

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 luglio 2026, n. 986

Rimodulazione dei Tetti di spesa, di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023 e degli Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022, per la spesa farmaceutica convenzionata per il 2026 e assegnazione dei valori massimi per il 2027–2028.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Salute e Benessere;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 5, co. 8 delle Linee guida sul "*Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia*", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

- 1) **Di approvare** quanto riportato nel documento istruttorio, che qui si intende integralmente richiamato.
- 2) **Di stabilire** che i Direttori Generali e Sanitari delle Aziende SSR provvedano con urgenza:
 - a) al potenziamento delle azioni di verifica sull'appropriatezza delle prescrizioni emesse nel canale della farmaceutica convenzionale (con particolare riferimento alle categorie terapeutiche prioritarie richiamate in narrativa) collegate all'assegnazione di obiettivi specifici aziendali, rivolti sia ai medici prescrittori che agli uffici aziendali e distrettuali preposti alla verifica di appropriatezza e al periodico monitoraggio e controllo di gestione;
 - b) a garantire il rispetto, a livello aziendale e distrettuale, dei valori soglia per l'indicatore NSG appartenente al sottoinsieme "CORE", denominato D14C "Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici", rispetto al quale, nella sezione "*Direzionale – Controllo Strategico*" del Sistema Informativo Regionale Edotto è implementato specifico cruscotto per il monitoraggio a livello aziendale e distrettuale;

- c) alla calendarizzazione di *audit* periodici a livello distrettuale con i MMG/PLS, finalizzati a dare massima divulgazione a tutti i medici prescrittori degli obiettivi di contenimento aziendali stabiliti per le suddette categorie terapeutiche “prioritarie”, con indicazione delle azioni correttive da porre in essere e *feedback* periodici sullo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi;
- d) a dare attuazione alle disposizioni di cui alla D.G.R. 1109/2023, finalizzate al potenziamento del *Primo Ciclo Terapeutico* dopo dimissione da ricovero/visita specialistica ambulatoriale e alla distribuzione diretta dei farmaci a pazienti in ADI/RSA/RSSA, secondo quanto previsto dall’art. 8, comma 1, lett. b) e c) della L. 405/2001 e s.m.i., dal R.R. n. 3/2013 e dal R.R. n. 17/2017; nell’ambito di tale azione, particolare importanza riveste, altresì, l’individuazione, a livello distrettuale, di pazienti *outlier* cronici pluritrattati con farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata presenti nel Prontuario Regionale del Primo Ciclo di cui alla D.G.R. 1109/2023, da prendere in carico a cura dei servizi farmaceutici delle ASL in distribuzione diretta.
- 3) **Di approvare** l’Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- 4) **Di approvare** la rimodulazione rispettivamente, dei Tetti di spesa, di cui all’art. 1, co. 223, L. 213/2023 e degli Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022, per la spesa farmaceutica convenzionata per il 2026 e l’assegnazione dei valori massimi per il 2027-2028, secondo quanto riportato nelle Tabelle 1 e 2 dell’Allegato A al presente provvedimento.
- 5) **Di stabilire** che i valori massimi di spesa riportati nelle Tabelle 1 e 2 dell’Allegato A, potranno essere oggetto di eventuale rimodulazione, sulla base di successive valutazioni in merito al *trend* di incremento/decremento della spesa farmaceutica convenzionata registrato a livello medio nazionale oltre che alla determinazione del valore definitivo del fondo sanitario regionale per le rispettive annualità, come rilevato dalle reportistiche AIFA sul monitoraggio della spesa farmaceutica, periodicamente pubblicate sul portale istituzionale della stessa Agenzia.
- 6) **Di dare atto** che la suddetta rimodulazione è stata determinata tenendo conto sia della variazione del valore del Fondo Sanitario Regionale (facendo riferimento al valore del FSR 2025 provvisorio, come rilevato dal Report AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica Gennaio/Dicembre 2025), sia delle motivazioni riportate nel documento istruttorio.
- 7) **Di dare atto** che, la suddetta rimodulazione, con particolare riferimento agli Obiettivi di contenimento ai sensi della L.R. 7/2022, è finalizzata a contenere il tasso di incremento annuo della spesa regionale vs anno precedente entro:
- il +6,73% per il 2026 (ovvero inferiore del -1,08% rispetto al tasso di incremento registrato nel corso del 2025 e nei primi 5 mesi 2026, pari al 7,81%);
 - il +6,5% per il 2027 e 2028 (ovvero inferiore del -1,31% rispetto al tasso di incremento registrato nel corso dei primi 5 mesi 2026, pari al 7,81%).
- 8) **Di dare atto** che, gli importi massimi di cui alle Tabelle 1 e 2 dell’Allegato A, sono stati ripartiti tra le Aziende del SSR tenendo conto, in maniera proporzionale, del *trend* di spesa netta convenzionata riportata sulle DCR delle farmacie registrate nel sistema Edotto dalle stesse Aziende nel periodo Gennaio/Maggio 2026.
- 9) **Di dare atto** che il valore massimo di € 607.752.816 riferito al tetto di spesa regionale di cui all’art. 1, co. 223, L. 213/2023 è inclusivo della spesa netta (sottratta di tutti i *payback*) e del *ticket* fisso a carico del cittadino (disposto con provvedimento regionale ai sensi dell’art. 4, comma 3, lettera a), del D.L. 18/09/2001 n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111 e s.m.i.).
- 10) **Di stabilire** che la verifica in merito al rispetto degli Obiettivi di contenimento aziendali ai sensi della L.R. 7/2022 per gli anni 2026-2027-2028 venga effettuata sulla base dei dati rilevabili dal sistema informativo regionale Edotto inerenti alla spesa farmaceutica convenzionata netta aziendale riportata nelle Distinte

riepilogative Contabili (DCR) registrate nello stesso sistema da parte delle ASL.

- 11) **Di stabilire** che, la verifica in merito ai Tetti di spesa di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023, per gli anni 2026-2027-2028, venga effettuata con metodologia analoga a quella utilizzata dall'AIFA per la verifica del rispetto del tetto di spesa convenzionata regionale di cui all'art. 1, comma 223 della L. 213/2023, ovvero tenendo conto della spesa farmaceutica convenzionata netta rilevata dalle DCR delle farmacie registrate sul sistema Edotto dalle singole ASL, al lordo del *ticket* fisso a carico del cittadino (disposto con provvedimento regionale ai sensi dell'art. 4, comma 3, lettera a), del D.L. 18/09/2001 n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111 e s.m.i.) e al netto del valore dei *payback* convenzionata (calcolati dall'AIFA).
- 12) **Di confermare** le restanti disposizioni precedentemente emanate con la D.G.R. 499/2024 e ss.mm.ii. di cui alla D.G.R. 1175/2025 ai fini del contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- 13) **Di dare mandato** alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa di provvedere alla notifica del presente provvedimento alle Aziende pubbliche del SSR, alla Sezione Programmazione e monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina convenzionata per quanto di competenza in attuazione della L.R. 7/2022 e s.m.i., alla Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina per gli adempimenti relativi agli adeguamenti necessari sul sistema Edotto, alla società Exprivia, all'ARe.S.S. Puglia e alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport.
- 14) **Di pubblicare** il presente provvedimento sul BURP in versione integrale.
- 15) **Di dare atto** che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Segretario Generale della Giunta
NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta
ANTONIO DECARO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Rimodulazione dei Tetti di spesa, di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023 e degli Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022, per la spesa farmaceutica convenzionata per il 2026 e assegnazione dei valori massimi per il 2027-2028.

