

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

8 Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: un quadro delle iniziative adottate

di Laura Cavalli e Monica Otto*

8.1 Introduzione

Il presente capitolo illustra i risultati prodotti da una ricerca condotta nel corso del 2007 dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS Bocconi, con la collaborazione dei responsabili di settori, servizi e/o uffici farmaceutici degli assessorati alla sanità delle regioni italiane¹. Con tale ricerca si intende fornire un quadro delle principali iniziative adottate nel corso del 2006 e, in caso di rilevanti cambiamenti, nei primi mesi del 2007 nei contesti regionali italiani al fine di governare l'assistenza farmaceutica.

Il 2006 è stato caratterizzato da un sostenuto intervento regolatorio da parte delle autorità centrali, in particolare, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA; par. 8.3). Nel contempo numerosi sono stati i cambiamenti che hanno riguardato le politiche di governo della spesa farmaceutica a livello regionale.

Ne rappresentano un esempio:

- l'ampliamento della distribuzione diretta e l'attivazione di forme di distribuzione «in nome e per conto»;

* Sebbene il presente saggio sia frutto di un comune lavoro di ricerca i parr. 8.1, 8.2, 8.5.3, 8.5.4 e 8.5.5 sono da attribuirsi a Laura Cavalli, i parr. 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2 e 8.6 a Monica Otto.

¹ Si ringraziano i referenti regionali: dottor Koenig e dottor Baumgartner (Provincia Autonoma di Bolzano); dottor Roni (Provincia Autonoma di Trento); dottor Morsanutto (Regione Friuli Venezia Giulia); dottoressa Pession e dottoressa Aymonod (Regione Valle d'Aosta); dottoressa Traverso e dottor Sussi (Regione Liguria); dottoressa Martelli (Regione Emilia Romagna); dottor Giorni (Regione Toscana); dottoressa Rossi (Regione Umbria); dottor Patregnani (Regione Marche); dottoressa Trofa (Regione Molise); dottoressa Loreto (Regione Campania); dottoressa Trotta (Regione Basilicata); dottoressa Arena (Regione Calabria); dottor Anastasi (Regione Sicilia); dottoressa Meloni (Regione Sardegna).

Un ringraziamento anche ad AstraZeneca, Bayer, GlaxoSmithKline, Merck Scharp & Dohme, Pfizer, Roche che da tempo finanziano le diverse attività dell'Osservatorio Farmaci, tra cui la presente ricerca.

- ▶ l'abolizione prima e reintroduzione poi di compartecipazioni alla spesa;
- ▶ i provvedimenti adottati per la regolazione dell'informazione scientifica del farmaco;
- ▶ l'introduzione di misure su categorie terapeutiche omogenee finalizzate al controllo della spesa farmaceutica;
- ▶ un crescente investimento in fondi destinati al finanziamento dell'uso di farmaci oncologici ad alto costo.

Il capitolo è così strutturato. Nel par. 8.2 viene brevemente descritto il metodo di lavoro adottato. I paragrafi successivi forniscono un quadro:

- ▶ del contesto regolatorio nazionale di riferimento (par. 8.3);
- ▶ del ruolo regionale nel governo dell'assistenza farmaceutica e delle relative condizioni operative (par. 8.4);
- ▶ delle iniziative regionali in termini di governo dell'assistenza farmaceutica e del relativo impatto sui dati di spesa (par. 8.5).

Il par. 8.6, infine, propone alcune considerazioni conclusive.

8.2 Metodo di lavoro

La ricerca dell'Osservatorio Farmaci del CERGAS Bocconi sul governo regionale dell'assistenza farmaceutica è stata condotta a partire dalla griglia di analisi già adottata nel 2004 (Otto, Paruzzolo e Torbica 2004). La struttura di tale griglia è stata poi aggiornata e ampliata al fine di consentire una più completa e approfondita analisi della normativa nazionale e delle iniziative regionali in tema di politica del farmaco. Tale strumento di analisi ha consentito la rilevazione dei principali interventi in ambito farmaceutico, con riferimento sia alla realizzazione di condizioni operative per il governo dell'assistenza farmaceutica (investimento organizzativo da parte della regione e sistemi informativi), sia alle azioni di governo più generali implementate a livello regionale.

La griglia d'analisi è stata completata attraverso la raccolta di materiale documentale successivamente integrato con un'intervista semistrutturata ai referenti dei settori/servizi/uffici regionali competenti. In generale si è fatto riferimento ai settori/servizi/uffici farmaceutici. Altre unità organizzative sono state contattate laddove:

1. le informazioni sono risultate incomplete (con riferimento soprattutto ad aree «di confine» con altre unità organizzative, quali quelle preposte al governo della prescrizione in medicina generale);
2. non è presente un settore/servizio/ufficio competente; oppure
3. il settore/servizio/ufficio competente non ha fornito sufficienti indicazioni.

In alcuni casi poi (Veneto, Lombardia, Piemonte, Lazio, Abruzzo, Puglia e Basilicata) non è stato possibile intervistare i referenti regionali e pertanto si è fatto riferimento alle informazioni pubbliche raccolte.

La raccolta del materiale documentale risale ai mesi di maggio-giugno 2007, mentre le interviste semistrutturate sono state condotte nel periodo marzo-luglio 2007.

8.3 Il contesto regolatorio nazionale di riferimento

Per una completa valutazione delle iniziative regionali di governo della spesa farmaceutica è bene contestualizzare l'attuale andamento della spesa rispetto al trend storico delle componenti di spesa pubbliche e private e alle misure nazionali e iniziative regionali attivate (Osservatorio Farmaci 2007a).

Tra il 1994 e il 1995, la lista positiva dei farmaci rimborsabili dal SSN è stata ridefinita. Ciò ha comportato il *delisting* di alcuni farmaci e un conseguente aumento della spesa privata, dovuto in parte a un trasferimento dei consumi dalla componente pubblica a quella privata e in parte a un aumento dei prezzi per i farmaci delistati, per i quali esiste libertà, pur regolata, di definizione dei prezzi. La ridefinizione della lista positiva è stata accompagnata nel 1995 da un taglio amministrato dei prezzi del 2,5-5 per cento a seconda della dimensione del fatturato.

Dal 1996, archiviata la fase di contenimento della spesa, sia la componente pubblica sia quella privata di spesa hanno ricominciato a crescere a un tasso sostanzialmente analogo fino al 1998.

