



# LE SCELTE ECONOMICHE PER REGIONE LOMBARDIA

INTERVENTO DEL VICEPRESIDENTE E ASSESSORE AL BILANCIO E FINANZA  
DI REGIONE LOMBARDIA DOTT. MARCO ALPARONE

13 SETTEMBRE 2024 ORE 12.10

# MODELLI INNOVATIVI E SOSTENIBILI

- La digitalizzazione della sanità in Lombardia può contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario, permettendo **un'allocazione più efficiente delle risorse** e una migliore misurazione delle performance. Questo porta a una miglior qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e a una **migliore gestione economica delle risorse** del sistema sanitario; schema: digitalizzazione - misurazione delle performance - allocazione delle risorse – **sostenibilità**
- Occorre ricordare che le risorse erogate dal PNRR sono destinate agli investimenti infrastrutturali, ma le spese ad esempio per il personale che dovrà rendere operative le nuove strutture (CdC, COT, OdC) e potenziare l'ADI rientrano nella spesa corrente. **Necessario un modello sostenibile nel tempo e capace di produrre valore al sistema**
- Il PNRR è una tappa del nostro percorso, le nostre fondamenta, la nostra mission attraverso gli obiettivi del PNRR, sarà rilanciare e confermare nel tempo, il valore che il nostro sistema sanitario saprà generare in termini di salute e benessere alla collettività, oltre, alla **sostenibilità finanziaria dei modelli innovativi**



# MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE SULLA GOVERNANCE DELLE RISORSE

## ➤ **Misurazione delle performance:**

- 1) **migliore pianificazione e gestione delle risorse**, la creazione di sistemi informatici centralizzati per la gestione delle liste di attesa e la programmazione degli interventi, permette di ridurre i tempi di attesa e di ottimizzare la capacità operativa dei centri sanitari
- 2) **la digitalizzazione può favorire la telemedicina e le consulenze a distanza**, consentendo di ottimizzare gli appuntamenti in ambulatorio e di ridurre i costi di viaggio per i pazienti, specialmente per le persone che vivono in aree remote o che hanno difficoltà di mobilità (migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari)
- 3) **la digitalizzazione può anche contribuire alla misurazione delle performance attraverso la raccolta e l'analisi dei dati**. I sistemi informatici possono consentire di monitorare in tempo reale l'uso delle risorse
- 4) **la raccolta dei dati sui pazienti e sulle pratiche mediche può consentire di valutare l'efficacia delle terapie e degli interventi**, permettendo di identificare le migliori pratiche e di migliorare la qualità dell'assistenza fornita
- 5) **la digitalizzazione può contribuire alla sostenibilità economica del sistema sanitario**, permettendo una migliore gestione dei costi. Ad esempio, l'adozione di sistemi digitali per la gestione delle prescrizioni mediche e delle fatture può ridurre i costi amministrativi e migliorare l'efficienza dei processi
- 6) **La digitalizzazione nella misurazione dell'esito di salute**: l'allocazione efficiente delle risorse in ottica di valore comporta la necessità di passare da logiche di mera erogazione, a logiche di misurazione degli esiti dell'azione sanitaria sui pazienti. Il cosiddetto outcome. Individuare i risultati di salute che si intende raggiungere nell'azione sanitaria e la determinazione delle risorse necessarie per raggiungere questi risultati. Si tratta di definire dei budget di salute composti da obiettivi di salute da definire per i pazienti e correlare le risorse economiche e strumentali necessarie per raggiungere questo obiettivo

# VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO INFORMATIVO – SISTEMI DI AI

- Percorso di trasformazione che la Regione sta perseguendo per l'adozione di innovativi paradigmi tecnologici e la valorizzazione del **PATRIMONIO INFORMATIVO** disponibile
- **GOVERNANCE E MONITORAGGIO**: sono determinanti per verificare le performance del SSR e per indirizzare in modo strategico l'evoluzione to-be del portafoglio dei servizi. La digitalizzazione può contribuire alla misurazione delle performance attraverso la **raccolta e l'analisi dei dati**. I sistemi informatici, anche dotati di AI, possono consentire di monitorare in tempo reale l'uso delle risorse, oltre, all'efficientamento del loro utilizzo.
- **DIGITALIZZAZIONE: PIATTAFORME DIGITALI E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO** quale strumento digitale in cui è disponibile l'intero patrimonio informativo afferente alla storia clinica del cittadino e rappresenta il canale di accesso unificato, sia per il cittadino che per operatore. **IL FSE è strategico perché? per INTEGRAZIONE E INTEROPERABILITA'**: disponibilità del patrimonio dati in formato strutturato e interoperabile con i vari attori sul territorio e per POLICY è garanzia di una migliore e completa gestione del trattamento dei dati personali a cui accedono i diversi attori del SSR
- **RICERCA E INNOVAZIONE**: il patrimonio informativo, nel rispetto di privacy e sicurezza, può essere di grande valore in termini di ricerca e innovazione tecnologica per i nuovi sistemi di AI (es. generativa – machine learning)

# ACCESSO ALLE TERAPIE AVANZATE E PDTA – NUOVI MODELLI DI GOVERNANCE

- **Terapie avanzate come driver di sistema.** Significativo aumento delle terapie disponibili nei prossimi anni e costo elevato delle terapie pongono **un tema di accessibilità ed equità di accesso**
- Nuovi **modelli di governance** per sostenere l'ingresso delle Terapie avanzate ad alto costo
- Nuovi farmaci e PDTA. **Metodologia di finanziamento dei percorsi assistenziali e superamento dei silos**
- Nuovi modelli di rimborso per permettere l'accesso dei pazienti e tutelare la sostenibilità del SSN
  - es. **Pay for outcomes:** sistema di pagamento di tali terapie all'outcome clinico (efficacia), monitorato nel tempo
  - es. **modelli di finanziamento:** non solo incrementare le risorse ma una transizione a sistemi di finanziamento “slit-payment” su più esercizi in una logica di investimento
- **L'ACCESSO ALLE TERAPIE AVANZATE DEVONO ESSERE SOSTENUTE DA PROCESSI ORGANIZZATIVI DEFINITI ATTRAVERSO LA CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO in modo da garantire il percorso di cura appropriato e il monitoraggio per esito clinico attraverso outcome specifici**



# MODELLI ORGANIZZATIVI NELLA CONTINUITA' OSPEDALE - TERRITORIO

**L'integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri** è vista come una soluzione per ottimizzare l'assistenza sanitaria, migliorare l'accesso alle cure e garantire una gestione efficiente delle risorse. Questa integrazione richiede una riorganizzazione significativa dei ruoli e delle responsabilità, con un focus sulla creazione di **team multidisciplinari** e sulla **collaborazione interprofessionale**. In questo caso la logistica porta alla necessità di specializzazione

La nuova organizzazione del territorio, gli investimenti del PNRR sulla sanità di prossimità, sul **FSE 2.0 e telemedicina** hanno come obiettivo principale quello di **ridisegnare un sistema sanitario efficiente e sostenibile per gli anni a venire**.

Una maggiore integrazione Ospedale-Territorio può apportare notevoli benefici per l'utenza sono: **continuità assistenziale; decongestionamento degli ospedali e dei pronto soccorso; gestione delle malattie croniche; qualità delle cure; appropriatezza ed efficienza; risposta alle emergenze sanitarie**.

Per questo cambio di paradigma è fondamentale ragionare in ottica **di rete tra i professionisti sanitari** e le diverse strutture. Ognuno con il suo ruolo e le sue specificità ma in grado di cooperare per raggiungere un fine comune

Questa trasformazione dipende fortemente dall'**interoperabilità**, ovvero la capacità dei diversi sistemi e servizi di “operare insieme” in maniera fluida e significativa, senza la necessità dell'intervento umano. L'interoperabilità è una condizione necessaria per rendere possibile la telemedicina e per garantire una continuità delle cure efficace ed efficiente. Permette infatti di “far muovere i dati e non i pazienti o i professionisti”, con un risparmio considerevole di tempi e costi.