Premesso che:

- con la D.G.R. n. 499 del 22/04/2024 e successiva D.G.R. 1175/2025, sono stati rispettivamente assegnati e rimodulati i valori massimi di spesa farmaceutica convenzionata, di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023, per singola Azienda Sanitaria Locale, che costituiscono gli obiettivi di contenimento ai sensi della L.R. n. 7/2022 e s.m.i. sulla spesa farmaceutica convenzionata per gli anni 2024-2025-2026;

Considerato che:

- i suddetti valori massimi di spesa di cui alla citata D.G.R. 1175/2025 sono stati al tempo determinati sulla base del valore provvisorio del Fondo Sanitario Regionale (FSR) 2024 (come rilevato dall'ultimo aggiornamento allora disponibile del Report AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica, riferito al periodo Gennaio/Novembre 2024);
- con la D.G.R. n. 499/2024 è stata stabilita, tra l'altro, la possibilità di rimodulare i suddetti valori massimi di spesa aziendali;
- nel corso del 2024 (a partire dal mese di marzo), in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, commi 225-228, della L. 213/2023, è entrato in vigore il nuovo sistema di remunerazione delle farmacie convenzionate;
- sempre nel corso del 2024 (a partire dal mese di giugno), sulla base di provvedimenti emessi dall'AIFA in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 224, della stessa L. 213/2023, è intervenuta la riclassificazione di diversi farmaci antidiabetici (riconducibili alla categoria terapeutica delle Gliptine) dalla fascia A-PHT alla fascia A, con conseguente modifica del canale distributivo, passato dagli Acquisti Diretti (Distribuzione per conto) al canale convenzionale SSR;
- successivamente, nel corso del 2025 (alla fine del mese di agosto), sulla base di ulteriori provvedimenti emessi dall'AIFA in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 224, della L. 213/2023, è intervenuta la riclassificazione di diversi altri farmaci antidiabetici (riconducibili alla categoria terapeutica delle Gliflozine) dalla fascia A-PHT alla fascia A, con conseguente modifica del canale distributivo, passato dagli Acquisti Diretti (in parte Distribuzione Diretta e in parte Distribuzione per conto) al canale convenzionale SSR;

- la suddetta nuova remunerazione delle farmacie, in aggiunta alla riclassificazione AIFA e alla conseguente modifica del canale distributivo dei farmaci interessati, hanno determinato effetti sia sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti sia sulla spesa convenzionata, interessando in parte il 2024 e il 2025 oltre che il 2026;
- allo stato, l'ultimo aggiornamento pubblicato dall'AIFA sul Report di monitoraggio della spesa farmaceutica è relativo al periodo Gennaio/Dicembre 2025 ed è stato elaborato dalla stessa Agenzia sulla base del valore del *"(...) FSN 2025 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 27/06/2025 (...)"*;
- sulla base di tale report AIFA è stato possibile rilevare, a livello medio nazionale, un *trend* generalizzato di incremento della spesa farmaceutica convenzionata netta pari al + 4,8% mentre, per la regione Puglia, pari al + 5,5%, come riepilogato nella Tabella 3 dell'Allegato A al presente provvedimento (parte integrante e sostanziale dello stesso), effetto verosimilmente riconducibile alle dinamiche citate;
- inoltre, a livello regionale, sulla base dei dati rilevati dal Sistema Informativo Direzionale Edotto in merito alla spesa farmaceutica convenzionata netta registrata sulle Distinte Contabili Riepilogative (DCR) delle farmacie per il periodo Gennaio/Maggio 2026 è stato possibile rilevare, anche nel 2026, un incremento pari al +7,8% rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente, per motivazioni verosimilmente analoghe a quelle sopra descritte;
- tale valutazione trova conferma anche nel *"Documento di Finanza Pubblica – Sezione II – Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica"* deliberato dal Consiglio dei Ministri il 22 aprile 2026, con il quale, in riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata, viene evidenziato al paragrafo recante *"Analisi dei principali Settori di Spesa"*, punto n. 3 *"Sanità"* – *"Previsioni per l'anno 2026"*, lett. a), che è prevista *"(...) per l'assistenza farmaceutica convenzionata una spesa pari a 8.389 milioni, in crescita del 4,9 per cento rispetto al 2025. Parte dell'incremento è attribuibile alla riorganizzazione introdotta dalla legislazione in materia di remunerazione delle farmacie (...) in aggiunta si sconta l'innalzamento del tetto di spesa dell'aggregato nonché l'eliminazione della corresponsione da parte delle aziende farmaceutiche di una quota del prezzo di vendita dei medicinali erogati in regime di SSN (...)"*;
- inoltre, nell'ambito delle attività di revisione periodica del Prontuario Terapeutico Nazionale, non si esclude che possano intervenire in corso d'anno ulteriori riclassificazioni di farmaci dalla fascia A–PHT alla fascia A–SSN da parte di AIFA, con conseguente possibile incremento della spesa farmaceutica convenzionata;
- l'analisi effettuata dalla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa sul dettaglio dei dati regionali inerenti i flussi dei consumi (e relativa spesa) registrati dalle singole Aziende del SSR nel Sistema Edotto per farmaci erogati nel canale della farmaceutica convenzionata nel periodo Gennaio/Dicembre 2025 vs 2024, ha

consentito di evidenziare le categorie terapeutiche che nel corso del 2025 hanno determinato:

A) maggiore incremento di spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente;