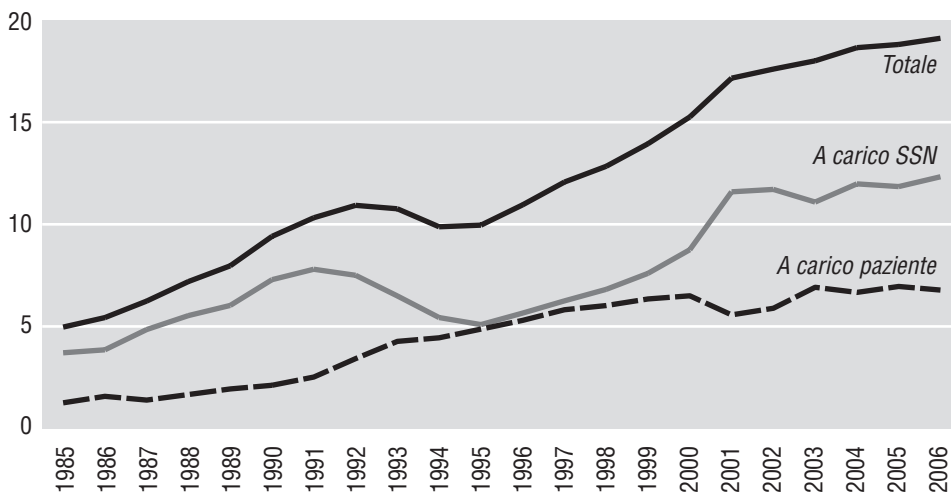
Dal 1998, ma in modo ancor più evidente nel 1999, nel 2000 e, in misura poi eclatante nel 2001, le due componenti di spesa (spesa a carico del SSN e spesa privata) hanno iniziato ad assumere un trend di crescita disallineato, con una spesa pubblica caratterizzata da un tasso di crescita significativamente superiore a quello della spesa privata. Allo scopo di contenere una simile crescita, una serie di politiche regionali di contenimento della spesa introdotte nel corso del 2002 e all'inizio del 2003 è stata attivata, soprattutto in seguito alla legge 405/2001 e alla conseguente responsabilizzazione delle regioni alla copertura dei disavanzi.

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, con una 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 a un trasferimento allo Stato dell'onere prima a carico dei cittadini (in forma di compartecipazione alla spesa) e delle imprese (in forma di sconto obbligatorio sui margini industriali; Fig. 8.1).

Nel corso del 2006 il settore farmaceutico è stato interessato da importanti

Figura 8.1 **Andamento della spesa farmaceutica totale, a carico SSN e a carico del paziente (miliardi di euro)**



Fonte: Osservatorio Farmaci (2007a)

misure di contenimento della spesa farmaceutica, rappresentate da tagli diretti o indiretti dei prezzi (Tab. 8.1), in particolare:

- ▶ taglio generalizzato dei prezzi del 4,5 per cento introdotto a gennaio 2006 e incrementato al 5 per cento a luglio 2006;
- ▶ sconto dello 0,6 per cento del prezzo al pubblico² in vigore da gennaio 2006 e prolungato a ottobre 2006;
- ▶ taglio selettivo dei prezzi (introdotto a luglio 2006);
- ▶ ulteriore taglio generalizzato dei prezzi del 5 per cento (introdotto a partire dal 1° ottobre 2006).

Tali misure sono state attivate per ripianare gli sfondamenti della spesa farmaceutica rispetto ai tetti³ per gli anni 2005 e 2006. Inoltre, allo scopo di rispettare i tetti

² Fino a giugno 2004 è stato unicamente applicato uno sconto a carico delle farmacie. Da luglio 2004 con D.L. 156/2004, successivamente convertito in legge 202/2004, è stato introdotto uno sconto a carico delle imprese, in misura pari al 4,12 per cento sul prezzo al pubblico al lordo di IVA (6,8 per cento su margine imprese), esclusi i prodotti emoderivati e i farmaci soggetti a prezzo di riferimento. Lo sconto è stato successivamente abolito a novembre 2005, ma reintrodotta con Determinazione AIFA del 30 dicembre 2005 (0,6 per cento sul prezzo al pubblico al lordo di IVA), con esclusione dell'ossigeno terapeutico, emoderivati di origine estrattiva, emoderivati da DNA ricombinante, vaccini, medicinali con prezzo uguale o inferiore a 5 euro non inseriti nelle liste di trasparenza.

³ Si ricorda che sulla spesa farmaceutica vige un duplice tetto: uno del 13 per cento riferito alla far-

Tabella 8.1 **Principali misure AIFA di contenimento della spesa farmaceutica**

Gennaio 2006	Luglio 2006	Ottobre 2006	Gennaio 2007	Febbraio 2007
Sconto (0,6%)	Taglio prezzi (da 4,5% a 5%)	Prolungamento sconto (0,6%)	Prolungamento di tutte le misure AIFA a tutto il 2007	Possibilità per le imprese di scegliere il <i>payback</i>
Taglio prezzi (4,5%)	Taglio selettivo dei prezzi	Ulteriore taglio dei prezzi (5%)		

Fonte: nostra elaborazione

di spesa nel 2007, la legge Finanziaria per il 2007 (legge 296/2006) ha previsto il mantenimento delle misure citate. Tale norma ha anche introdotto la possibilità per le imprese farmaceutiche di chiedere la sospensione dell'ulteriore taglio dei prezzi del 5 per cento, introdotto a ottobre 2006, a condizione di impegnarsi a versare a favore delle regioni un *payback* in forma di trasferimento finanziario in tre rate (nel corso del 2007, 20 febbraio, 20 giugno e 20 settembre). Gli importi dovuti a ciascuna regione sono stati determinati dall'AIFA attraverso l'elaborazione di tabelle di equivalenza in modo tale che il valore complessivo del *payback* equivalesse al risparmio previsto, a livello nazionale, dal taglio dei prezzi del 5 per cento. In questo modo, attraverso il versamento alle regioni, le imprese che hanno aderito a tale possibilità compensano l'abolizione del taglio dei prezzi sui propri farmaci che, altrimenti, avrebbe prodotto per il SSN un mancato risparmio. Con determina 9 febbraio 2007, l'AIFA ha approvato le richieste di *payback* presentate dalle imprese farmaceutiche e ha fissato l'importo di ciascuna rata a 83 milioni di euro circa. A essa seguiranno altre due rate di pari importo da versarsi il 20 giugno e il 20 settembre 2007. Contestualmente a tale approvazione sono stati rideterminati i margini di farmacie e grossisti, aumentando lo sconto a carico delle farmacie, al fine di recuperare la quota parte dello sfondamento a loro carico.

