

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
gennaio - settembre 2013



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

L'uso dei Farmaci in Italia

**Rapporto Nazionale
gennaio - settembre 2013**

Roma, gennaio 2014

Agenzia Italiana del Farmaco

Direttore Generale: *L. Pani*

Gruppo di lavoro del presente rapporto

Coordinamento: *P. Russo, P.D. Siviero* – Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma
A. Cangini, L.A.A. Muscolo, P. Russo, P.D. Siviero
- Ministero della Salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Roma
C. Biffoli, M.C. Brutti, R. Ugenti
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), Roma
G. Bissoni, F. Moirano, E. Pieroni
- Clicon S.r.l., Ravenna
L. Degli Esposti, S. Saragoni, D. Sangiorgi, C. Veronesi, V. Blini, E. Degli Esposti, S. Buda

PER LE ATTIVITÀ DI DATAWAREHOUSING, ELABORAZIONE STATISTICA E CONTROLLO DI QUALITÀ:

D. Barbato, E. Fabrizi, A. Pierantozzi, M. Troilo

PER LE ATTIVITÀ DI EDITING, IMPAGINAZIONE E GRAFICA:

- AIFA - Ufficio Stampa e della Comunicazione
A. Gasparini, I. Comessatti

Citare il presente Rapporto come segue:

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Gennaio-Settembre 2013. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2014.

The Medicines Utilization Monitoring Centre. National Report on Medicine use in Italy. January-September 2013. Rome: Italian Medicines Agency, 2014.

Il rapporto è disponibile consultando il sito web
www.agenziafarmaco.gov.it

Contributi

Si ringraziano Federfarma e Assofarm per aver fornito i dati di prescrizione farmaceutica convenzionata.

Si ringraziano le seguenti ASL/Regioni per aver contribuito al calcolo degli indicatori progettati nell'ambito del progetto Health-DB e per aver messo a disposizione i dati contenuti nei propri flussi informativi:

1. Azienda per Servizi Sanitari n. 1 Triestina (Regione Friuli Venezia Giulia)
Referenti: S. Palcic, A. Pettinelli;
2. Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia)
Referenti: C. Cattaruzzi, L. Marcuzzo;
3. AULSS 20 di Verona (Regione Veneto)
Referenti: L. Mezzalira, M. Andretta, L. