

POLITICHE SANITARIE, TRA RAZIONAMENTO E RAZIONALIZZAZIONE: IL RUOLO E L'EVOLUZIONE DEL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA A LIVELLO REGIONALE

Health care policies between rationing and rationalization: the role and evolution of the monitoring system for pharmaceutical assistance at regional level

Milena Vainieri, Bruna Vinci, Laura d'Amato, Francesco Attanasio

Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Keywords

Performance assessment
Pharmaceutical assistance
Health care policies
Regional health care system
Monitoring

Abstract

The economic crisis has led a number of OECD countries to adopt reforms that modify institutional and political scenarios, in particular regarding the welfare system, through the reorganization of public services and spending review processes. In Italy, the health sector, after the pension system, has absorbed most of the financial budget. Therefore, the health sector was object of several reforms and reorganization measures to come out of the crisis. The answer of the European countries to this crisis has been different with regards to the health sector. On the one hand, measures of costs containment have aimed toward more efficiency through a rationalization of expenditures; on the other hand, the different levels of governance - central, regional and local - had to choose which services (or levels of services) they wanted to disinvest from. What happened to the pharmaceutical services? Since 2001, Italian Regions and local health authorities have been implementing strategies to contain pharmaceutical expenditures. The attention to this level of assistance is still high and new strategies are being adopted. On the one hand we are observing an improvement in the monitoring systems for pharmaceutical assistance, which are increasingly oriented towards measuring dimensions such as efficiency, appropriateness and compliance. On the other hand, new forms of relationships between public health services and pharmaceutical industries are emerging, such as the Managed Entry Agreements (MEA) and the risk-sharing model. The article focuses on the role and the evolution of the monitoring system of performance as regards pharmaceutical assistance at the regional level.

Introduzione

La crisi economica ha portato ad un ripensamento degli equilibri politico-istituzionali complessivi attraverso riforme dei modelli di welfare ed anche manovre di spending review. La risposta dei Paesi europei è stata diversa. L'assistenza farmaceutica ha giocato un ruolo centrale nelle manovre di contenimento della spesa.

La crisi economica che ha coinvolto numerosi paesi Ocse ha portato ad un ripensamento degli equilibri politico-istituzionali complessivi (si pensi al dibattito Grexit sull'uscita della Grecia dall'UE e del ruolo e dei poteri del parlamento europeo); a riforme dei modelli di welfare (si pensi ad esempio alle riforme italiane sul sistema previdenziale) e a manovre di *spending review* e riorganizzazione dei servizi pubblici. Il settore sanitario, dopo quello previdenziale, è quello che assorbe maggiori risorse economiche pubbliche pertanto è stato uno dei settori pubblici più coinvolti in questo periodo di crisi economica. La risposta dei Paesi europei alla crisi è stata diversa. A fronte della necessità di governo e messa a posto dei bilanci pubblici, molti Paesi hanno deciso di ridurre i tassi di crescita della spesa sanitaria, alcuni hanno apportato tagli alla spesa sanitaria mentre altri hanno deciso di rafforzare la spesa nel settore sanitario pubblico come risposta ad un periodo di austerità [1-3]. In molti casi la mancanza di risorse per coprire i costi sanitari ha portato ad un aumento della compartecipazione dei cittadini alla spesa oppure, nei sistemi a fiscalità generale come il nostro, ad un aumento delle aliquote fiscali (es. Irpef ed Irap). Accanto a queste manovre, in Italia come in altri

Paesi, si è riaperto il dibattito sul ruolo del privato e delle assicurazioni. Infatti, a fronte di politiche di razionamento della spesa e di compartecipazione sempre più estese, è aumentata la domanda di copertura complementare [4].

Altre azioni intraprese da alcuni Paesi (Grecia, Islanda, Irlanda ed Estonia) per contenere la spesa pubblica hanno riguardato il personale ed i livelli stipendiali [5]. Anche in Italia fra le leve utilizzate dal livello centrale per controllare che le Regioni contengano la spesa sanitaria vi è il blocco del turnover del personale l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa e, il ricorso a forme di monitoraggio della spesa [6], il mancato rinnovo dei contratti ed anche, per le figure apicali, la riduzione dello stipendio [7, 8]. In particolare l'assistenza farmaceutica è stata nell'occhio del mirino sia a livello centrale che regionale per il contenimento dei costi attraverso azioni volte a controllare sia il versante della domanda che dell'offerta. Questo è dovuto al fatto che la spesa farmaceutica è quella più facilmente comprimibile in tempi brevi e permette, sia alle Regioni che al livello centrale, di fare cassa velocemente. Infatti riuscire ad ottenere un reale contenimento dei costi (o meglio della spesa) attraverso la riorganizzazione dei servizi può risultare controverso o quantomeno richiedere più tempo. In questo contributo, dopo aver sintetizzato le principali politiche intraprese dai vari livelli di governo del sistema sanitario per contenere la spesa farmaceutica, proponiamo alcuni elementi di riflessione sul tema del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale.

L'evoluzione della spesa farmaceutica e delle forme di controllo

Si assiste ad un evidente contenimento dei costi relativi all'assistenza farmaceutica convenzionata ed un parallelo e progressivo rallentamento della crescita della spesa sanitaria dal 2008 in poi, anno dell'inizio degli effetti della crisi economica. Tale contrazione è frutto di una pluralità di azioni che possono essere ricondotte ai tre livelli di governo: centrale, regionale ed aziendale.

Nell'ultimo rapporto dell'osservatorio farmaci dell'Università Bocconi [9] si legge che "L'assistenza farmaceutica ha dato un contributo importante alla tenuta dei conti in sanità"; in effetti come mostra la **Figura 1**, si assiste ad un evidente contenimento dei costi relativi all'assistenza farmaceutica convenzionata ed un parallelo e progressivo rallentamento della crescita della spesa sanitaria dal 2008 in poi, anno dell'inizio degli effetti della crisi economica. Tale contrazione è frutto di una pluralità di azioni che possono essere ricondotte ai tre livelli di governo, come sintetizzato nella **Figura 2**: centrale, regionale ed aziendale.

A livello centrale il Ministero e l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) forniscono direttive su:

- 1) il tetto di spesa (pari al 13,3% del totale della spesa sanitaria);
- 2) l'attribuzione della titolarità all'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci (AIC);
- 3) i procedimenti di ripiano degli sfondamenti tramite *pay-back* ed indicazioni sui consumi a livello regionale, complessivi e per specifiche categorie [10, 11].

A queste misure si aggiungono altre strategie di governo della spesa per i farmaci innovativi ad alto costo come i registri di monitoraggio AIFA. I farmaci a registro sono, quasi sempre, correlati ad accordi condizionati basati su outcome (*payment by result e risk sharing*) o su semplici accordi finanziari (*cost sharing*).

Figura 1 Andamento della spesa sanitaria e della spesa farmaceutica convenzionata, trend anni 2000-2014.

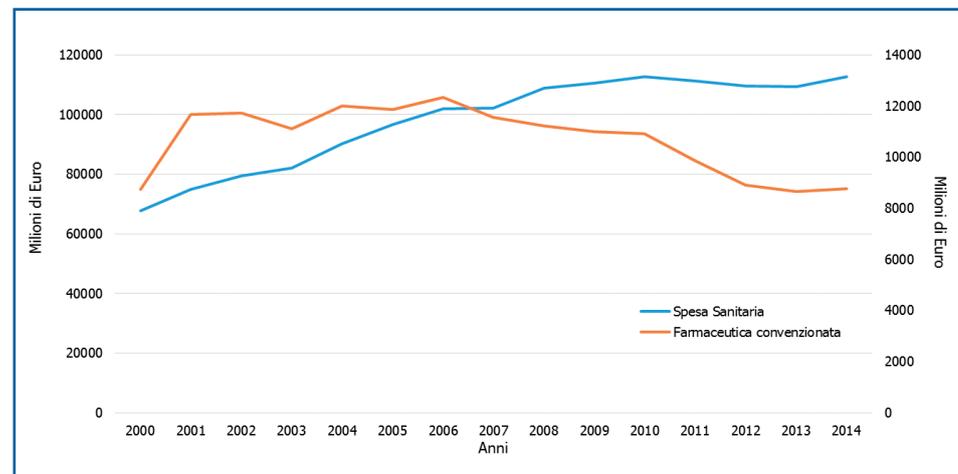
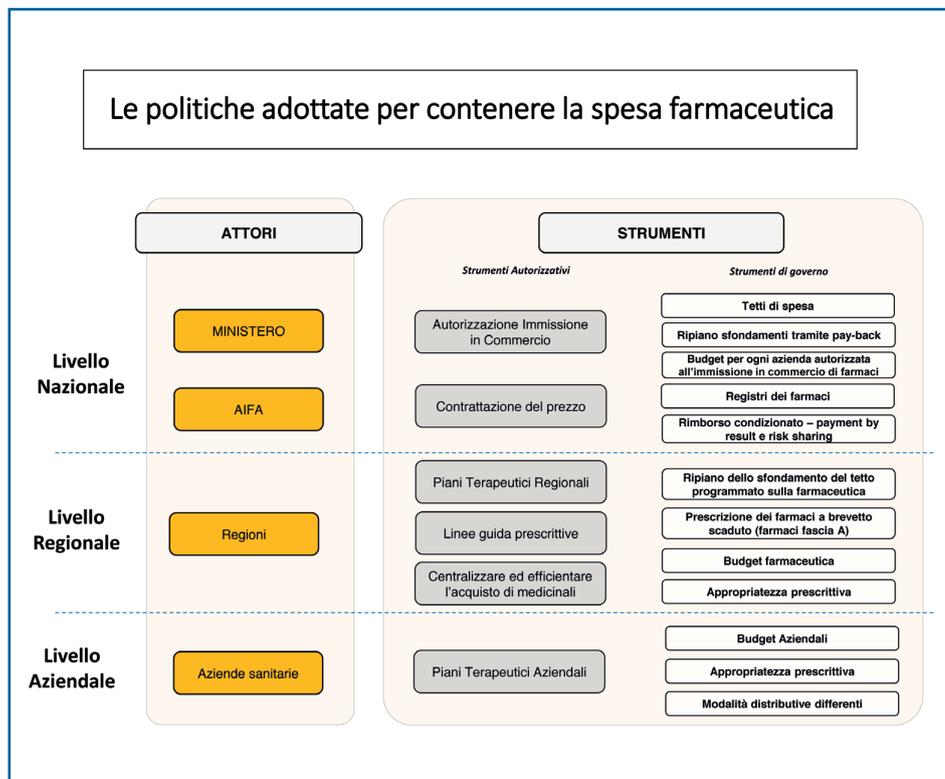


Figura 2 Le politiche adottate per il contenimento della spesa farmaceutica.



Nello specifico i registri di monitoraggio dei farmaci, anche se non legati ad accordo condizionato, sono anche uno strumento di garanzia per l'appropriatezza prescrittiva assieme alle note AIFA ed ai Piani Terapeutici. Per poter prescrivere i farmaci iscritti a registro AIFA, il clinico deve seguire una griglia di eleggibilità ricavata dallo studio registrato del farmaco stesso. A fronte di queste innovazioni vi è il rischio che il disallineamento temporale fra la proattività delle case farmaceutiche verso nuovi sistemi di rendicontazione e responsabilizzazione nei risultati dei nuovi (o innovativi) farmaci e la non sempre rapida capacità dei sistemi informativi aziendali metta in dubbio la reale opportunità di poter cogliere i benefici delle nuove soluzioni.

A livello regionale al fine di contenere la spesa sanitaria le Regioni monitorano la spesa e l'uso dei farmaci attraverso: forme di compartecipazione alla spesa con il doppio intento di aumentare i ricavi e di contenere la domanda inappropriata; propongono revisioni ed aggiornamenti dei Prontuari Terapeutici Regionali; monitoraggio della performance; sviluppo di linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva (es. in Emilia Romagna sono state inserite indicazioni specifiche nel Prontuario Terapeutico Regionale; in Toscana sono stati individuati e assegnati gli obiettivi alle Aziende Sanitarie; in Umbria sono state emanate delle Linee di indirizzo della Rete Oncologica Regionale). Inoltre da gennaio 2013 nella nuova piattaforma web, AIFA delega le Regioni nella scelta dei centri prescrittori abilitati all'accesso al registro AIFA e quindi alla prescrizione di farmaci ad alto costo. In particolare, si trova riscontro di ciò nell'elevato numero di provvedimenti emanati dalle Regioni nel 2013 sull'individuazione dei centri autorizzativi [11]. A livello aziendale, le azioni intraprese come risposta alla situazione di crisi sono state molteplici: introduzione di indicatori all'interno dei budget di unità operativa e negli accordi integrativi con i medici di medicina generale; attivazione di canali distributivi differenti (ad esempio attivazione o estensione della distribuzione diretta e per nome e per conto). In particolare, negli ultimi anni, emerge come in realtà le principali misure inserite a livello regionale ed aziendale e negli accordi con i medici di medicina generale riguardano principalmente misure di spesa [12].

Il monitoraggio della performance dell'assistenza farmaceutica è stata una delle leve più adottate a vari livelli di governo. In questa direzione sono presenti diversi rapporti che presentano i dati di performance sull'assistenza farmaceutica [11].

Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica

Attualmente un consistente gruppo di Regioni ha adottato un sistema di indicatori di valutazione dell'assistenza farmaceutica che analizza diversi aspetti:

- i) il consumo;**
- ii) l'efficienza prescrittiva;**
- iii) l'appropriatezza prescrittiva;**
- iv) l'aderenza terapeutica.**

In questo articolo ci concentriamo sul monitoraggio effettuato dal governo regionale. In particolare presentiamo alcuni indicatori tratti dal sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie della Scuola Sant'Anna di Pisa sviluppato per la Regione Toscana e per un network di Regioni che ad oggi annovera 15 partecipanti¹ [13, 14]. Questa esperienza si distingue rispetto agli altri osservatori sui farmaci per diversi motivi, alcuni dei quali sono riconducibili ai vantaggi del sistema di valutazione di cui fanno parte [15]: la selezione ed il calcolo degli indicatori è effettuato a livello regionale; gli indicatori rientrano in un sistema più ampio che analizza la performance di diversi livelli di assistenza e una buona parte di questi è anche valutata (per cui è possibile capire l'orientamento e la direzione che le regioni intendono dare); la valutazione è condivisa da parte delle regioni ed espressa in 5 fasce a cui sono associati dei colori (verde scuro=performance ottima; verde=performance buona; giallo=performance media; arancione=performance scarsa; rossa=performance molto scarsa) rendendola facilmente comprensibile anche dai non-specialisti. In particolare nel sistema sono presenti indicatori di monitoraggio dell'assistenza farmaceutica che riguardano quattro aspetti:

1. il consumo, ovvero quanto di un determinato farmaco viene consumato sul territorio;
2. l'efficienza prescrittiva ovvero l'efficiente allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale nell'area farmaceutica;
3. l'appropriatezza prescrittiva, che è la misura di quanto una scelta terapeutica sia adeguata rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario, ricordando che il concetto di appropriatezza fa riferimento principalmente al momento decisionale dell'atto medico che si compie nella prescrizione;
4. l'aderenza terapeutica², che assieme all'appropriatezza prescrittiva è un aspetto di grande rilevanza sia per l'efficacia che per la sicurezza dei trattamenti farmacologici.

Di seguito si riportano alcuni esempi.