A livello regionale, da un lato le regioni sono responsabilizzate, in base a quanto previsto dalla legge 405/2001, alla copertura dei disavanzi, dall'altro al rispetto dei tetti sulla farmaceutica e/o al recupero dell'eventuale sfondamento (legge 326/2003). Al riguardo la Finanziaria per il 2007 prevede che, per lo sfondamento del tetto del 13 per cento sulla spesa farmaceutica convenzionata, chi supera il tetto debba dimostrare di effettuare iniziative per rientrare (quota fissa per ricetta o altre idonee misure di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata). Come verrà dettagliato in seguito, sulla base di tale logica, alcune regioni, quali,

maceutica convenzionata (vale a dire, spesa per farmaci erogati dalle farmacie aperte al pubblico effettivamente sostenuta dallo stato) e del 3 per cento sulla non convenzionata (vale a dire, spesa per farmaci non erogati dalle farmacie aperte al pubblico). Come previsto dalla legge 326/2003, il 60 per cento dello sfondamento della spesa farmaceutica rispetto al doppio tetto (13 per cento sulla convenzionata e 16 per cento sulla totale) è a carico delle imprese farmaceutiche e il restante 40 per cento a carico delle regioni.

per esempio, Campania e Abruzzo, consapevoli di non rispettare il tetto, hanno introdotto già a partire dal 1° gennaio 2007 quote fisse per ricetta. Chi supera, invece, il tetto del 3 per cento sulla spesa farmaceutica non convenzionata, deve presentare un piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera al ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze, contenente interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi, monitoraggio dell'uso appropriato dei farmaci e degli appalti.

Come emerge dall'exkursus storico proposto, l'assistenza farmaceutica è stata interessata dalla metà degli anni Novanta da numerosi e frequenti provvedimenti di contenimento, che hanno in prevalenza riguardato l'offerta, in particolare attraverso interventi sui prezzi. L'azione sull'offerta è però insufficiente se non viene affiancata da misure finalizzate a influenzare la domanda di farmaci e quindi il comportamento prescrittivo dei medici e quello di consumo dei pazienti.

Di seguito si descrivono, invece, le caratteristiche delle manovre poste in essere dalle regioni.

8.4 Il governo dell'assistenza farmaceutica a livello regionale e relative condizioni operative

Sulla base della ricerca condotta, è emerso che gli interventi regionali per il governo dell'assistenza farmaceutica hanno quale principale obiettivo quello del contenimento della spesa. Tale tendenza da un lato rappresenta l'eredità della responsabilità posta in capo alle regioni dalla legge 405/2001, dall'altro l'effetto della quota a carico delle regioni (40 per cento) dello sfondamento del tetto sulla farmaceutica (legge 326/2003). L'appropriatezza prescrittiva rappresenta invece un obiettivo secondario.

Prima di entrare nel merito dei singoli interventi regionali, si è innanzitutto preso in considerazione l'investimento nelle condizioni operative per il governo della spesa farmaceutica, rappresentate dall'investimento regionale sulla farmaceutica in termini organizzativi e di sistemi informativi.

Dall'analisi delle singole scelte regionali si è potuto evidenziare quanto segue:

1. solo in poche realtà regionali ci sono state modifiche importanti dell'assetto organizzativo regionale per il governo dell'assistenza farmaceutica. La Provincia Autonoma di Trento, per esempio, dalla fine del 2006 ha modificato il Dipartimento delle Politiche Sanitarie, accorpando il servizio innovazione e formazione al servizio organizzazione e qualità, senza però apportare significative modifiche nella gestione dell'assistenza farmaceutica;
2. l'istituzione di commissioni e tavoli di monitoraggio tecnici sulla spesa farmaceutica e di centri di supporto alle politiche regionali risulta invece diffusa e, in alcune regioni, nel corso del 2006 sono state potenziate le loro funzioni. Il compito più diffuso assegnato alle Commissioni e/o agli Osservatori regionali è

verificare la corretta applicazione delle norme regionali relative all'appropriatezza della prescrizione e all'economicità nell'impiego dei medicinali e dei dispositivi medici (Piemonte, Liguria, Molise);

3. l'interesse per lo sviluppo di adeguati sistemi informativi, già affermato negli anni precedenti, è stato confermato anche nel 2006. Tali investimenti sono per lo più finalizzati a una più efficace azione di controllo sul comportamento prescrittivo dei medici e a una migliore programmazione e valutazione dei risultati delle politiche regionali.

8.5 Le iniziative regionali per il governo dell'assistenza farmaceutica

In generale, le politiche farmaceutiche regionali adottate nel corso del 2006 e dei primi mesi del 2007 hanno riguardato gli strumenti per la copertura dei disavanzi sanitari, per il rispetto del tetto e/o per il recupero dell'eventuale sfondamento. Si fa, in particolare, riferimento a:

1. l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini;
2. l'attivazione di particolari modalità distributive dei farmaci;
3. azioni su categorie terapeutiche omogenee;
4. interventi per il governo della prescrizione.

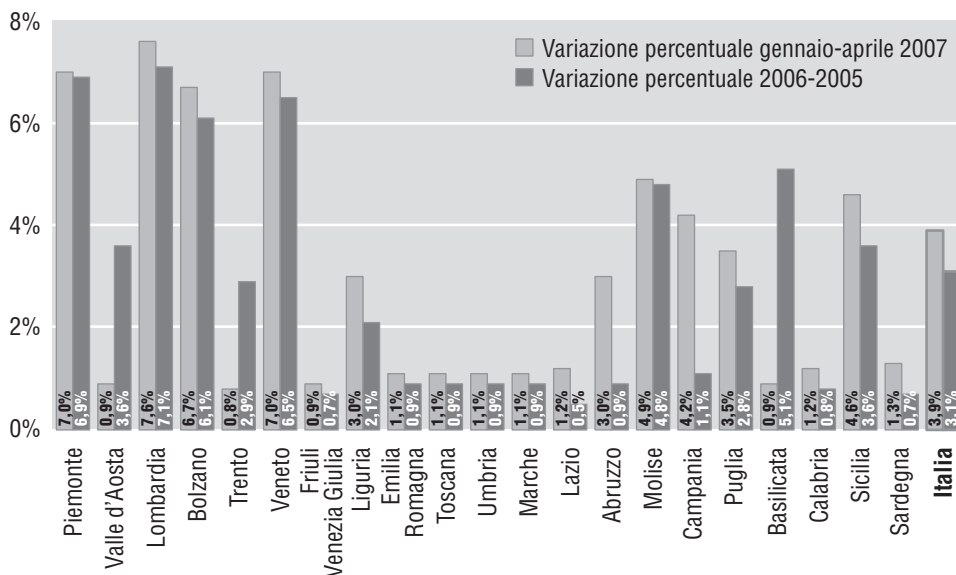
A interventi prevalentemente volti a contenere la spesa si sono accompagnati numerosi provvedimenti regionali per l'accesso a farmaci oncologici ad alto costo.