B) maggiore riduzione di spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente;

come rispettivamente riepilogate nelle Tabelle 4 e 5 dell'Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- sulla base delle suddette analisi, oltre che di quanto sopra evidenziato in merito agli impatti derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, commi 223-228, della L. 213/2023, è possibile rilevare, altresì, che sussistono ancora margini di razionalizzazione della spesa convenzionata in caso di completa attuazione, da parte delle Aziende del SSR, delle misure di contenimento adottate dalla Regione, come riepilogate nella Tabella 6 dell'Allegato A; in particolare si rende necessario:
 - garantire un uso appropriato dei farmaci, nel rispetto delle indicazioni e delle note limitative AIFA;
 - garantire un utilizzo preferenziale di farmaci (di natura sintetica e biotecnologica) a brevetto scaduto, nei casi in cui, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, gli stessi possano essere utilizzati quali valide alternative terapeutiche ai medicinali esclusivi caratterizzati ancora da copertura brevettuale;
 - rispettare i valori soglia stabiliti dal Comitato LEA per l'indicatore NSG Core D14C *“Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici”*;
 - Attuare la distribuzione diretta al primo Ciclo di Terapia;
- è compito dei Direttori Generali e Sanitari delle Aziende SSR porre in essere ogni azione finalizzata alla rimozione di eventuali comportamenti inappropriati dei medici prescrittori, in ossequio alle disposizioni dell'art. 2 della L.R. 7/2022 e dell'art. 45, commi 7–8–9–10, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale di cui all'Intesa Stato Regioni Rep. Atti n. 1/CSR del 15 gennaio 2026;
- nell'ambito delle azioni finalizzate al **potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva** assumono elevato rilievo quelle relative alle seguenti categorie terapeutiche che nel corso del 2025 hanno registrato sensibili incrementi di spesa ovvero sensibili scostamenti rispetto ai valori medi nazionali, inerenti:
 - a) **farmaci a base di sostanze modificatrici dei lipidi – C10**, con particolare riferimento a:

- farmaci ad alta potenza a base dei principi attivi Rosuvastatina, Ezetimibe e Atorvastatina, sia nelle formulazioni in associazioni precostituite (Rosuvastatina/Ezetimibe +2,5 milioni di euro circa vs 2024, Atorvastatina/Ezetimibe +2 milioni di euro circa vs 2024) che estemporanee/monoterapia (Ezetimibe +0,6 milioni di euro circa vs 2024, Rosuvastatina +0,6 milioni di euro circa vs 2024). Tali principi attivi (che in base alle disposizioni della Nota AIFA n. 13 – Allegato 9 – dovrebbero essere utilizzati solo come trattamento di secondo livello nei pazienti a rischio da “alto” a “molto alto”), nel corso del 2025 hanno registrato un consumo, in termini di DDD (Defined Daily Dose) pari a circa 171 milioni, che risulta di gran lunga superiore rispetto al consumo registrato per i farmaci a base dei principi attivi Simvastatina, Lovastatina, Pravastatina e Fluvastatina, pari a circa 25 milioni di DDD (che, di converso, sempre in base alle disposizioni della Nota AIFA n. 13, dovrebbero essere utilizzati come trattamento di primo livello e in tutte le fasce di rischio, da “medio”, “moderato”, “alto” e “molto alto”). In definitiva, i dati di consumo dei principi attivi ad alta potenza (Rosuvastatina, Ezetimibe e Atorvastatina) fanno ipotizzare il mancato rispetto del principio di gradualità disciplinato dalla Nota AIFA n. 13 (che prevede una correlazione tra la potenza del medicinale e le condizioni di rischio del paziente) e, di conseguenza, una potenziale inappropriatezza nell'utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti.
 - PUFA OMEGA 3 che, in base a rilevazioni AIFA, in Puglia registrano un consumo medio *pro capite* pari a circa il doppio rispetto alla media nazionale; tali farmaci, a norma della Nota AIFA n. 13 dovrebbero essere prescritti solo ai pazienti con livelli di Trigliceridi ≥ 500 mg/dL (ovvero pochi casi specifici clinicamente verificabili tramite esiti di analisi ematologiche) pertanto, l'elevato scostamento in termini di consumo *pro capite* registrato a livello regionale rispetto alla media nazionale lascia ipotizzare il mancato rispetto delle limitazioni previste dalla Nota AIFA n. 13 nelle prescrizioni emesse per tale categoria di medicinali.
- b) farmaci antiasmatici – R03**, il cui incremento di spesa e consumi è sostanzialmente riconducibile ai farmaci in triplice associazione di broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione (LABA) + anticolinergici (LAMA) + cortisonici (ICS), ovvero in duplice associazione (LABA + LAMA). Tali principi attivi in base alle Linee Guida GOLD – STRATEGIA GLOBALE PER LA DIAGNOSI, IL TRATTAMENTO E LA PREVENZIONE DELLA BPCO – Revisione 2026 (disponibili per la libera consultazione al link https://goldcopd.it/wp-content/uploads/2026/01/GOLD_Pocket_Guide_2026.pdf) dovrebbero essere utilizzati nei pazienti affetti da BPCO con un maggiore grado di rischio; pertanto, l'elevato incremento di utilizzo degli stessi registrato nel corso del 2025 lascia ipotizzare, anche in questo caso, un utilizzo inappropriato e il mancato il rispetto della gradualità terapeutica in

relazione alle condizioni di rischio del paziente, prevista dalle citate Linee Guida GOLD 2026.

- c) **Farmaci antibiotici – J01**, il cui grado di consumo regionale è soggetto a periodica valutazione da parte del Comitato LEA interministeriale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), quale parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa del FSN, prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n.135/2012). Nell'ambito del suddetto Nuovo Sistema di Garanzia, è previsto, tra l'altro, uno specifico indicatore appartenente al sottoinsieme "CORE" denominato D14C *"Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici"* per verificare il rispetto del valore soglia (in termini consumo di antibiotici in DDD/1000 abitanti) stabilito dal Comitato LEA e, rispetto al quale, nell'area "Direzionale – Controllo Strategico" del sistema informativo Edotto è implementato uno specifico cruscotto di monitoraggio. Sulla base dei dati estratti dal suddetto cruscotto di monitoraggio è possibile rilevare che:
- nel corso del 2025, il valore registrato a livello regionale per l'indicatore NSG D14C è risultato complessivamente pari a 6.397 e, seppur con un *trend* in lieve diminuzione rispetto al 2024 (-2,85%), risulta superiore sia al valore soglia minimo (pari a n. 5972 DDD/1000 abitanti) che a quello utile al raggiungimento del punteggio massimo (pari a n. 4762 DDD/1000 abitanti) stabiliti dal Comitato LEA;
 - l'analisi dei dati di dettaglio relativi alle singole ASL evidenzia che, ad eccezione della sola ASL BR, nel 2025, nessuna Azienda Sanitaria Locale registra un punteggio entro il valore soglia minimo e che, nessuna Azienda Sanitaria risulta aver raggiunto un valore soglia utile al raggiungimento del punteggio massimo;
 - i suddetti dati evidenziano che le numerose azioni poste in essere dalla Regione Puglia ai fini del corretto uso dei farmaci antibiotici (da ultimo con D.G.R. 499/2024 e nota circolare prot. n. 0195020/2026 del 10/04/2026 recante "D.M. 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il Monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria" – Indicatore D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici. – Sollecito azioni finalizzate alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva") non sono state a pieno recepite da parte delle Aziende del SSR e hanno determinato, nel caso specifico, inadempienza della Regione sul rispetto del valore soglia per l'indicatore NSG D14C.
- d) **Farmaci Antipertensivi (Sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina) – C09**, il cui incremento di spesa e consumi è sostanzialmente riconducibile ai farmaci a base del p.a. Olmesartan (+2 milioni di euro circa vs 2024) sia nelle