L'indicatore più comune relativo ai consumi è quello della spesa pro-capite (**Figura 3**), in questo ambito è possibile consultare il set di indicatori utilizzati dalla Regione

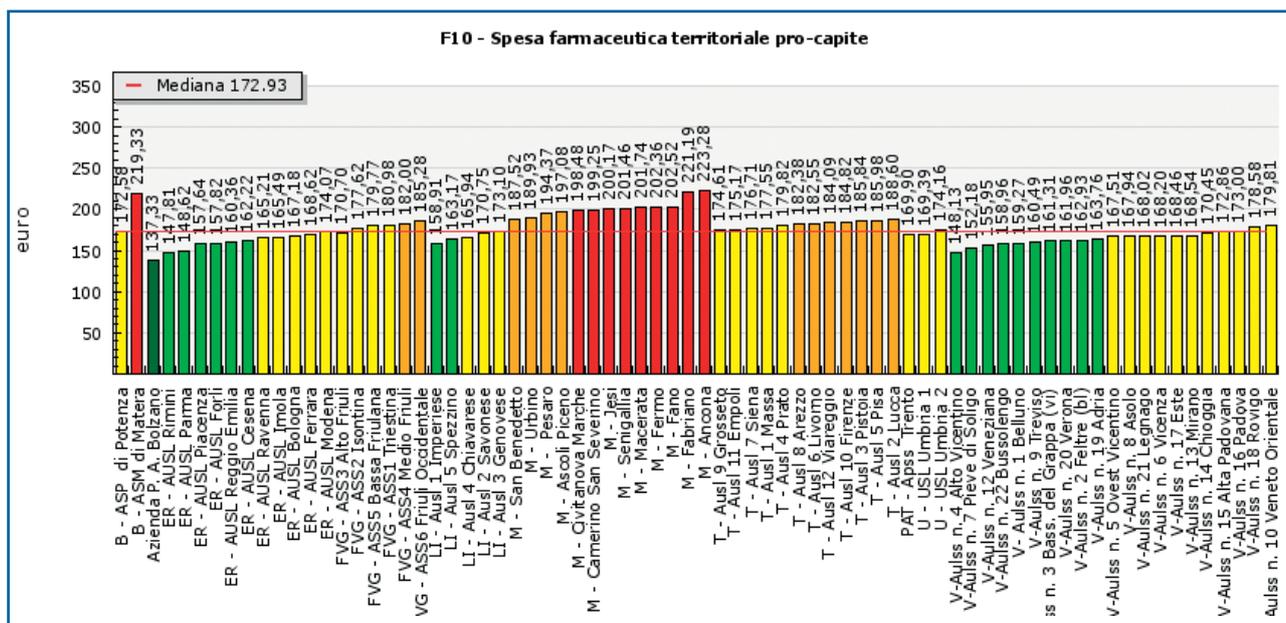


Figura 3 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite, anno 2013 [14].

¹Ad oggi le regioni che partecipano al network di confronto sono 15: Toscana, Liguria, Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Marche, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, PA Trento ed in via sperimentale Lombardia, Lazio, Calabria, Sardegna e Puglia.

²Per aderenza alla terapia si intende l'allineamento del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

Toscana su alcuni farmaci di largo consumo, che impattano in modo significativo sulla spesa, e per i quali è più facile un utilizzo inappropriato [16]. Oltre ad individuare indicatori e monitorarli nel tempo, nel rapporto a pagina 237 si legge che “la Regione ha adottato linee di indirizzo, redatte dalla Commissione Terapeutica Regionale in collaborazione con gli specialisti del settore, sull’utilizzo appropriato di alcune categorie di farmaci. Ad oggi sono state pubblicate linee di indirizzo sulla terapia farmacologia dell’ipertensione, sulla terapia farmacologia dell’ipercolesterolemia, sulla terapia farmacologia con Inibitori di Pompa Protonica e sulla terapia farmacologia negli anziani (i criteri di Beers)”.

Un altro indicatore molto frequente è la percentuale di farmaci a brevetto scaduto (Figura 4). Questo indicatore, che rientra nella categoria dell’efficienza, monitora le categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono aggiornate negli anni. L’indicatore monitora, in particolare, l’utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo inferiore rispetto a quelle con la copertura brevettuale - perché spesso non vi sono evidenze che dimostrino che i farmaci ancora coperti da brevetto abbiano benefici terapeutici superiori, a fronte di un prezzo più elevato. Pertanto l’utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi. Ad esempio la percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza mostra il diverso spazio di intervento ancora possibile nelle aziende del Network nel 2013.

Per quanto riguarda l’appropriatezza, in particolare l’appropriatezza clinica, la Regione Toscana ha introdotto nel suo sistema di valutazione l’analisi dei soggetti che effettuano politerapia (Figura 5). Con l’espressione “polypharmacy” (o “politerapia”) si intende l’assunzione, da parte di un medesimo paziente, di più farmaci contemporaneamente. Il fenomeno coinvolge prevalentemente gli anziani e presenta potenziali rischi di inappropriata: può infatti tradursi non solo in costi eccessivi ma anche in interazioni farmaceutiche dannose. L’indicatore valuta il consumo dei pazienti anziani, con più di 75 anni, che assumono più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente.