8.5.1 Compartecipazioni alla spesa

In termini di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino, gli ultimi mesi del 2005 e tutto il 2006 sono stati caratterizzati dall'abolizione dei ticket sui farmaci da parte di Calabria (settembre 2005), Lazio (1° gennaio 2006) e dall'estensione delle esenzioni da parte di Puglia e Sicilia. Nei primi mesi del 2007 si è invece assistito a un'inversione di tendenza. Infatti Campania e Abruzzo hanno introdotto, a partire dal 1° gennaio 2007, nuovi ticket sui farmaci e la Sicilia ha incrementato il peso dei ticket già presenti a partire da aprile 2007. Queste scelte sono state giustificate dai governi regionali come manovre volte al recupero dei disavanzi prodotti e al controllo della spesa farmaceutica convenzionata nel tentativo di rientrare entro il tetto del 13 per cento, in linea con quanto previsto dalla Finanziaria per il 2007.

Le scelte regionali di riduzione delle compartecipazioni alla spesa tra il 2005 e il 2006 hanno generato un aumento della spesa a carico del SSN per farmaci a basso costo, a discapito dell'acquisto privato, essendo venuta meno l'eventuale convenienza ad acquistare i farmaci privatamente. Viceversa, la reintroduzione di ticket nei primi mesi del 2007 trasferisce di nuovo l'onere di spesa dallo Stato ai cittadini.

Figura 8.2 Incidenza percentuale del ticket sulla spesa lorda



Fonte: Osservatorio Farmaci (2007a); elaborazioni Osservatorio Farmaci su dati Federfarma, IMS Health

Un indicatore immediato delle scelte in termini di compartecipazioni alla spesa a livello regionale è fornito dall'incidenza delle stesse sulla spesa farmaceutica (la quale include la spesa convenzionata, le compartecipazioni alla spesa e lo sconto a carico della filiera; Fig. 8.2).

8.5.2 Particolari modalità distributive dei farmaci

L'attivazione di forme alternative di distribuzione dei farmaci e il moltiplicarsi nel tempo di modalità di gestione (distribuzione diretta/distribuzione da parte delle farmacie in nome e per conto delle aziende sanitarie) ha un rilevante impatto sul mercato farmaceutico e sul livello di accesso al farmaco da parte del paziente. Nella Tab. 8.2 viene proposta una schematizzazione dell'evoluzione della normativa di riferimento che mette in luce il crescente coinvolgimento e il grado di responsabilizzazione delle regioni in tale ambito di intervento.

A oggi non esistono dati pubblicati sull'effettiva dimensione della spesa sostenuta dalle aziende sanitarie per farmaci distribuiti secondo modalità alternative alla convenzionata. Il dato di spesa farmaceutica non convenzionata è infatti aggregato: esso non distingue i farmaci utilizzati dai pazienti ricoverati da quelli distribuiti sul territorio. Un modo indiretto per verificare la diffusione di forme alternative di distribuzione è quello di analizzare l'incidenza di farmaci inseriti in PH-T sulla spesa farmaceutica gestita dalle farmacie aperte al pub-

Tabella 8.2 L'evoluzione sulla normativa in materia di particolari modalità distributive del farmaco

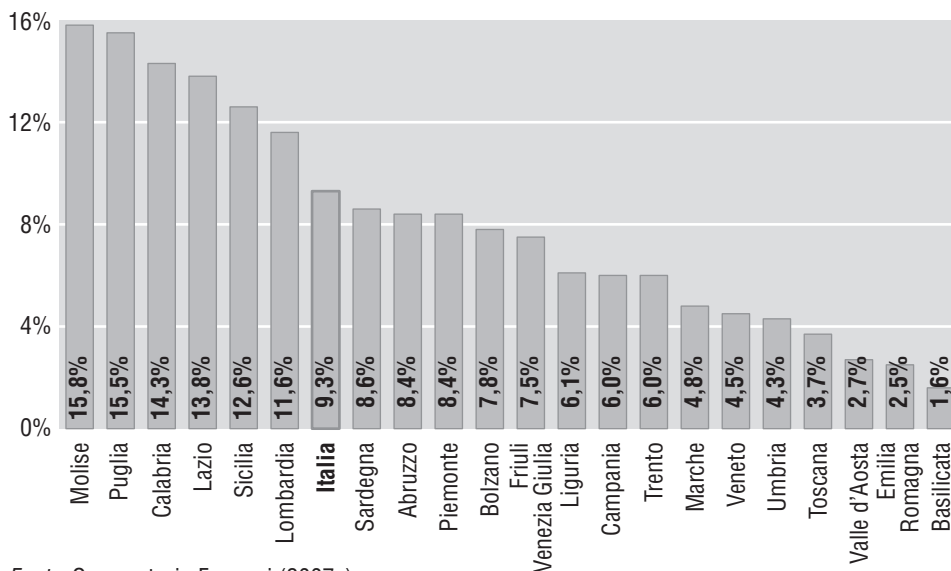
Riferimento legislativo	Riassunto dei contenuti
D.P.R. 20 dicembre 1992 (istitutivo del day hospital)	Possibilità da parte degli ospedali di concedere farmaci a uso domiciliare (compresi quelli a esclusivo uso ospedaliero) nell'ambito di cicli di cura programmati
Revisione del Prontuario Nazionale nel 1994 e istituzione della Nota 37 nel 1998	Allargamento delle possibilità di distribuzione diretta, prevedendo per i farmaci elencati in tale nota, la doppia via di distribuzione, ovvero la distribuzione a carico del SSN sia in caso di distribuzione diretta degli stessi, sia se dispensati tramite le farmacie convenzionate
Allegato 2 al D.M. 22 dicembre 2000 di revisione delle Note	Ampliamento della gamma di farmaci a doppia via. Secondo la normativa la doppia via di distribuzione si giustifica se «la complessità clinica e gestionale della patologia trattata prevede un periodico ricorso alla struttura sanitaria e se la distribuzione da parte delle sole strutture pubbliche per un periodo di tempo determinato è finalizzata a una migliore definizione del profilo rischio-benefici»
Legge 405/2001	Le regioni possono ampliare l'elenco dei farmaci a doppia via di distribuzione rispetto a quelli inclusi nell'Allegato 2 al D.M. 22 dicembre 2000 attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • la stipulazione di accordi regionali/aziendali con le farmacie convenzionate per pazienti a controllo ricorrente; • l'implementazione della distribuzione diretta di farmaci nell'ambito di particolari setting assistenziali (assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale) e del primo ciclo di terapia postricovero e visita specialistica (art. 8); • l'ulteriore intervento sui meccanismi distributivi dei farmaci con norma regionale ai fini di copertura di disavanzi sanitari accertati o stimati (in alternativa e/o aggiunta alle compartecipazioni alla spesa) (art. 4)
Legge 326/2003	Estensione dell'intervento regionale sulle forme alternative di distribuzione dei farmaci nel caso in cui vi sia uno sfondamento del tetto del 13%
Determinazione AIFA 29 ottobre 2004	Introduzione del PH-T (Prontuario della distribuzione diretta ovvero della continuità assistenziale ospedale – territorio) che allarga ulteriormente la possibilità di adottare particolari forme distributive, lasciando come sempre le regioni libere di: <ul style="list-style-type: none"> • adottare o meno (e parzialmente o integralmente) il PH-T; • scegliere le modalità organizzative (distribuzione diretta da parte delle strutture del SSN o per tramite di accordi con le farmacie e i distributori). Le regioni possono comunque, ai sensi e nei limiti previsti dalla legge 405/2001 e dalla legge 326/2003, estendere ulteriormente la distribuzione diretta (o in accordo) rispetto al PH-T.