formulazioni in monoterapia che in associazione. I farmaci a base di tale principio attivo sono caratterizzati da un costo medio per DDD superiore sia agli altri medicinali riferibili alla categoria dei Sartani (+42,4%) che ai farmaci appartenenti alla categoria degli ACE-Inibitori (+51,2%). Si evidenzia, infatti, che la spesa totale regionale registrata per farmaci di cui all'ATC C09 nel 2025 è risultata pari a **circa 86 milioni di euro**, rispetto alla quale, la spesa per farmaci a base del p.a. Olmesartan è risulta pari ad **euro 32,2 milioni** (ovvero pari al 36,8% sull'intera categoria terapeutica e al 57% sulla classe dei Sartani). All'uopo si evidenzia che, sebbene anche l'ultimo aggiornamento delle Linee Guida ESH 2024 per il trattamento dell'ipertensione Arteriosa redatta dalla *European Society of Hypertension* identifichi, indifferentemente, sia i farmaci ACE-Inibitori che i Sartani tra le terapie farmacologiche di elezione per il trattamento dell'ipertensione, nella Regione Puglia viene registrato un anomalo consumo prevalente di farmaci a base di Olmesartan a maggior costo, potenzialmente imputabile a prescrizioni inappropriate.

- e) **Farmaci Psicolettici – N05**, il cui incremento di spesa e consumi è sostanzialmente riconducibile, ai medicinali a base dei p.a. Clobazam (+0,8 milioni di euro circa vs 2024) nella formulazione in sospensione. Atteso che tale medicinale ad alto costo non rappresenta una terapia di prima linea in quanto è autorizzato:

- come terapia aggiuntiva per l'epilessia negli adulti e nei bambini con più di due anni di età e solo se il trattamento standard con uno o più anticonvulsivi non ha funzionato;
- nei bambini da un mese a due anni di età soltanto in situazioni eccezionali, quando vi sia una chiara indicazione di epilessia;

l'elevato incremento di spesa e consumi registrato a livello regionale (con particolare riferimento alla ASL BA) nel corso del 2025 lascia ipotizzare un utilizzo inappropriato, al di fuori delle limitazioni stabilite dall'AIFA per tale medicinale.

- f) **Farmaci Psicoanalettici – N06 e farmaci Antiepilettici – N03**, il cui incremento di spesa e consumi è sostanzialmente riconducibile, rispettivamente, ai medicinali a base dei p.a. Duloxetina (+0,4 milioni di euro circa vs 2024) e Pregabalin (+0,6 milioni di euro circa vs 2024) verosimilmente in conseguenza dell'abrogazione, intervenuta a fronte della Determina AIFA n. 1011/2025 del 25/07/2025, delle limitazioni, in termini di indicazioni terapeutiche autorizzate in regime SSN, precedentemente stabilite per tali medicinali dalla Nota AIFA n. 4 a cui gli stessi erano soggetti. Atteso che, la citata disposizione AIFA prevede altresì che "(...) le Regioni e le aziende sanitarie sono comunque tenute a verificare l'appropriatezza delle prescrizioni in ambito territoriale dei farmaci oggetto del presente provvedimento, effettuate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta (...)" e che, con particolare riferimento ai farmaci a base del principio attivo

Pregabalin, pur a fronte dell'intervenuta abrogazione della nota AIFA n. 4, non è prevista dall'AIFA la prescrivibilità a carico del SSN per l'indicazione terapeutica "disturbo d'ansia generalizzato" in quanto, sebbene autorizzata in scheda tecnica, non risulta approvata in regime di rimborso SSN. In ragione di quanto sopra, è possibile ipotizzare che il suddetto incremento di spesa registrato a livello regionale risulti riferibile a prescrizioni inappropriate per la citata indicazione terapeutica non approvata dall'AIFA in regime SSN, pertanto, risulta necessario potenziare le azioni di verifica e monitoraggio sull'appropriatezza delle prescrizioni relative anche ai suddetti medicinali, in linea con le disposizioni già precedentemente emanate dalla Regione con nota circolare Prot. n. 0031886/2026 del 21/01/2026.

- g) Farmaci per terapia biliare ed epatica – A05**, il cui incremento di spesa e consumi è sostanzialmente riconducibile ai farmaci a base dei p.a. Acido Ursodesossicolico e Acido Taurodesossicolico (+ 0,6 milioni di euro circa vs 2024) verosimilmente in conseguenza dell'abrogazione, intervenuta a fronte della Determina AIFA n. 1033/2025 del 30/07/2025, delle limitazioni, in termini di indicazioni terapeutiche autorizzate in regime SSN, precedentemente stabilite per tali medicinali dalla Nota AIFA n. 2 a cui gli stessi erano soggetti. Atteso che la citata disposizione AIFA prevede altresì che *"(...) le Regioni e le aziende sanitarie sono comunque tenute a verificare l'appropriatezza delle prescrizioni in ambito territoriale dei farmaci oggetto del presente provvedimento, effettuate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta (...)"* risulta pertanto necessario potenziare le azioni di verifica e monitoraggio sull'appropriatezza delle prescrizioni relative anche ai suddetti medicinali.
- h) Vitamina D – A11**, il cui incremento di spesa e consumi è sostanzialmente riconducibile ai farmaci a base del p.a. Colecalciferolo (+0,5 milioni di euro circa vs 2024), in contrasto con le disposizioni già precedentemente emanate dalla Regione con D.G.R 1851/2019 ai fini della razionalizzazione della spesa per tali farmaci.