Un altro indicatore di appropriatezza, facilmente calcolabile, è il consumo di antibiotici (Figura 6). L’Italia è il quinto Paese europeo per incidenza della spesa pubblica e privata per farmaci antimicrobici (6,7%, esclusa la quota di spesa erogata in ambito ospedaliero), dopo Francia (11,0%), Belgio (10,3%), Austria (10,0%) e Germania (8,5%). Nel 2013 i farmaci antimicrobici generali per uso sistemico rappresentano,

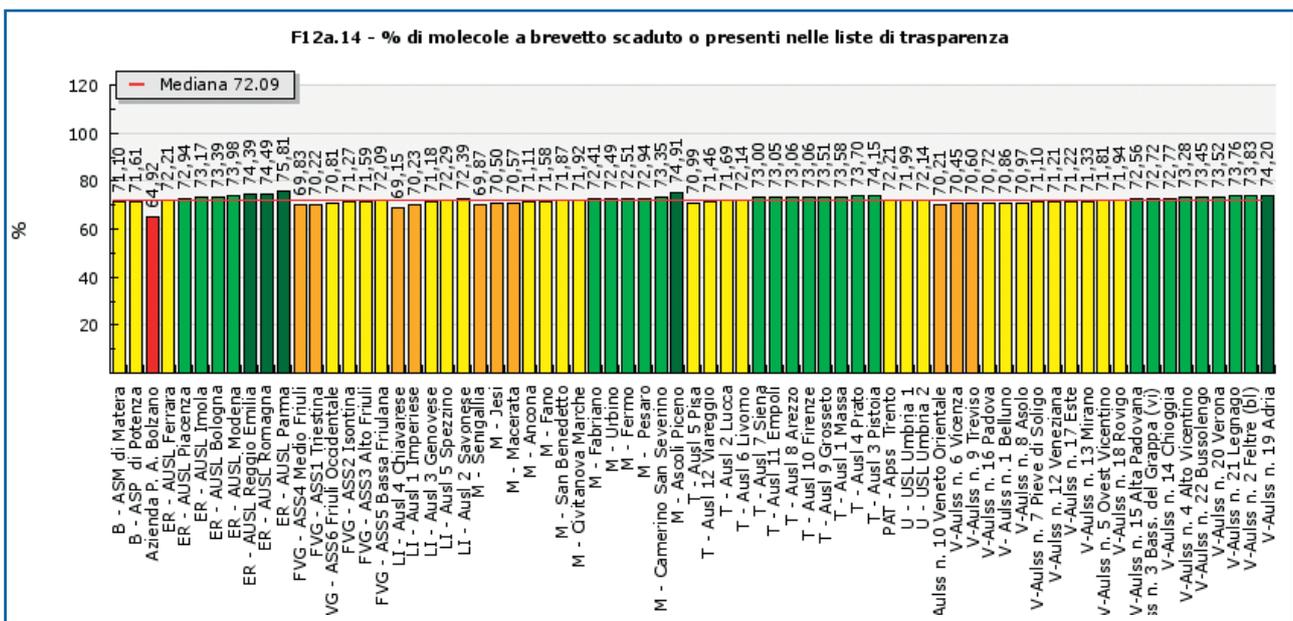


Figura 4 La percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, anno 2013 [14].

Figura 5 Polypharmacy, anno 2014 [15].

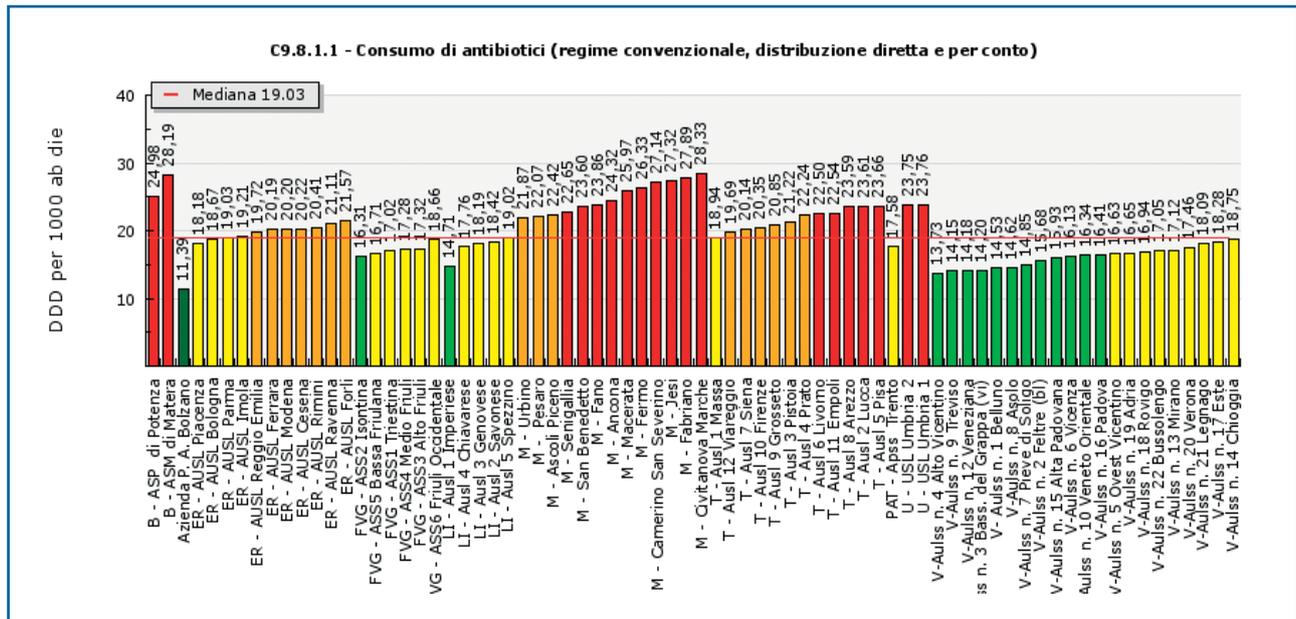
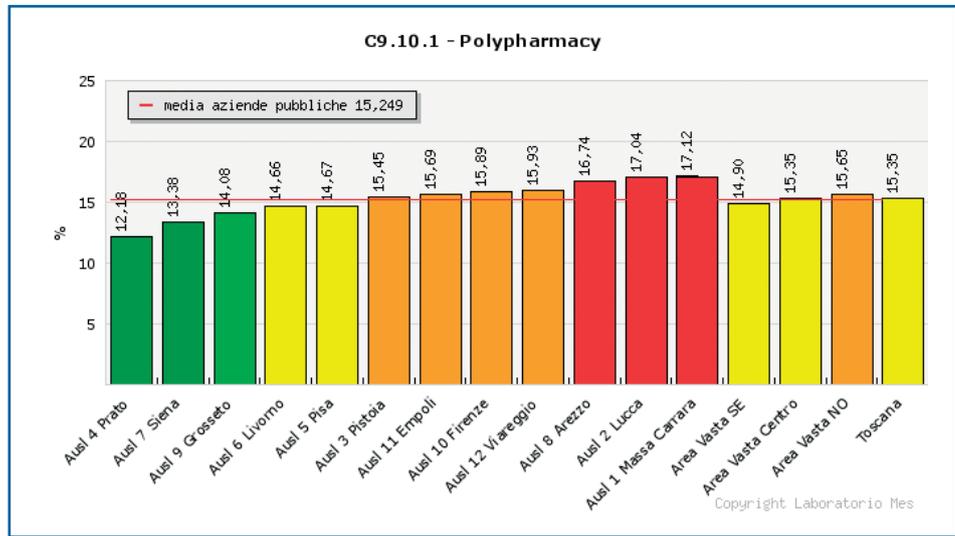