Fonte: nostra elaborazione

blico: tanto è più alta tale incidenza, tanto minore sarà l'attivazione di forme alternative di distribuzione. La Fig. 8.3 fornisce gli ultimi dati disponibili di tale indicatore, aggiornati al primo semestre 2006, che colgono gli effetti prodotti dagli accordi attivati nella prima metà del 2006. Al di là delle esperienze già consolidate da tempo (come per esempio, Veneto, Toscana, Umbria e Basilicata), le regioni che nel corso del 2006 hanno maggiormente investito in tal senso, in particolare, attraverso la formale stipulazione di accordi con le farmacie convenzionate per la distribuzione in nome e per conto di farmaci in PH-T⁴, sono Province Autonome di Trento e Bolzano, Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Puglia,

⁴ Si ricorda che la distribuzione in nome e per conto prevede l'acquisto dei farmaci da parte dell'azienda sanitaria, la quale stipula un accordo con le farmacie convenzionate per la distribuzione dei

Figura 8.3 **Incidenza della spesa convenzionata lorda per farmaci in PH-T (percentuale sul totale, I semestre 2006)**



Fonte: Osservatorio Farmaci (2007a)

Sardegna e Sicilia. Tra queste, le regioni che hanno poi effettivamente attivato gli accordi, sono state le province autonome di Trento e Bolzano e la Liguria. Gli altri accordi regionali sono diventati operativi nel tempo, tra la fine del 2006 e i primi mesi del 2007. Emilia Romagna, Toscana e Campania hanno invece per lo più investito nella distribuzione diretta dei farmaci.

La diffusione di forme alternative di distribuzione sta generando una consistente differenziazione dei mercati regionali in termini di:

- mix tra quanto è prescritto sul territorio e quanto viene gestito direttamente (o comunque acquistato) dalle aziende sanitarie. Il passaggio dalla distribuzione in regime di convenzione a forme di distribuzione alternative modifica per lo meno il processo di acquisto e, in caso di distribuzione diretta, anche il circuito distributivo. Negli acquisti le aziende sanitarie possono infatti ottenere, almeno su prodotti relativamente fungibili (è il caso di alcuni farmaci che vengono distribuiti alla dimissione del paziente, molto meno dei prodotti inclusi in PH-T), sconti rilevanti nell'ipotesi in cui attivino forme selettive di acquisto per classe terapeutica. La conseguenza è una riduzione dei prezzi unitari. Tale riduzione può essere potenzialmente maggiore in caso di espe-

farmaci in nome e per conto dell'azienda. In tal caso la proprietà dei farmaci resta in capo all'ASL e la gestione del magazzino è tipicamente affidata al distributore intermedio.

rienze di centralizzazione degli acquisti (in forma di acquisti regionali o di acquisti interaziendali);

- ▶ tempi di pagamento, che, come noto, sono molto differenti tra circuito distributivo ordinario e circuito distributivo pubblico;
- ▶ relazioni tra imprese e soggetto pubblico, con rilevanza sotto il profilo della gestione del cliente istituzionale o di *account management*. Il mercato tradizionale (prescrizione del MMG) è fortemente caratterizzato da una relazione diretta tra medico e informatore. Il mercato ospedaliero presenta invece una maggiore complessità, ancor più evidente nel caso in cui gli acquisti diretti vengano poi gestiti per la distribuzione sul territorio. Si moltiplicano, quindi, gli interlocutori pubblici (regione, livelli intermedi di governo – quali Aree Vaste – network interaziendali/gruppi di acquisto, aziende sanitarie) e i professionisti che prendono parte al processo decisionale sull'utilizzo dei farmaci.

8.5.3 Azioni su categorie terapeutiche omogenee

Nel corso del 2006 e successivamente nei primi mesi del 2007, alcune regioni, allo scopo di ripianare lo sfondamento della spesa farmaceutica, hanno adottato indirizzi sull'uso appropriato di farmaci per categorie terapeutiche omogenee (per esempio Puglia, Marche e Molise) o hanno introdotto prezzi di riferimento per la rimborsabilità di farmaci in classe A (per esempio Liguria⁵, Calabria e Sardegna).

Per definizione, il prezzo di riferimento è un meccanismo di regolamentazione che consiste nella determinazione di un prezzo massimo di rimborso dei farmaci a carico del SSN, per tutti i prodotti sostituibili e inseriti in uno stesso gruppo di riferimento (*cluster*). Qualora il prezzo del farmaco prescelto e/o prescritto sia superiore, la differenza è a carico del paziente/consumatore, a meno di intolleranza o allergia agli eccipienti che deve essere attestata dal medico prescrittore.

In base alla normativa vigente, le regioni possono discostarsi dalla lista di equivalenza definita a livello nazionale dall'AIFA, ma solo nella misura in cui quest'ultima non rifletta «la reale disponibilità di farmaci nel normale circuito distributivo regionale».

La *ratio* sottostante l'introduzione del prezzo di riferimento e/o di indicazioni sull'uso appropriato di farmaci per categorie terapeutiche omogenee è la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Come si evince dalla Tab. 8.3, la principale classe interessata è quella dei farmaci inibitori di pompa acida, ma è presente l'estensione anche a statine, serotoninergici e ad altre classi (per esempio in Regione Marche e in Regione Toscana).

⁵ La Regione Liguria ha successivamente annullato, a seguito di una sentenza del TAR, la D.G.R. 1666/2006 in materia di prezzo di riferimento per categorie terapeutiche omogenee.

Tabella 8.3 Azioni regionali su categorie terapeutiche omogenee

	Provvedimento	Farmaci coinvolti	Fissazione del prezzo	Uso appropriato dei farmaci
Sardegna	D.G.R. 8-12/2007 (successiva a D.G.R. 34-25/2006)	Farmaci inibitori della pompa protonica	✓	
Lazio	D.G.R. 27 febbraio 2007, n. 124	Farmaci inibitori della pompa acida	✓	
Calabria	D.G.R. 93/2007 (successiva a D.G.R. 928/2006)	Farmaci inibitori della pompa acida	✓	
Puglia	L.R. 39/2007	Serotoninergici	✓	
		Farmaci inibitori della pompa protonica	✓	
		Statine	✓	
Toscana	D.G.R. 148/2007	Farmaci inibitori della pompa acida		✓
		Farmaci inibitori della HMG-CoA reduttasi		✓
		Farmaci inibitori selettivi della serotonina		✓
		Altri antidepressivi		✓
		Ace-inibitori non associati		✓
		Derivati diidropiridinici		✓
		Antagonisti dei recettori alfa adrenergici		
Marche	D.G.R. 135/2007	Farmaci inibitori della pompa acida		✓
		Farmaci inibitori della HMG-CoA reduttasi		✓
		Farmaci inibitori selettivi della serotonina		✓
		Altri antidepressivi		✓
		Ace-inibitori non associati		4
		Derivati diidropiridinici		✓
		Morfina		✓
Antagonisti dei recettori alfa adrenergici				
Sicilia	Assemblea regionale siciliana 62ª seduta, 18 aprile 2007	Farmaci inibitori della HMG-CoA reduttasi		✓
		Farmaci inibitori della pompa protonica		✓
		Farmaci inibitori selettivi della serotonina		✓
		Altri antidepressivi		✓
		Ace-inibitori non associati		✓
		Antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati		✓
		Morfina		✓
Antagonisti dei recettori alfa adrenergici		✓		
Molise	D.G.R. 359/2007	Statine	✓	
	D.G.R. 358/2007	Farmaci inibitori della pompa acida		✓

Fonte: elaborazione Osservatorio Farmaci

Nelle regioni in cui è stato adottato il prezzo di riferimento (Sardegna, Lazio, Calabria, Puglia e Molise) le delibere regionali prevedono che, per ciascuno dei farmaci coinvolti il costo per *Defined Daily Dose* (DDD)⁶ del principio attivo di riferimento (per esempio il lansoprazolo per quanto riguarda i farmaci inibitori della pompa protonica) o del farmaco generico sia utilizzato come prezzo massimo di rimborso da parte del SSR.

Qualora il prezzo del farmaco in esame fosse maggiore di quello di riferimento, la differenza è posta a carico del cittadino (il SSR rimborsa solo prezzo di riferimento), a meno di intolleranza o allergia agli eccipienti che deve essere attestata dal medico prescrittore.

Nel caso di indicazioni sull'uso appropriato di farmaci per categorie terapeutiche omogenee, non viene posto un prezzo di riferimento, bensì obiettivi quantitativi che devono essere raggiunti a livello regionale e/o di singole aziende. Per esempio, nella Regione Toscana, per quanto concerne i farmaci antidepressivi, è stato fissato l'obiettivo di mantenere su base annua il limite di 7 DDD per mille abitanti al giorno, oppure in Sicilia, con riferimento ai farmaci inibitori della HMG-CoA reduttasi, i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto devono rappresentare su base annua almeno il 50 per cento del totale delle confezioni erogate a livello di ogni singola ASL.

8.5.4 Il governo della prescrizione

Nell'ambito delle azioni volte al governo della prescrizione è possibile distinguere da un lato le iniziative rivolte ai medici di base e, più in generale, al territorio, dall'altro quelle che coinvolgono i medici specialisti (ospedalieri ed extraospedalieri). In particolare questi ultimi assumono un ruolo critico nella gestione della spesa farmaceutica territoriale, dovuto all'induzione di spesa che essi producono. Tale fenomeno ha origine da due possibili comportamenti:

- ▶ i medici ospedalieri sono autorizzati, in base alla normativa vigente, a compiere prescrizioni vincolanti nei confronti dei MMG nei casi di urgenza e necessità oppure con il cosiddetto piano terapeutico⁷;
- ▶ i medici ospedalieri in via di dimissione consigliano la terapia farmacologica alla quale il MMG non è vincolato, ma nella generalità dei casi è fortemente condizionato al suo rispetto da parte del paziente.

⁶ La DDD viene definita come dose media giornaliera di un farmaco impiegato nel trattamento di un adulto del peso di 70 kg con riferimento all'indicazione terapeutica principale.

⁷ La CUF, con provvedimento del 7 agosto 1998, ha infatti previsto, per alcuni farmaci di costo elevato e per patologie severe, che la prescrizione avvenga nel territorio da parte del MMG, sulla base di una diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Il governo della prescrizione sul territorio – L'azione di governo della prescrizione in medicina generale si è concretizzata in diverse misure. Si è cercato di introdurre sistemi di controllo sulla conformità delle ricette alla normativa di riferimento nazionale e regionale:

- ▶ stipulando accordi integrativi regionali e nello specifico sistemi di budget per la medicina di base;
- ▶ attivando un controllo amministrativo sul comportamento prescrittivo dei medici, secondo quanto previsto dalla legge 425/1996;
- ▶ implementando strumenti di governo clinico della prescrizione in termini di informazione pubblica e informazione medico-scientifica.

Per quanto concerne le iniziative di formazione/informazione pubblica rivolte ai cittadini e/o medici, il D.lgs. 219/2006, esito di una contrattazione tra Stato e Regioni che ha dato luogo alla nascita delle linee guida di Regolamento regionale dell'informazione scientifica sul farmaco, definisce la pubblicità dei medicinali e il loro ambito di applicazione (art. 113). Nel dettaglio, si intende per «pubblicità dei medicinali» qualsiasi azione d'informazione, di ricerca della clientela o di esortazione, intesa a promuovere la prescrizione, la fornitura, la vendita o il consumo di medicinali. In particolare essa comprende:

- a. la pubblicità dei medicinali presso il pubblico;
- b. la pubblicità dei medicinali presso persone autorizzate a prescriberli o a dispensarli, compresi:
 - ◀ la visita di informatori scientifici presso persone autorizzate a prescrivere o a fornire medicinali;
 - ◀ la fornitura di campioni di medicinali;
 - ◀ l'incitamento a prescrivere o a fornire medicinali mediante la concessione, l'offerta o la promessa di vantaggi pecuniari o in natura, a eccezione di oggetti di valore intrinseco trascurabile;
 - ◀ il patrocinio di riunioni promozionali cui assistono persone autorizzate a prescrivere o a fornire medicinali;
 - ◀ il patrocinio dei congressi scientifici cui partecipano persone autorizzate a prescrivere o a fornire medicinali, in particolare il pagamento delle spese di viaggio e di soggiorno di queste ultime in tale occasione.