# **PIANO STRATEGICO SANITA' DIGITALE: LOGISTICA DEL FARMACO**

La gestione della distribuzione dei farmaci all'interno delle reti ospedaliere rappresenta un fattore cruciale per **l'efficientamento e la sostenibilità economica dei percorsi di cura**

Il progetto ha l'**obiettivo di efficientare la gestione della distribuzione dei farmaci a livello ospedaliero**, al fine di abilitare la messa in comunicazione delle **FARMACIE** tra gli ospedali e una migliore definizione del fabbisogno farmacologico in fase di definizione della domanda e successive fasi di acquisizione di nuovi lotti di farmaci

**SOSTENIBILITA' DELLA SPESA FARMACEUTICA:** ottimizzare la distribuzione dei farmaci attraverso una piattaforma che ne monitori puntualmente lo stato in giacenza presso le diverse strutture

**GOVERNANCE E VALORIZZAZIONE DATI:** estensione del patrimonio informativo e della qualità dello stesso associato a farmaci somministrati durante le degenze ospedaliere

**VALORE AGGIUNTO:** la gestione della logistica del farmaco attuata a livello regionale consente di **potenziare la qualità dei DATI e la loro disponibilità per gli attori del management sanitario e consente di monitorare il livello di consumo ospedaliero**. Sarà inoltre possibile declinare anche la dimensione clinica della somministrazione in termini di appropriatezza prescrittiva rispetto al fabbisogno di salute



## FARMACIA DEI SERVIZI

- Approvazione del documento denominato «**CRONOPROGRAMMA 4.0**» allegato 1, contenente i necessari aggiornamenti al «cronoprogramma 3.0» nonché il dettaglio integrativo delle azioni pianificate per l'annualità 2024 nell'ambito della sperimentazione per la **REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI**, erogate dalle farmacie private
- Determinazione della remunerazione del servizio di **RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA**, sono ricomprese le seguenti poste: euro 42,50 prima scheda di ricognizione, euro 25 Follow-Up ogni 2/3 mesi o cambio terapia
- Quanto al dettaglio dei costi attinenti al servizio «**TELEMEDICINA**» e sempre ad esito di formale confronto con la DGW, sono in essi ricompresi i seguenti determinanti economici: Holter pressorio euro 42,20, Holter cardiaco euro 63,30, ECG euro 25
- L'attività di Riconciliazione della Terapia Farmacologica rientra nell'ambito dei **servizi cognitivi** previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi. Attraverso l'attuazione di tale servizio, che prevede il **coinvolgimento del Farmacista nelle delicata attività di RICOGNIZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**, si concretizza ulteriormente la strategia della DGW Regionale CHE INTENDE MIGLIORARE L'ASSISTENZA SANITARIA SUL TERRITORIO, sviluppando il ruolo della farmacia come presidio sanitario, valorizzando le competenze degli operatori sanitari ivi presenti.
- La **RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA** è il processo che partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, eventuali integratori e/o altro (**ricognizione**), e quelli che dovrebbero essere somministrati nella particolare circostanza, permette al Medico di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica.



# FORMAZIONE E TELEMEDICINA IN FARMACIA

## **LA FORMAZIONE FONDAMENTALE FATTORE DI LEVA**

L'Accordo siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni che ha recepito le «Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità» – ha affidato alle Regioni e agli Ordini professionali il compito della formazione dei professionisti coinvolti nelle relative attività sperimentali, quale requisito fondamentale per l'aggiornamento delle loro competenze professionali, necessarie alla realizzazione della sperimentazione stessa

## **SERVIZI DI TELEMEDICINA benefici:**

**ACCESSO PIU' AMPIO ALLA CURA E RIDUZIONE DEL RISCHIO:** la possibilità di sottoporsi ad un esame diagnostico nella farmacia più vicina rappresenta un oggettivo vantaggio per gli Assistiti

**RIDUZIONE DEI COSTI SANITARI:** I pazienti possono risparmiare sulle spese di viaggio e sugli oneri di perdita di tempo dovuti agli spostamenti. Inoltre, la Telemedicina può favorire la prevenzione e la gestione delle malattie croniche, riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri costosi

**MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA:** le farmacie possono utilizzare la telemedicina per monitorare i pazienti e fornire supporto continuo nel rispetto delle terapie prescritte.

**COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE:** La telemedicina facilita la comunicazione e la collaborazione tra farmacisti medici e altri operatori sanitari. Questo può portare a una migliore gestione dei casi clinici, un più efficace coordinazione delle cure e una maggiore condivisione delle informazioni sui pazienti

**FATTORE SOCIALE:** aumentare i servizi di prevenzione in farmacia consente di diminuire le disuguaglianze portando la sanità più vicina al cittadino e nel contempo, consente di delineare un modello di farmacia in grado di erogare ulteriori prestazioni rispetto alla dispensazione del farmaco

# **ARTICOLO: L'Italia prova a inserire i PDTA DIGITALI per governare l'innovazione**

**Il Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (Pdta)** introdotto da anni per governare le prestazioni sanitarie serve prevalentemente a definire e armonizzare gli obiettivi di tutti i professionisti coinvolti, i tempi e gli ambiti degli interventi secondo le linee guida internazionali per la diagnosi e il trattamento delle patologie, l'ottimizzazione dei tempi, l'uniformità ed equità di accesso per i pazienti coinvolti

Tali mappe vengono aggiornate in ragione degli sviluppi della ricerca clinica e delle tecniche diagnostiche e per similitudine, pertanto, è sempre più diffusa la convinzione che **attraverso un lavoro sui Pdta si possa governare in modo appropriato anche l'introduzione dell'innovazione digitale in medicina**

Nei diversi tavoli di lavoro avviati dal ministero della Salute emerge sempre più frequentemente **il tema di una governance clinica, appunto attraverso la definizione di Pdta digitali**. Cioè percorsi rivisti alla luce delle tecnologie disponibili e dei nuovi punti di contatto che sono ora disponibili con il paziente

Il testo muove l'attenzione dagli aspetti puramente tecnologici per concentrarsi più strategicamente sull'avvio di una **revisione dei processi assistenziali e di cura e per il raggiungimento degli obiettivi clinici** grazie a una maggiore vicinanza al paziente e alla possibilità di raccogliere ampie e tempestive informazioni migliorando appropriatezza ed efficacia dell'approccio.

**I Pdta dovranno comunque evolvere verso la medicina di iniziativa e personalizzata e includere percorsi di prevenzione oggi attivabili** proprio grazie alle inedite opportunità offerte dalla tecnologia, per esempio, con la maggiore accessibilità agli screening su ampia scala offerta da telemedicina e diagnostica predittiva basata su AI



## **PREVENZIONE E CORRETTI STILI DI VITA L'IMPATTO SULLA SPESA**

**La nostra salute dipende dagli stili di vita per il 43%.**

La prevenzione (es. stili di vita come alimentazione ed esercizio fisico, screening e programmi vaccinali) è un'azione ad alta efficacia e a basso costo:

- **La prevenzione primaria in Lombardia può generare 1,5mld/anno**
- **La prevenzione secondaria può generare 850mln/anno**

**La Lombardia destina il 5% alla prevenzione**, al di sopra della media europea ferma al 3,44%, ed è fra le regioni a più ampia estensione per gli screening (non solo oncologici), ma con risultati non soddisfacenti.

**L'aderenza alle raccomandazioni è spesso bassa:**

Nel 2022 il 54,8% delle donne ha risposto all'invito per la mammografia e nello stesso anno, solo il 42% dei cittadini ha aderito allo screening coloretale. Circa il 40% delle donne ha risposto all'invito per il pap test.

**L'obesità, responsabile del 40% delle malattie cardiovascolari e del 35% dei tumori, è cresciuta di oltre il 40% nel periodo 2001-2021:**

In Lombardia, il 32% della popolazione è in sovrappeso e oltre il 10% della popolazione è obesa.

Un cittadino obeso costa mediamente al SSR il doppio di un cittadino normopeso e un 18enne obeso, con un'aspettativa di vita di 75 anni, costa 100.000Euro aggiuntivi rispetto a un 18enne normopeso.