Figura 6 Il consumo di antibiotici, anno 2013 [14].

a livello nazionale, la quinta categoria in termini di spesa farmaceutica complessiva (2.693 milioni di euro) e la undicesima in termini di consumi (38 DDD ogni 1.000 abitanti die). La spesa per farmaci antimicrobici generali per uso sistemico è cresciuta del +1,8% rispetto all'anno precedente, così come i consumi (+3,4%). L'eccessivo utilizzo di questi farmaci è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. L'analisi dell'uso degli antibiotici può essere fatta anche in ambito ospedaliero³ (Figura 7). L'importanza di analizzare il consumo degli antibiotici nei reparti è evidenziata anche dai dati del rapporto Osmed sui farmaci antimicrobici per uso sistemico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: nel 2014 vi è stato un

³Nella spesa farmaceutica ospedaliera rientrano i farmaci erogati durante il regime di ricovero, di DH, ambulatorio terapeutico, mentre nella spesa farmaceutica territoriale rientrano tutti i farmaci erogati dalle farmacie ospedaliere territoriali, o distribuiti per loro conto, ed i farmaci prescritti dai medici di famiglia e dagli specialisti ed erogati dalle farmacie in regime di convenzione (quest'ultima viene infatti chiamata spesa farmaceutica convenzionata).

Figura 7 Il consumo di antibiotici nei reparti, anno 2014 [15].

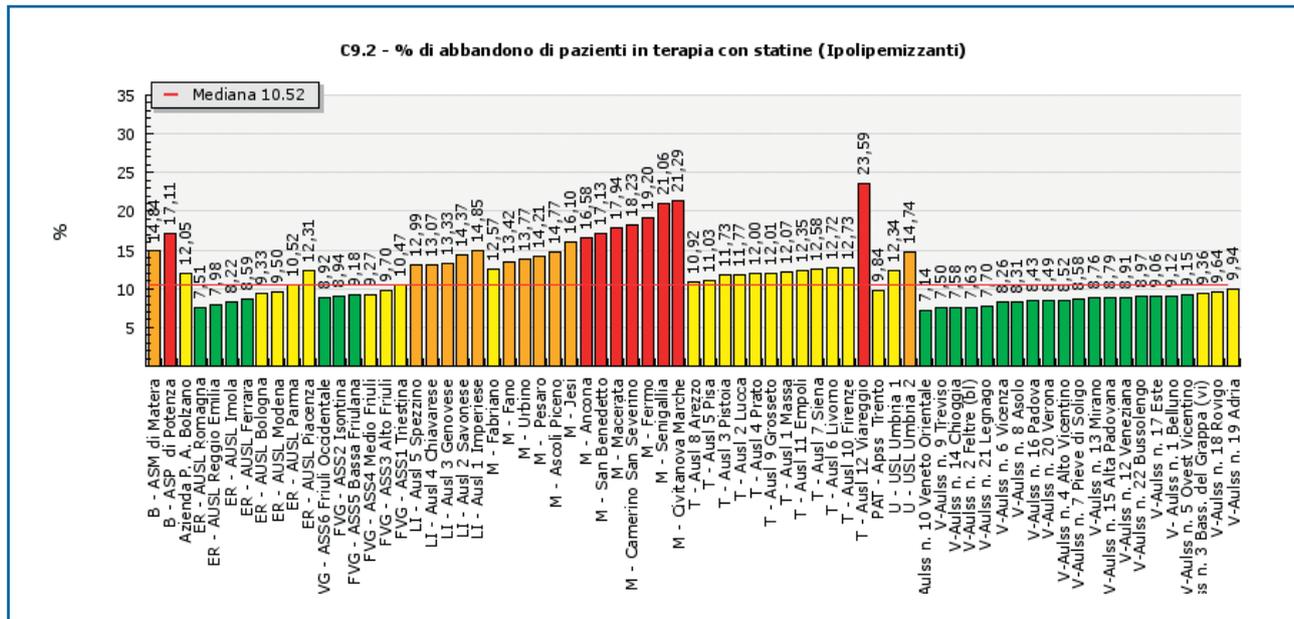
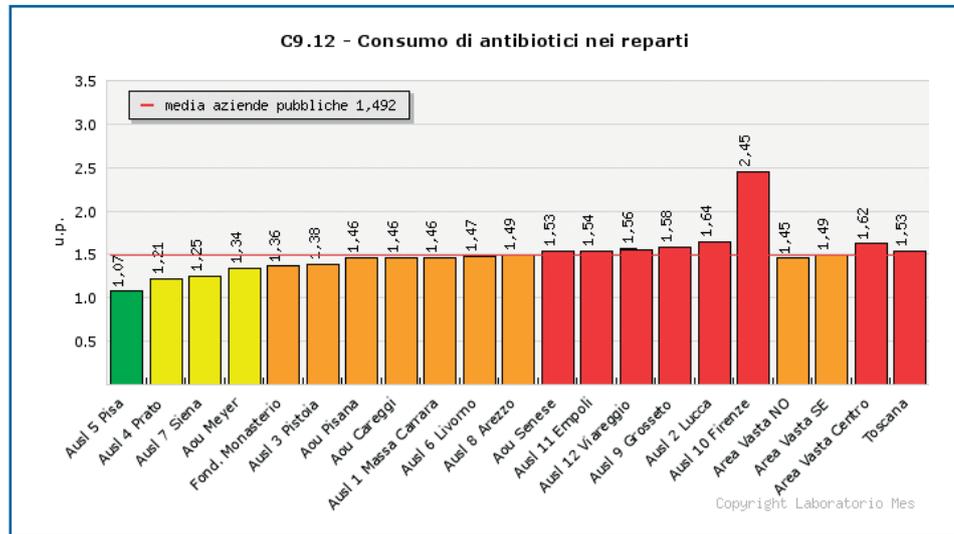