Ritenuto, pertanto, necessario:

- stabilire che i Direttori Generali e Sanitari delle Aziende SSR provvedano con urgenza:
 - a) al potenziamento delle azioni di verifica sull'appropriatezza delle prescrizioni emesse nel canale della farmaceutica convenzionale (con particolare riferimento alle categorie terapeutiche prioritarie richiamate in narrativa) collegate all'assegnazione di obiettivi specifici aziendali, rivolti sia ai medici prescrittori che agli uffici aziendali e distrettuali preposti alla verifica di appropriatezza e al periodico monitoraggio e controllo di gestione;
 - b) a garantire il rispetto, a livello aziendale e distrettuale, dei valori soglia per l'indicatore NSG appartenente al sottoinsieme "CORE", denominato D14C

“Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici”, rispetto al quale, nella sezione “*Direzionale – Controllo Strategico*” del Sistema Informativo Regionale Edotto è implementato specifico cruscotto per il monitoraggio a livello aziendale e distrettuale;

- c) alla calendarizzazione di *audit* periodici a livello distrettuale con i MMG/PLS, finalizzati a dare massima divulgazione a tutti i medici prescrittori degli obiettivi di contenimento aziendali stabiliti per suddette le categorie terapeutiche “prioritarie”, con indicazione delle azioni correttive da porre in essere e *feedback* periodici sullo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi;
- d) a dare attuazione alle disposizioni di cui alla D.G.R. 1109/2023, finalizzate al potenziamento del *Primo Ciclo Terapeutico* dopo dimissione da ricovero/visita specialistica ambulatoriale e alla distribuzione diretta dei farmaci a pazienti in ADI/RSA/RSSA, secondo quanto previsto dall’art. 8, comma 1, lett. b) e c) della L. 405/2001 e s.m.i., dal R.R. n. 3/2013 e dal R.R. n. 17/2017; nell’ambito di tale azione, particolare importanza riveste l’individuazione, a livello distrettuale delle ASL, di pazienti *outlier* cronici pluritrattati con farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata inclusi nel Prontuario Regionale del Primo Ciclo di cui alla D.G.R. 1109/2023, da prendere in carico a cura dei servizi farmaceutici delle ASL in distribuzione diretta;
- provvedere alla rimodulazione degli obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata assegnati con D.G.R. n. 1175/2025 per il 2026 e assegnare i valori massimi per il 2027–2028, secondo quanto riportato nell’Allegato A al presente provvedimento (quale parte integrante e sostanziale dello stesso) a seguito sia delle valutazioni di impatto derivante dall’effetto congiunto della nuova remunerazione delle farmacie (di cui all’art. 1, commi 223-228, della L. 213/2023) e della riclassificazione da fascia A–PHT a fascia A–SSN di farmaci disposta dall’AIFA, sia del valore aggiornato del fondo sanitario regionale, come rilevato dal report AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica Gennaio/Dicembre 2025.
- stabilire che i valori massimi di spesa riportati nell’Allegato A, potranno essere oggetto di eventuale rimodulazione, sulla base di successive valutazioni in merito al *trend* di incremento/decremento della spesa farmaceutica convenzionata registrato a livello medio nazionale oltre che alla determinazione del valore definitivo fondo sanitario regionale per le rispettive annualità, come rilevato dalle reportistiche Aifa sul monitoraggio della spesa farmaceutica, periodicamente pubblicate sul portale istituzionale della stessa Agenzia.

Vista:

la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;

la D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale".

Si ritiene che, alla luce delle risultanze istruttorie sussistano i presupposti di fatto e di diritto per:

approvare l'Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la rimodulazione degli obiettivi di contenimento sulla spesa farmaceutica convenzionata ai sensi della L.R. n. 7/2022 per il 2026 e l'assegnazione dei valori massimi per il 2027-2028.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE".

ESITO VALUTAZIONE IMPATTO DI GENERE: Neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4, lett. d) della L.R. 7/1997, al fine di rimodulare i Tetti di spesa, di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023 e gli Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022, per la spesa farmaceutica convenzionata ASL per l'anno 2026 e, contestualmente, assegnare i valori massimi per gli anni 2027 e 2028, si propone alla Giunta regionale:

- 1) **Di approvare** quanto riportato nel documento istruttorio, che qui si intende integralmente richiamato.
- 2) **Di stabilire** che i Direttori Generali e Sanitari delle Aziende SSR provvedano con urgenza:
 - a) al potenziamento delle azioni di verifica sull'appropriatezza delle prescrizioni emesse nel canale della farmaceutica convenzionale (con particolare riferimento alle categorie terapeutiche prioritarie richiamate in narrativa) collegate all'assegnazione di obiettivi specifici aziendali, rivolti sia ai medici prescrittori che agli uffici aziendali e distrettuali preposti alla verifica di appropriatezza e al periodico monitoraggio e controllo di gestione;
 - b) a garantire il rispetto, a livello aziendale e distrettuale, dei valori soglia per l'indicatore NSG appartenente al sottoinsieme "CORE", denominato D14C

“Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici”, rispetto al quale, nella sezione “*Direzionale – Controllo Strategico*” del Sistema Informativo Regionale Edotto è implementato specifico cruscotto per il monitoraggio a livello aziendale e distrettuale;

- c) alla calendarizzazione di *audit* periodici a livello distrettuale con i MMG/PLS, finalizzati a dare massima divulgazione a tutti i medici prescrittori degli obiettivi di contenimento aziendali stabiliti per le suddette categorie terapeutiche “prioritarie”, con indicazione delle azioni correttive da porre in essere e *feedback* periodici sullo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi;
 - d) a dare attuazione alle disposizioni di cui alla D.G.R. 1109/2023, finalizzate al potenziamento del *Primo Ciclo Terapeutico* dopo dimissione da ricovero/visita specialistica ambulatoriale e alla distribuzione diretta dei farmaci a pazienti in ADI/RSA/RSSA, secondo quanto previsto dall’art. 8, comma 1, lett. b) e c) della L. 405/2001 e s.m.i., dal R.R. n. 3/2013 e dal R.R. n. 17/2017; nell’ambito di tale azione, particolare importanza riveste, altresì, l’individuazione, a livello distrettuale, di pazienti *outlier* cronici pluritrattati con farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata presenti nel Prontuario Regionale del Primo Ciclo di cui alla D.G.R. 1109/2023, da prendere in carico a cura dei servizi farmaceutici delle ASL in distribuzione diretta.
- 3) **Di approvare** l’Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- 4) **Di approvare** la rimodulazione rispettivamente, dei Tetti di spesa, di cui all’art. 1, co. 223, L. 213/2023 e degli Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022, per la spesa farmaceutica convenzionata per il 2026 e l’assegnazione dei valori massimi per il 2027-2028, secondo quanto riportato nelle Tabelle 1 e 2 dell’Allegato A al presente provvedimento.
- 5) **Di stabilire** che i valori massimi di spesa riportati nelle Tabelle 1 e 2 dell’Allegato A, potranno essere oggetto di eventuale rimodulazione, sulla base di successive valutazioni in merito al *trend* di incremento/decremento della spesa farmaceutica convenzionata registrato a livello medio nazionale oltre che alla determinazione del valore definitivo del fondo sanitario regionale per le rispettive annualità, come rilevato dalle reportistiche AIFA sul monitoraggio della spesa farmaceutica, periodicamente pubblicate sul portale istituzionale della stessa Agenzia.
- 6) **Di dare atto** che la suddetta rimodulazione è stata determinata tenendo conto sia della variazione del valore del Fondo Sanitario Regionale (facendo riferimento al valore del FSR 2025 provvisorio, come rilevato dal Report AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica Gennaio/Dicembre 2025), sia delle motivazioni riportate nel documento istruttorio.

