1%	19	241	264	-8,9%
Molise	66	68,8	-4,2%	7	10,8%	6	8,3%	5	7,4%	4	54	59	-8,5%
Campania	1.224	1.271,9	-3,8%	177	14,5%	103	8,1%	101	8,3%	79	946	1.090	-13,2%
Puglia	989	1.004,8	-1,6%	118	11,9%	51	5,1%	84	8,5%	64	787	890	-11,5%
Basilicata	121	120,2	0,4%	7	6,2%	5	3,8%	9	7,4%	7	104	109	-4,0%
Calabria	493	519,7	-5,2%	53	10,8%	44	8,3%	43	8,7%	34	397	442	-10,1%
Sicilia	1.172	1.274,5	-8,0%	156	13,3%	147	11,7%	90	7,7%	73	926	1.054	-12,2%
Sardegna	387	387,8	-0,2%	22	5,6%	16	4,2%	32	8,2%	24	334	348	-4,1%
Italia	12.424	12.968	-4,2%	1.312	10,6%	998	7,7%	1.028	8,3%	807,54	10.085	11.162	-9,7%

* La voce di "sconto totale" comprende lo sconto a carico della filiera ante L. 122/2010 e lo sconto a carico delle sole farmacie del 1,82% introdotto con L. 122/2010

** Il dato di spesa farmaceutica netta si riferisce alla spesa farmaceutica convenzionata netta (al netto dello sconto del 1,82% a carico delle farmacie)



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 in parte influenzato dall'avvio di forme alternative di distribuzione dei farmaci, con conseguente passaggio della spesa dalla componente "convenzionata" a quella "non convenzionata" (Tabella .4). L'incidenza delle compartecipazioni alla spesa aumenta in tutte le realtà regionali, per effetto sia di genericazione e ritardato allineamento ai nuovi prezzi di riferimento sia per una più estesa attivazione di ticket sui farmaci: al momento solo PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Marche non hanno re-introdotto forme di compartecipazioni in quota fissa sui farmaci (cfr supra).

La forte variabilità interregionale (in uno scenario a parità di condizioni regolatorie) genera problematiche di applicazione del duplice tetto (Tabella 5, Grafico 1):

- Il tetto sulla territoriale dovrebbe essere rispettato da tutte le regioni ad eccezione di Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.
- Il tetto sull'ospedaliera dovrebbe essere sistematicamente sfondato da tutte le Regioni.

Tabella 9

Sfondamento del tetto di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera a livello regionale (2011)

Regioni	Tetto su territoriale 13,3%	Sfondam territ	Incidenza Territ	Tetto osped. 2,4%	Sfondam osped	Incidenza Osped	Tetto complessivo	Sfondamento complessivo	Incidenza complessiva
Piemonte	1.067	- 47	12,7%	192	151	4,3%	1.259	104,2	17,0%
Valle d'Aosta	30	- 4	11,4%	5	1	2,9%	35	- 3,0	14,3%
Lombardia	2.293	- 204	12,1%	414	356	4,5%	2.707	152,1	16,6%
Bolzano	112	- 30	9,7%	20	12	3,9%	133	- 18,0	13,6%
Trento	119	- 27	10,3%	22	4	2,9%	141	- 22,7	13,2%
Veneto	1.145	- 109	12,0%	207	208	4,8%	1.352	98,9	16,8%
Friuli VG	292	- 11	12,8%	53	47	4,6%	345	36,2	17,3%
Liguria	415	- 25	12,5%	75	37	3,6%	490	12,3	16,1%
Emilia R	1.044	- 112	11,9%	188	100	3,7%	1.232	- 11,4	15,6%
Toscana	899	- 95	11,9%	162	113	4,1%	1.062	17,6	16,0%
Umbria	218	- 10	12,7%	39	32	4,4%	257	22,8	17,1%
Marche	377	- 6	13,1%	68	64	4,6%	446	57,7	17,7%
Lazio	1.320	106	14,4%	238	126	3,7%	1.558	232,0	18,0%
Abruzzo	317	- 4	13,1%	57	18	3,2%	374	13,5	16,3%
Molise	77	- 8	11,9%	14	0	2,5%	91	- 7,6	14,4%
Campania	1.320	7	13,4%	238	118	3,6%	1.558	125,1	17,0%
Puglia	941	138	15,2%	170	134	4,3%	1.111	271,6	19,5%
Basilicata	141	- 8	12,6%	25	12	3,5%	166	3,9	16,1%
Calabria	468	82	15,6%	84	88	4,9%	553	169,9	20,5%
Sicilia	1.154	67	14,1%	208	42	2,9%	1.363	108,9	17,0%
Sardegna	384	42	14,8%	69	54	4,3%	453	96,9	19,1%
Italia	14.133	- 257	13,1%	2.550	1.727	4,0%	16.684	1.470	17,1%

Grafico 5

Incidenza della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera sul rispettivo tetto per ciascuna regione - gennaio - dicembre 2011