Figura 8 La percentuale di abbandono di terapia con statine, anno 2013 [14].

aumento rispetto al 2013 sia della spesa (+1,5%), che dei consumi (+5,7%) [11]. Un indicatore che monitora l'aderenza alla terapia riguarda ad esempio la percentuale di abbandono dei pazienti in terapia con statine. Questa risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente (**Figura 8**). L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Come proxy di aderenza è stato utilizzato quindi l'acquisto dei farmaci. L'interesse ad analizzare questo indicatore è collegato anche al fatto che le statine sono tra i farmaci che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica.

Conclusioni e spunti per il futuro

Le soluzioni individuate dai vari livelli di governo hanno mirato a razionalizzare la spesa attraverso modalità di distribuzione dei farmaci, maggior ricorso ai farmaci con brevetto scaduto, negoziazione dei prezzi con le case farmaceutiche. Di fatto il monito-

Sebbene vi sia stata un'evoluzione dei sistemi di monitoraggio, i nuovi scenari derivanti sia dalle nuove esigenze e sia da nuovi strumenti di governo (es. MEA), evidenziano che vi è ancora strada da fare nella misurazione e nell'aggiornamento dei sistemi informativi per poter governare i vari aspetti dell'assistenza farmaceutica in modo efficace e tempestivo.

raggio spinto della (mera) spesa farmaceutica dal livello centrale al livello locale porta con sé la minaccia del rischio di un vero e proprio razionamento dei farmaci. Dopo aver attuato tutte le forme di razionalizzazione messe in campo dal livello centrale e regionale, l'unico modo per contenere ulteriormente la spesa è l'azione sulla riduzione delle prescrizioni (potenzialmente inappropriate ma col tempo vi è il rischio di una riduzione incondizionata e quindi di un razionamento). Negli ultimi anni si è assistito ad un fermento di idee e soluzioni alternative citate nella prima parte dell'articolo: da strumenti normativi (prontuari) si è passati ad un diverso ruolo delle case farmaceutiche, sempre più tese a presentarsi come partner orientate al risultato e non più come meri produttori, e delle farmacie orientate anch'esse a diventare braccia operative del servizio sanitario nazionale attraverso quella che viene chiamata la farmacia dei servizi [17]. In questa evoluzione dei ruoli dei diversi attori che ruotano attorno all'assistenza farmaceutica, spazi per il futuro possono riguardare il coinvolgimento (in modo diretto) dei pazienti, come suggerito dall'Unione Europea [18]. Un limite dei nuovi scenari nell'evoluzione dei ruoli è legato alla velocità con cui vengono elaborate le innovazioni (ad esempio la proattività delle case farmaceutiche verso nuovi sistemi di rendicontazione e responsabilizzazione nei risultati dei farmaci nuovi o innovativi) e la non sempre rapida capacità dei sistemi informativi aziendali e regionali di adattarsi per cogliere immediatamente i benefici delle nuove soluzioni.