# SCHEMA RIASSUNTIVO

**La digitalizzazione della sanità in Lombardia può contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario, permettendo un'allocazione più efficiente delle risorse e una migliore misurazione delle performance. Questo porta a una miglior qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e a una migliore gestione economica delle risorse del sistema sanitario; schema: digitalizzazione - misurazione delle performance - allocazione delle risorse – sostenibilità**

**Valorizzazione del patrimonio informativo: miglioramento dei percorsi di cura e delle prestazioni erogate, monitoraggio e controllo della spesa, fattore di leva nella ricerca e innovazione del territorio**

**Accesso alle nuove terapie avanzate – Nuovi modelli di Governance e dei modelli organizzativi nella continuità Ospedale-Territorio**

**Modelli organizzativi nella continuità Ospedale – Territorio**

**Logistica del farmaco: la gestione della distribuzione dei farmaci all'interno delle reti ospedaliere rappresenta un fattore cruciale per l'efficientamento e la sostenibilità economica dei percorsi di cura**

**La Farmacia dei servizi: Telemedicina e Riconciliazione Terapeutica Farmacologica (servizi cognitivi)**



# CONCETTI GENERALI: MONITORAGGIO DELLA SPESA

## Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

### **Regione Lombardia.**

Il modello CE IV trimestre 2022 trasmesso da ultimo il 20/02/2023 al NSIS dalla Regione Lombardia (al netto della voce AA0080, comunque non valorizzata) presenta un avanzo di 0,296 mln di euro.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile.

La Regione Lombardia presenta a Conto consuntivo 2022 un avanzo di 0,296 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m., la Regione Lombardia ha assicurato l'equilibrio economico.

Il Tavolo raccomanda alla regione una più corretta gestione delle partite straordinarie e delle risorse di competenza dell'anno al fine di evitare che si ripetano le iscrizioni presenti sul IV trimestre 2022.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.281,1
Valle d'Aosta	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	316,3
Lombardia	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	21.907,6
Provincia autonoma di Bolzano	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.477,5
Provincia autonoma di Trento	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.429,8
Veneto	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.974,6
Friuli Venezia Giulia	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.809,4
Liguria	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.592,7
Emilia Romagna	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.363,5
Toscana	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.120,0
Umbria	1.645,6	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.943,3
Marche	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.153,8
Lazio	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	12.052,8
Abruzzo	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.651,1
Molise	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	709,3
Campania	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.471,1
Puglia	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.231,7
Basilicata	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.131,5	1.147,5
Calabria	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	3.734,7
Sicilia	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	10.197,8
Sardegna	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.570,6	3.705,6
<b>ITALIA</b>	<b>109.429,4</b>	<b>110.746,3</b>	<b>111.113,6</b>	<b>112.492,4</b>	<b>114.307,5</b>	<b>115.713,3</b>	<b>116.928,3</b>	<b>123.295,8</b>	<b>126.875,7</b>	<b>129.271,2</b>
<b>Variazione %</b>		<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,1%</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,9%</b>	<b>1,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	59.224,0	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.380,7	70.484,1
Variazione %		1,4%	0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	41.980,1	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.048,5
Variazione %		1,4%	0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	8.225,3	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.400,7	9.738,6
Variazione %		-0,8%	-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,6%

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2013-2022 (valori in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	-27,9
Valle d'Aosta*	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,7	-40,4
Lombardia	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	0,3
Provincia autonoma di Bolzano*	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-309,1
Provincia autonoma di Trento*	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-238,9
Veneto	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	7,1
Friuli Venezia Giulia*	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-90,7
Liguria	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-36,0	-65,1
Emilia Romagna	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,9
Toscana	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-76,2
Umbria	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	0,8
Marche	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	0,0
Lazio	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-222,3
Abruzzo	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-6,8
Molise	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-43,5
Campania	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,9
Puglia	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-148,8
Basilicata	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	1,7	-9,9
Calabria	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	140,4
Sicilia	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-39,4
Sardegna*	-380,4	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-182,2	-152,3
<b>ITALIA</b>	<b>-1.784,7</b>	<b>-927,7</b>	<b>-1.003,9</b>	<b>-923,0</b>	<b>-1.068,6</b>	<b>-1.084,9</b>	<b>-1.044,0</b>	<b>-726,0</b>	<b>-1.097,1</b>	<b>-1.414,7</b>