- 7) **Di dare atto** che, la suddetta rimodulazione, con particolare riferimento agli Obiettivi di contenimento ai sensi della L.R. 7/2022, è finalizzata a contenere il tasso di incremento annuo della spesa regionale vs anno precedente entro:
- il +6,73% per il 2026 (ovvero inferiore del -1,08% rispetto al tasso di incremento registrato nel corso del 2025 e nei primi 5 mesi 2026, pari al 7,81%);
 - il +6,5% per il 2027 e 2028 (ovvero inferiore del -1,31% rispetto al tasso di incremento registrato nel corso dei primi 5 mesi 2026, pari al 7,81%).
- 8) **Di dare atto** che, gli importi massimi di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Allegato A, sono stati ripartiti tra le Aziende del SSR tenendo conto, in maniera proporzionale, del *trend* di spesa netta convenzionata riportata sulle DCR delle farmacie registrate nel sistema Edotto dalle stesse Aziende nel periodo Gennaio/Maggio 2026.
- 9) **Di dare atto** che il valore massimo di € 607.752.816 riferito al tetto di spesa regionale di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023 è inclusivo della spesa netta (sottratta di tutti i *payback*) e del *ticket* fisso a carico del cittadino (disposto con provvedimento regionale ai sensi dell'art. 4, comma 3, lettera a), del D.L. 18/09/2001 n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111 e s.m.i.).
- 10) **Di stabilire** che la verifica in merito al rispetto degli Obiettivi di contenimento aziendali ai sensi della L.R. 7/2022 per gli anni 2026-2027-2028 venga effettuata sulla base dei dati rilevabili dal sistema informativo regionale Edotto inerenti alla spesa farmaceutica convenzionata netta aziendale riportata nelle Distinte riepilogative Contabili (DCR) registrate nello stesso sistema da parte delle ASL.
- 11) **Di stabilire** che, la verifica in merito ai Tetti di spesa di cui all'art. 1, co. 223, L. 213/2023, per gli anni 2026-2027-2028, venga effettuata con metodologia analoga a quella utilizzata dall'AIFA per la verifica del rispetto del tetto di spesa convenzionata regionale di cui all'art. 1, comma 223 della L. 213/2023, ovvero tenendo conto della spesa farmaceutica convenzionata netta rilevata dalle DCR delle farmacie registrate sul sistema Edotto dalle singole ASL, al lordo del *ticket* fisso a carico del cittadino (disposto con provvedimento regionale ai sensi dell'art. 4, comma 3, lettera a), del D.L. 18/09/2001 n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111 e s.m.i.) e al netto del valore dei *payback* convenzionata (calcolati dall'AIFA).
- 12) **Di confermare** le restanti disposizioni precedentemente emanate con la D.G.R. 499/2024 e ss.mm.ii. di cui alla D.G.R. 1175/2025 ai fini del contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- 13) **Di dare mandato** alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa di provvedere alla notifica del presente provvedimento alle Aziende pubbliche del SSR, alla Sezione Programmazione e monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina convenzionata per quanto di competenza in attuazione della L.R. 7/2022 e s.m.i., alla Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina per gli adempimenti

relativi agli adeguamenti necessari sul sistema Edotto, alla società Exprivia, all'A.Re.S.S. Puglia e alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport.

14) **Di pubblicare** il presente provvedimento sul BURP in versione integrale.

15) **Di dare atto** che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 5, co. 3, lettere da a) ad e) delle Linee guida sul "*Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia*", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397.

IL FUNZIONARIO:

(Raffaele Sarnacchiaro)

firma

RAFFAELE
SARNACCHIARO
10.07.2026
15:22:28
GMT+02:00

IL FUNZIONARIO:

(Silvia Rita Mastromarino)

firma

SILVIA RITA
MASTROMARINO
10.07.2026 15:08:57
GMT+02:00

IL RESPONSABILE E.Q. "Controllo di gestione, *governance* e analisi":

(Antonio Vieli)

firma

ANTONIO
VIELI
10.07.2026
15:03:47
GMT+02:00

IL DIRIGENTE di Sezione "Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa":

(Paolo Stella)

firma

PAOLO
STELLA
10.07.2026
14:36:36
GMT+02:00

Il Direttore, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

IL DIRETTORE di Dipartimento "Salute e Benessere":

(Vito Montanaro)

firma

VITO
MONTANARO
10.07.2026
17:53:14
GMT+02:00

L'ASSESSORE con delega in materia di "Salute e Benessere"

(Donato Pentassuglia)

DONATO
PENTASSUGLIA
13.07.2026
08:14:59
GMT+02:00

ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

firma

ALLEGATO A – TABELLA 1

VALORI MASSIMI DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNI 2026-2027-2028		
FONDO SANITARIO REGIONALE 2025 (PROVVISORIO)		
8.937.541.408		
TETTO DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2026/2027/2028 ART. 1 CO. 223 L. 213/2023		
607.752.816		
AZIENDA SANITARIA	INCIDENZA SPESA CONVENZIONATA NETTA DCR GENNAIO/MAGGIO 2026	TETTO DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA PER SINGOLA AZIENDA SANITARIA LOCALE 2026/2027/2028
ASL BARI	31,20%	189.626.975
ASL BRINDISI	9,66%	58.680.647
ASL BT	9,15%	55.610.998
ASL FOGGIA	14,66%	89.103.523
ASL LECCE	20,28%	123.250.035
ASL TARANTO	15,05%	91.480.638
REGIONE PUGLIA	100,00%	607.752.816

TABELLA 2

OBIETTIVI DI CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2026/2027/2028 (ART. 3 CO. 4, L.R. n. 7/2022)				
AZIENDA SANITARIA	INCIDENZA SPESA CONVENZIONATA NETTA DCR GENNAIO/MAGGIO 2026	2026	2027	2028
		OBIETTIVO DI CONTENIMENTO L.R. n. 7/2022 SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA PER SINGOLA AZIENDA SANITARIA LOCALE	OBIETTIVO DI CONTENIMENTO L.R. n. 7/2022 SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA PER SINGOLA AZIENDA SANITARIA LOCALE	OBIETTIVO DI CONTENIMENTO L.R. n. 7/2022 SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA PER SINGOLA AZIENDA SANITARIA LOCALE
		201.248.592	214.329.751	228.261.185
		62.276.992	66.324.996	70.636.121
		59.019.214	62.855.463	66.941.068
		94.564.387	100.711.072	107.257.292
		130.803.626	139.305.862	148.360.743
		97.087.188	103.397.855	110.118.716
REGIONE PUGLIA	100,00%	645.000.000	686.925.000	731.575.125

TABELLA 3

Confronto della spesa farmaceutica convenzionata rilevata da DCR nel periodo Gennaio-dicembre 2025, nelle singole regioni, rispetto
allo stesso periodo dell'anno precedente.