Per quanto concerne la pubblicità presso il pubblico, l'art. 116 del D.lgs. 219/2006 ha stabilito la possibilità di pubblicità solo per quei medicinali che, per la loro composizione e il loro obiettivo terapeutico, sono concepiti e realizzati per essere utilizzati senza l'intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento. Ovviamente nella stessa direzione si colloca il divieto di pubblicità presso il pubblico dei medicinali che possono essere forniti soltanto dietro presentazione di ricetta medica. Con rife-

rimento alle caratteristiche e al contenuto della pubblicità presso il pubblico, lo stesso articolo sancisce che «la pubblicità deve essere realizzata in modo tale che risulti evidente la natura pubblicitaria del messaggio e che il prodotto sia identificato come medicinale»⁸.

Con riferimento all'informazione scientifica, l'art. 122 del medesimo decreto ha ridefinito i requisiti e le attività di informazione scientifica, con particolare attenzione alle modalità di interazione tra medico/farmacista e informatori scientifici. Al fine di recepire tale normativa, alcune regioni (Lombardia, Veneto, Piemonte, Campania, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia) hanno adottato provvedimenti regionali *ad hoc*. Questi definiscono una serie di regole per le imprese farmaceutiche che intendono svolgere l'attività di informazione e, allo stesso tempo, obbliga le direzioni delle ASL ad attivare sistemi di controllo e verifica delle attività di informazione medico scientifica.

Le Regioni Umbria e Sardegna avevano invece già in precedenza definito le modalità operative per lo svolgimento dell'informazione medico – scientifica, fornendo le indicazioni per la determinazione da parte dei DG di regolamenti aziendali per l'informazione nelle strutture sanitarie, prima dell'entrata in vigore del D.lgs. 219/2006, in linea con quanto previsto dalla legge 326/2003.

8.5.5 Provvedimenti sull'oncologia

Nel corso del 2006 alcune regioni hanno attivato iniziative volte a gestire e garantire l'utilizzo di farmaci oncologici ad alto costo. Il problema di questa tipologia di farmaco è connessa principalmente al fatto che la remunerazione percepita dalle strutture sanitarie è nella maggior parte dei casi maggiore per il ricovero ordinario rispetto al day hospital. Pertanto le aziende sanitarie non sono incentivate alla somministrazione dei farmaci antitumorali innovativi in regime di ricovero diurno.

Per ovviare a tale problematica, alcune regioni (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Veneto, Campania e Liguria) hanno deliberato di finanziare il costo di tali farmaci tramite procedure di erogazione diretta che consentano al centro che li somministra di addebitarne il costo all'ASL di residenza del paziente.

Nella Tab. 8.4 sono riportati i provvedimenti regionali sui farmaci oncologici, i principi attivi coinvolti e le modalità specifiche di finanziamento adottate dalle diverse regioni. Con riferimento alla Regione Liguria, in merito al controllo e al monitoraggio sull'uso appropriato dei farmaci innovativi, l'attenzione della re-

⁸ In particolare il decreto prevede che il messaggio pubblicitario comprenda almeno:

1. la denominazione del medicinale e la denominazione comune della sostanza attiva;
2. le informazioni indispensabili per l'uso corretto del farmaco;
3. un invito chiaro ed esplicito a leggere attentamente le avvertenze figuranti nel foglio illustrativo o sull'imballaggio esterno. Inoltre vengono indicate le modalità con cui deve essere riportato l'invito a prendere visione delle note informative.

Tabella 8.4 Iniziative regionali sui farmaci oncologici ad alto costo

	Provvedimento	Modalità di finanziamento	Programma di monitoraggio uso farmaco	Rendicontazione tramite File F*	Fondo regionale ad hoc
Campania	D.G.R. 1034/2006	Rimborso dell'80% tramite File F* anche in regime di ricovero ordinario e per farmaci somministrati a pazienti in regime di DH	✓	✓	✓
Lazio	D.G.R. 731/2005 entrata in vigore il 1° gennaio 2006	Rimborso tramite File F		✓	
Lombardia	D.G.R. VIII/1375/2005	File F (in regime di DH oncologico) + rimborso di tutti i farmaci del protocollo di chemioterapia (con tariffa di 40 euro); è previsto il rimborso dell'80% tramite File F anche in regime di ricovero ordinario e DH per il principio attivo Ibritumomab Tiuxetan	✓	✓	
Liguria	D.G.R. 1666/2006	Non specificato	✓	Non specificato	✓
Veneto	D.G.R. 734/2007	File F (in regime di DH oncologico); per il principio attivo Ibritumomab Tiuxetan è previsto l'invio in mobilità nella misura del 50% del costo dell'azienda ULSS di residenza del paziente tramite Flusso File F	✓	✓	

* Il «File F» è un tracciato record utilizzato per la gestione, attivazione e rendicontazione dei farmaci somministrati e forniti dalle strutture ospedaliere ai pazienti per uso ambulatoriale o domiciliare al fine di garantire la continuità assistenziale.

Fonte: elaborazione Osservatorio Farmaci

gione si è focalizzata sui farmaci oncologici di nuova generazione, che rappresentano la maggior parte dei farmaci innovativi ad alto costo. A tal fine, con D.G.R. 1666/2006, è stato avviato un processo finalizzato a promuovere l'uso appropriato dei farmaci garantendo una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse⁹.

Per quanto riguarda la Regione Friuli Venezia Giulia, è in corso l'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci a elevato costo che hanno evidenza di risultati significativi rispetto al decorso naturale delle malattie oncologiche. Con la D.G.R. 2843/2006 è stata sottolineata la necessità di definire i principi e le linee guida per l'utilizzo di tali farmaci allo scopo di conseguire la massima efficacia delle cure.

⁹ A tale progetto sono stati destinati 2 milioni di euro, che verranno assegnati alle ASL e alle AO in proporzione al volume economico dei farmaci registrati nel registro dell'AIFA. Contestualmente verrà effettuata la verifica relativa ai consumi dei farmaci non registrati, al fine di verificarne l'appropriatezza.

Al fine di supportare l'uso appropriato dei farmaci oncologici più innovativi, contenendone gli elevati costi, è stato istituito dall'AIFA, nel giugno del 2007, il «Registro informatico dei farmaci oncologici». Tale introduzione si propone come strumento di lavoro condiviso tra oncologi, farmacisti, aziende del settore e la stessa AIFA, al fine di identificare i metodi più efficaci per selezionare i pazienti da trattare e che consentano di ottimizzare il rapporto tra costo ed efficacia del trattamento.