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	608,6	595,9	583,0	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8	512,6
Valle d'Aosta	18,7	18,2	16,6	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,5	14,1
Lombardia	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.341,7	1.361,9
Provincia autonoma di Bolzano	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	39,3	42,0
Provincia autonoma di Trento	67,7	66,8	61,9	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	59,6	66,5
Veneto	583,2	555,4	542,6	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,6	476,0
Friuli Venezia Giulia	189,6	186,5	181,2	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6	146,6
Liguria	236,1	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	173,7	174,8
Emilia Romagna	532,9	510,6	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	459,3	480,1
Toscana	465,5	457,0	450,1	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	417,0	433,2
Umbria	131,1	123,8	127,3	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8	112,9
Marche	239,2	234,8	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	193,3	197,1
Lazio	900,9	884,3	887,3	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	769,4	768,6
Abruzzo	219,5	223,8	230,9	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2	186,6
Molise	50,2	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	38,5	38,8
Campania	860,6	847,3	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	757,0	751,6
Puglia	668,1	669,5	614,3	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9	536,5
Basilicata	81,0	79,4	81,5	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6	78,0
Calabria	313,5	314,3	305,6	300,5	283,5	276,5	278,3	263,1	268,3	269,5
Sicilia	811,8	737,9	677,1	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	606,8	596,4
Sardegna	300,1	295,9	274,3	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,6	229,4
<b>ITALIA</b>	<b>8.616,1</b>	<b>8.389,7</b>	<b>8.234,7</b>	<b>8.099,9</b>	<b>7.592,4</b>	<b>7.552,7</b>	<b>7.549,1</b>	<b>7.287,4</b>	<b>7.377,4</b>	<b>7.473,3</b>
<b>Variazione %</b>		<b>-2,6%</b>	<b>-1,8%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>-6,3%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,3%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	4.170,8	4.051,1	4.031,0	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.747,7	3.826,7
Variazione %		-2,9%	-0,5%	-0,7%	-5,8%	1,1%	0,0%	-3,3%	1,7%	2,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	3.824,6	3.725,2	3.623,5	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.119,5	3.149,2	3.148,1
Variazione %		-2,6%	-2,7%	-2,0%	-6,8%	-2,3%	0,0%	-3,5%	0,9%	0,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	620,7	613,5	580,1	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	480,5	498,6
Variazione %		-1,2%	-5,4%	-5,6%	-6,5%	-1,3%	-0,2%	-4,5%	-0,2%	3,8%

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%	5,6%	5,4%	5,5%
Valle d'Aosta	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	4,9%	4,5%	4,4%
Lombardia	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Provincia autonoma di Bolzano	3,9%	4,1%	4,0%	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	2,5%	2,6%	2,8%
Provincia autonoma di Trento	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	4,7%	4,5%	4,6%	4,7%
Veneto	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%	4,3%
Friuli Venezia Giulia	7,7%	7,9%	7,8%	7,1%	6,7%	6,4%	6,1%	5,6%	5,4%	5,2%
Liguria	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	4,9%
Emilia Romagna	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,9%	4,4%	4,6%	4,6%
Toscana	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%	4,9%	5,0%	5,3%
Umbria	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%	6,4%	6,2%	5,8%
Marche	8,8%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,2%	6,2%
Lazio	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,5%	6,7%	6,6%	6,4%
Abruzzo	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%
Molise	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,2%	5,4%	5,6%	5,4%	5,5%
Campania	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%	6,6%
Puglia	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%	6,8%	6,5%	6,5%
Basilicata	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,2%	6,8%	7,1%	6,8%
Calabria	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%	7,3%	7,5%	7,2%
Sicilia	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,1%	5,8%
Sardegna	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,2%	6,7%	6,2%	6,2%
<b>ITALIA&lt;/</b>										