Regione	Spesa lorda Gen-dic 25*	Spesa lorda Gen-dic 24*	Var assoluta	Var %	Spesa lorda convenzionata Gen-dic 25†	Spesa lorda convenzionata Gen-dic 24†	Var assoluta	Var %	Spesa Netta Convenzionata Gen-dic 25*	Spesa Netta Convenzionata Gen-dic 24*	Var assoluta	Var %
PIEMONTE	663.919.194	632.979.679	30.939.514	4,9	645.306.178	623.356.184	21.949.993	3,5	587.403.938	558.354.728	29.049.210	5,2
V. D'AOSTA	18.221.694	17.276.266	945.428	5,5	17.815.428	17.090.354	725.073	4,2	14.739.362	13.809.879	929.483	6,7
LOMBARDIA	2.060.040.448	1.899.404.554	160.635.894	8,5	1.894.695.210	1.785.908.401	108.786.808	6,1	1.609.042.332	1.485.909.075	123.133.257	8,3
P.A. BOLZANO	65.020.900	60.652.011	4.368.888	7,2	61.780.436	58.495.508	3.284.929	5,6	50.502.627	46.883.751	3.618.876	7,7
P.A. TRENTO	82.722.182	79.454.263	3.267.919	4,1	80.097.577	77.772.529	2.325.047	3,0	72.947.559	69.994.812	2.952.747	4,2
VENETO	697.935.508	668.980.523	28.954.985	4,3	676.741.457	655.822.662	20.918.795	3,2	547.589.020	520.579.573	27.009.446	5,2
FRIULI V.G.	196.071.819	185.914.394	10.157.425	5,5	189.876.948	182.708.194	7.168.754	3,9	172.185.690	163.436.781	8.748.909	5,4
LIGURIA	250.959.633	245.114.714	5.844.918	2,4	243.132.153	240.155.788	2.976.365	1,2	197.574.164	192.788.896	4.785.267	2,5
E. ROMAGNA	619.374.299	608.985.302	10.388.997	1,7	615.834.172	609.673.799	6.160.373	1,0	518.896.781	537.809.196	-18.912.415	-3,5
TOSCANA	541.063.195	527.711.119	13.352.076	2,5	530.638.251	521.501.241	9.137.010	1,8	480.282.782	465.572.984	14.709.798	3,2
UMBRIA	141.861.008	137.724.587	4.136.421	3,0	138.474.005	135.650.786	2.823.219	2,1	122.295.749	118.326.600	3.969.149	3,4
MARCHE	274.314.289	260.860.634	13.453.655	5,2	265.553.844	255.098.239	10.455.605	4,1	235.991.350	223.397.319	12.594.031	5,6
LAZIO	1.066.503.563	1.035.619.831	30.883.733	3,0	1.018.610.033	1.002.034.647	16.575.386	1,7	863.177.992	833.294.354	29.883.637	3,6
ABRUZZO	247.361.337	238.363.090	8.998.246	3,8	240.757.057	233.350.098	7.406.960	3,2	207.670.052	197.709.484	9.960.568	5,0
MOLISE	57.806.996	53.921.546	3.885.450	7,2	57.171.792	53.963.311	3.208.480	5,9	47.056.476	43.961.894	3.094.582	7,0
CAMPANIA	1.099.017.862	1.053.343.724	45.674.138	4,3	1.049.782.006	1.021.288.692	28.493.314	2,8	839.634.440	802.027.445	37.606.995	4,7
PUGLIA	765.191.638	730.829.972	34.361.666	4,7	732.841.854	706.896.072	25.945.782	3,7	604.366.534	572.932.489	31.434.045	5,5
BASILICATA	112.223.301	108.154.758	4.068.543	3,8	108.199.360	102.384.642	5.814.718	5,7	94.756.163	88.231.767	6.524.396	7,4
CALABRIA	379.011.313	359.142.236	19.869.077	5,5	368.018.340	353.184.484	14.833.856	4,2	310.084.123	292.075.528	18.008.595	6,2
SICILIA	867.960.191	832.052.988	35.907.203	4,3	832.887.761	812.163.195	20.724.566	2,6	675.525.026	645.989.026	29.536.000	4,6
SARDEGNA	307.680.286	295.328.033	12.352.252	4,2	295.683.986	286.697.788	8.986.198	3,1	263.577.204	252.597.457	10.979.747	4,3
ITALIA	10.514.260.65	10.031.814.22	482.446.430	4,8	10.063.897.848	9.735.196.614	328.701.234	3,4	8.515.299.364	8.125.683.040	389.616.324	4,8

* Importo lordo (prezzo al pubblico per confezione) a lordo Iva.
† da marzo 2024 spesa lorda calcolata sulla base della nuova normativa (Legge di bilancio 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1 commi 225-227).
* Spesa netta come da DCR al netto della compartecipazione totale, degli sconti SSN e delle rettifiche regionali (cfr tab 2).