8.6 Osservazioni conclusive

Come più volte ribadito, le numerose iniziative regionali poste in essere soprattutto nel corso del 2006 e, in parte, nei primi mesi del 2007, hanno il duplice obiettivo di coprire i disavanzi e di contenere la spesa farmaceutica entro il tetto. Quest'ultimo rappresenta per le regioni da un lato un vincolo e dall'altro un potenziale parametro di valutazione, ai fini dell'assegnazione di parte delle risorse dal governo. Oltre alla complessità tecnica, il tetto presenta problematiche di applicazione legate alla forte variabilità interregionale.

Nel 2006 gli aumenti più consistenti della spesa farmaceutica convenzionata sono stati registrati nelle regioni che hanno abolito le compartecipazioni alla spesa (Lazio e Calabria) e le contrazioni o aumenti meno significativi in quelle che hanno concretamente, e non solo formalmente, attivato accordi per la distribuzione in nome e per conto (provincia autonoma di Bolzano e Liguria) o hanno ulteriormente investito sulla distribuzione diretta (Emilia Romagna, Toscana e Campania). Le differenze tra regioni rimangono profonde, con riferimento soprattutto alla spesa farmaceutica convenzionata: l'incidenza di quest'ultima sulle assegnazioni complessive per il 2006 variano dal 18 per cento in Regione Lazio al 8,6 per cento nella Provincia Autonoma di Bolzano. Pertanto lo sfondamento per il 2006 riguarda solo alcune regioni: di queste, Lazio e Sicilia rappresentano il 62 per cento dello sfondamento complessivo a livello nazionale (ottenuto sommando i dati delle regioni con spesa superiore al tetto del 13 per cento). Meno variabile risulta il confronto interregionale rispetto alla spesa per assistenza non convenzionata: l'incidenza sulle assegnazioni per il 2006 varia dal 2,9 per cento della Regione Calabria al 5,8 per cento della Regione Toscana (Tab. 8.5). Tale variabilità interregionale sicuramente riflette una maggiore determinazione di alcune regioni ad accompagnare misure di contenimento nazionale con iniziative di governo regionale e locale, ma è anche il risultato di un pregresso storico, legato al contesto socio-economico. Nei paesi/regioni a più basso reddito l'assistenza farmaceutica rappresenta una quota più rilevante della spesa sanitaria pubblica e la copertura pubblica della spesa farmaceutica è tradizionalmente più elevata, in quanto minore è l'acquisto privato di prodotti rimborsabili e il ricorso a prodotti non rimborsabili, anche per patologie minori.

Tabella 8.5 **Incidenza della spesa SSN totale, convenzionata e non convenzionata sul finanziamento per il SSR (dato 2006)**

Totale		Convenzionata		Non convenzionata			
				Totale	PH-T	Altro	
Lazio	22,6%	Lazio	18,0%	Toscana	5,8%	1,4%	4,4%
Sicilia	20,3%	Sicilia	16,7%	Basilicata	5,7%	1,2%	4,5%
Puglia	19,3%	Calabria	16,3%	Emilia Romagna	5,5%	1,4%	4,1%
Sardegna	19,3%	Puglia	14,7%	Umbria	5,2%	1,3%	3,8%
Calabria	19,2%	Sardegna	14,4%	Liguria	5,1%	1,4%	3,7%
Liguria	19,2%	Liguria	14,1%	Abruzzo	5,1%	1,3%	3,7%
Abruzzo	18,8%	Campania	13,8%	Sardegna	4,9%	1,0%	3,9%
Basilicata	18,3%	Abruzzo	13,8%	Bolzano	4,9%	1,1%	3,8%
Campania	18,2%	Italia	13,2%	Marche	4,6%	0,9%	3,7%
Italia	17,7%	Molise	12,9%	Piemonte	4,6%	1,0%	3,7%
Umbria	17,3%	Basilicata	12,6%	Lazio	4,6%	0,7%	3,9%
Toscana	17,2%	Marche	12,3%	Puglia	4,6%	1,1%	3,5%
Emilia Romagna	17,2%	Umbria	12,2%	Campania	4,5%	1,5%	3,0%
Marche	17,0%	Friuli Venezia Giulia	12,0%	Italia	4,4%	1,0%	3,4%
Friuli Venezia Giulia	16,4%	Emilia Romagna	11,7%	Veneto	4,4%	1,1%	3,4%
Piemonte	16,0%	Toscana	11,4%	Friuli Venezia Giulia	4,3%	0,9%	3,4%
Molise	15,9%	Piemonte	11,3%	Valle d'Aosta	4,0%	1,0%	3,0%
Valle d'Aosta	15,3%	Valle d'Aosta	11,3%	Trento	3,8%	0,9%	2,9%
Veneto	15,1%	Lombardia	11,2%	Sicilia	3,7%	0,8%	2,9%
Lombardia	14,8%	Veneto	10,7%	Lombardia	3,5%	0,6%	2,9%
Trento	14,0%	Trento	10,2%	Molise	3,1%	0,8%	2,3%
Bolzano	13,4%	Bolzano	8,6%	Calabria	2,9%	0,3%	2,5%

Fonte: elaborazione Osservatorio Farmaci su dati Federfarma (per la spesa convenzionata) e dati Rapporto OSMED 2006 (per la spesa non convenzionata)

Al di là dei dati sull'andamento della spesa e di questa rispetto al tetto, sarebbe importante riflettere sull'opportunità di mantenere un tetto:

- ▶ rapportato alle risorse programmate per il sistema (il quale presume che la quota destinata ai farmaci rimanga costante nel tempo);
- ▶ collegato a forme automatiche di copertura legate a monitoraggi nel breve periodo che, da una parte, consentono un controllo stringente della spesa dal-

l'altra rafforzano ulteriormente una visione di breve periodo nel governo dell'assistenza farmaceutica;

- ▶ analogo per tutte le regioni, quando è normale che esista una certa variabilità nei modelli assistenziali; è invece sui risultati in termini di salute e di soddisfazione dei cittadini, oltre che di efficienza nell'uso delle risorse disponibili, che dovrebbero essere valutati tali modelli.

Bibliografia

- Conferenza Stato Regioni (2006), *Linee guida di Regolamento regionale dell'informazione scientifica sul farmaco*, aprile 2006.
- Osservatorio Farmaci, CERGAS Bocconi (2007a), *Report 19 – Report annuale per il 2006*, Milano, CERGAS.
- Osservatorio Farmaci, CERGAS Bocconi (2007b), *Il ruolo delle regioni nel governo dell'assistenza farmaceutica*, Milano, CERGAS.
- Osservatorio nazionale sull'impiego dei farmaci (OSMED) (2007), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*, Roma.
- Otto M., Paruzzolo S., Torbica A. (2004), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.

Rapporto OASI 2005

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576