Nuove prospettive sul fronte del governo dell'assistenza farmaceutica sembrano provenire dall'esperienza di più regioni nell'evoluzione del monitoraggio non più orientato solamente alla componente economica ma anche alla misurazione di aspetti relativi all'aderenza al trattamento ed all'appropriatezza clinica. La possibilità di misurare a confronto con altre realtà la performance (nelle sue varie dimensioni) sull'assistenza farmaceutica, utilizzando modalità di calcolo semplici, su banche dati esistenti permette di fornire le informazioni chiave per poter discutere con i professionisti in modo snello e tempestivo le questioni critiche. Indicatori rischio aggiustati, che tracciano il percorso del paziente (e che spesso richiedono l'individuazione della popolazione cronica) sono sicuramente utili ed informativi ma spesso difficilmente replicabili dai sistemi informativi regionali ed aziendali in modo rapido e sistematico. Quanta più difficoltà le regioni e le aziende trovano nel calcolare l'indicatore tanto più difficile sarà il controllo del fenomeno osservato. La sfida dei prossimi anni è l'implementazione di flussi ospedalieri dettagliati ed integrati a quelli territoriali con il superamento di un monitoraggio della spesa ospedaliera a indirizzo quasi esclusivo interno della struttura o al più dell'azienda verso un monitoraggio interaziendale. Ciò permetterebbe un salto di paradigma importante: da una gestione prevalentemente interna ad una integrata e di sistema. Di conseguenza si avrebbe l'opportunità di sviluppare indicatori di performance farmaceutica capaci di evidenziare in maniera trasversale l'uso appropriato ed efficiente del farmaco ed il suo impatto diretto ed indiretto sui livelli di ospedalizzazione della popolazione.

Di fatto i rapporti che analizzano i dati sull'andamento della spesa e dei consumi dell'assistenza farmaceutica evidenziano tendenze differenti: la spesa farmaceutica ospedaliera aumenta in maniera allarmante mentre quella territoriale, generalmente contenuta nei limiti imposti dalla legge, decresce nella sua componente convenzionata. Accanto a questo fenomeno, certamente dovuto all'introduzione di un numero sempre più considerevole di farmaci innovativi a livello ospedaliero, vi è anche la constatazione che le regioni hanno acquisito una reale maturità nel gestire la spesa territoriale. Sul versante ospedaliero le Regioni si muovono in un contesto reso difficile da vari fattori; l'eccessivo numero di farmaci commercializzati in tempi ravvicinati, tale da non permettere una approfondita riflessione sulla gestione delle nuove terapie, e i numerosi accordi negoziali (*Managed Entry Agreement*, MEA) a cui i nuovi farmaci sono quasi sempre correlati. In ultimo, come evoluzione dei sistemi di monitoraggio, in generale sui vari livelli di assistenza e nello specifico per l'assistenza farmaceutica ospedaliera, un'altra sfida è il passaggio dall'uso di dati amministrativi all'uso di dati clinici attraverso il record linkage delle informazioni, ad esempio dalle cartelle cliniche informatizzate. Questo permetterebbe alle singole regioni di creare un confronto tra le strutture erogatrici, basato sugli esiti in relazione alla spesa sostenuta.

Bibliografia

- [1] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374:315-323.
- [2] Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is There a Statistical Relationship between Economic Crises and Changes in Government Health Expenditure Growth? An Analysis of Twenty-Four European Countries. *Health Serv Res* 2012; 47:2204-2224.
- [3] Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Health Policy In The Financial Crisis. *Eurohealth* 2012; 18: 3-6.
- [4] AAVV. Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. The European House 2012 - Ambrosetti S.p.a.
- [5] OECD, Health at a Glance, 2013: OECD Indicators. Disponibile al sito <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>. Ultimo accesso il 9 novembre 2015.
- [6] Ministero Economia e Finanze. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1, 2014.
- [7] Parlamento Italiano (Legge n. 133/2008). Conversione del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 - Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione Tributaria. G.U. n. 195 del 21 agosto 2008.
- [8] Del Favero AL, Carignani V (a cura di). Il Management strategico delle Aziende Sanitarie: primo rapporto sul trattamento economico in alcune Regioni italiane. Federsanità ANCI 2011.
- [9] Jommi C, Otto M, Armeni P, Costa F. Osservatorio Farmaci Report n. 35, 2015. Cergas Bocconi.
- [10] AIFA (2012) Indicatori di Programmazione e Controllo dell'assistenza farmaceutica convenzionata. Aggiornamento ai sensi del comma 7b, art. 11, decreto legge 30 maggio 2010, convertito con modificazioni dalla legge del 30 luglio 2010, n. 122.
- [11] Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2014. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2015.
- [12] Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2013. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2014.
- [13] Barsanti S, Bonciani M, Salvadori P. Gli accordi attuativi aziendali per i medici convenzionati. Il caso della Regione Toscana. *Politichesane* 2013; 14.
- [14] Nuti S, Bonini A. Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto. REPORT 2013. Pacini Editore 2014.
- [15] Nuti S, Vainieri M. Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana - REPORT 2014. Pacini Editore 2015.
- [16] Nuti S, Seghieri C, Vainieri M. Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience. *J Manag Gov* 2013; 17:59-69
- [17] Turchetti G. Quale è il cammino della farmacia del futuro? La farmacia dei servizi. Opportunità e soluzioni nell'integrazione all'assistenza sanitaria. *Tecniche Nuove* 2011.
- [18] Il Consiglio Dell'unione Europea. Risoluzione del Consiglio del 2 dicembre 2003 sulle sfide in materia di prodotti farmaceutici e sanità pubblica - incentrarsi sui pazienti (2004/C 20/02), (Gazzetta ufficiale n. C 020 del 24/01/2004 pag. 0002-0004). Disponibile al sito [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32004G0124\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32004G0124(01)). Ultimo accesso il 9 novembre 2015.