TABELLA 4

FARMACI CON MAGGIORE INCREMENTO DI SPESA CONVENZIONATA LORDA
2025 VS 2024
ATC II LIVELLO



TABELLA 5

FARMACI CON MAGGIORE RIDUZIONE DI SPESA CONVENZIONATA LORDA

2025 VS 2024

ATC II LIVELLO

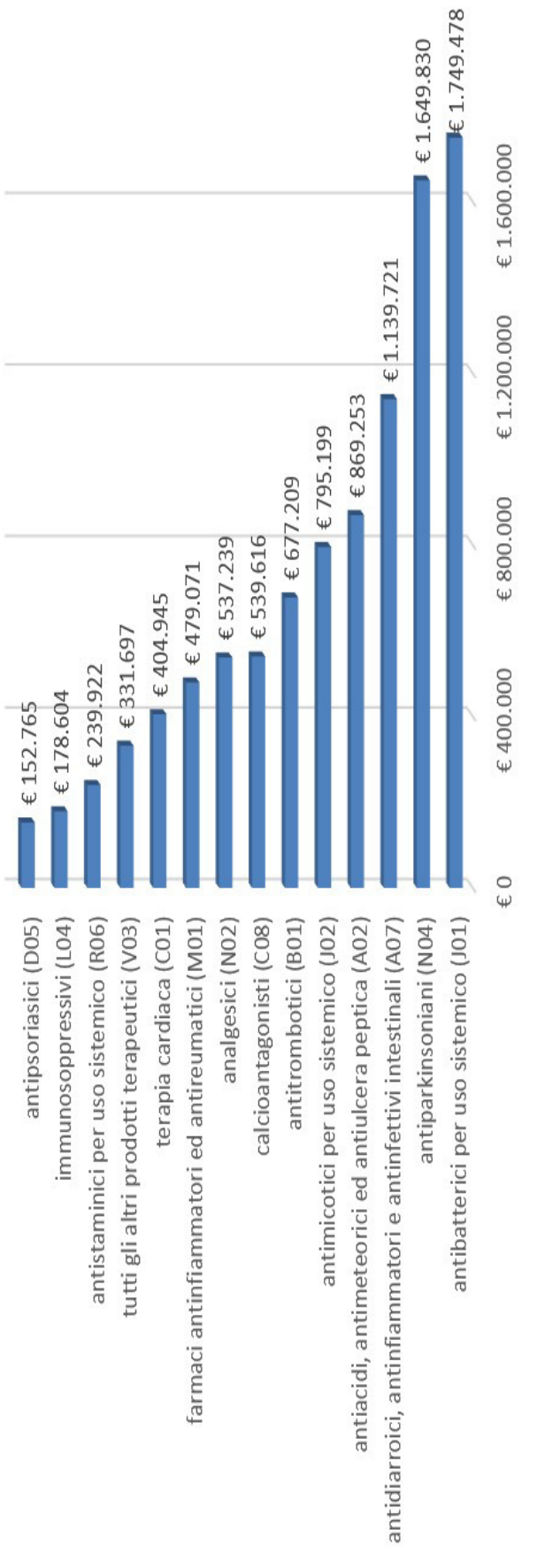


TABELLA 6

AMBITO AZIONE DI CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA: CONVENZIONATA	
RIFERIMENTI ATTI ADOTTATI DALLA GIUNTA REGIONALE / CIRCOLARI DEL DIPARTIMENTO SALUTE REGIONALE	CATEGORIA DI FARMACI OGGETTO DEL PROVVEDIMENTO REGIONALE
D.G.R. 2034 del 15/12/2016	STATINE (ATC C10)
D.G.R. 177 del 14/02/2017	ANTIMICROBICI (ATC C10)
D.G.R. 250 del 28/02/2017	INIBITORI DI POMPA PROTONICA (ATC A02)
D.G.R. 473 del 28/03/2017	FARMACI PER ASMA E BPCO (ATC R03)
D.G.R. 700 del 09/05/2017	FARMACI PER L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (ATC G04CB)
D.G.R. 870 del 07/06/2017	FARMACI PER L'IPERURICEMIA CRONICA (ATC M04A)
D.G.R. 1019 del 27/06/2017	FARMACI ANTINFIAMMATORI (ATC M01)
REGOLAMENTO REGIONALE N. 17/2017	TUTTI I FARMACI DI FASCIA "A" EROGABILI DALLE AZIENDE PUBBLICHE DEL SSR IN DISTRIBUZIONE DIRETTA PER IL "PRIMO CICLO" TERAPEUTICO DI FARMACI PRESCRITTI DOPO DIMISSIONE DA RICOVERO O VISITA SPECIALISTICA
Determina Dirigenziale n. 2/2018	TETTI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2018
D.G.R. 630 DEL 04/03/2019	TETTI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2019 E INDIVIDUAZIONE CATEGORIE TERAPEUTICHE PRIORITARIE SULLE QUALI FOCALIZZARE AZIONI DI VERIFICA E CONTROLLO SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
D.G.R. 1851 DEL 14/10/2019	FARMACI A BASE DI VITAMINA D (ATC A11)
Note AOO_081/19/07/2019/0003605 e AOO_081/30/12/2019/0006283	UTILIZZO FARMACI BIOSIMILARI A MINOR COSTO A BASE DEL PRINCIPIO ATTIVO INSULINA LISPRO
D.G.R. 251 del 02/03/2020	TETTI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2020 E INDIVIDUAZIONE CATEGORIE TERAPEUTICHE PRIORITARIE SULLE QUALI FOCALIZZARE AZIONI DI VERIFICA E CONTROLLO SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
D.G.R. 2145 del 16/12/2021	FARMACI ANTITROMBOTICI (ATC B01)
D.G.R. 203 del 08/02/2021	TETTI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2021 E INDIVIDUAZIONE CATEGORIE TERAPEUTICHE PRIORITARIE SULLE QUALI FOCALIZZARE AZIONI DI VERIFICA E CONTROLLO SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
D.G.R. 132 del 15/02/2022	TETTI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2022 E INDIVIDUAZIONE CATEGORIE TERAPEUTICHE PRIORITARIE SULLE QUALI FOCALIZZARE AZIONI DI VERIFICA E CONTROLLO SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
D.G.R. 1724 del 29/11/2022	ULTERIORI INTERVENTI FINALIZZATI AL CONTENIMENTO DELLA SPESA - FOCUS SUI PRIMI 30 ATC A MAGGIORE SPESA A LIVELLO NAZIONALE
D.G.R. 511 del 17/04/2023	TETTI DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 2023 IN ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALLA D.G.R. n. 412/2023

D.G.R. 1108 del 31/07/2023	MISURE PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA – FARMACI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (PPI)
D.G.R. 1109 del 31/07/2023	MISURE PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA – DISTRIBUZIONE DIRETTA ADI/RSA/RSSA E PRIMO CICLO TERAPEUTICO
D.G.R. 499 del 22/04/2024	OBIETTIVI DI CONTENIMENTO SULLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA AI SENSI DELLA L.R. 7/2022 PER SINGOLA ASL PER IL 2024-2025-2026
D.G.R. 1175 del 11/08/2025	RIMODULAZIONE OBIETTIVI DI CONTENIMENTO SULLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA AI SENSI DELLA L.R. 7/2022 PER SINGOLA ASL PER IL 2024-2025-2026
Nota Prot. n.0031886/2026 del 21/01/2026	VERIFICA URGENTE APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI PER FARMACI EX NOTA AIFA N. 4
Nota Prot. n.195020/2026 del 10/04/2026	INDICATORE D14C: CONSUMO DI FARMACI SENTINELLA/TRACCianti PER 1.000 ABITANTI. ANTIBIOTICI. – SOLLECITO AZIONI FINALIZZATE ALLA VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA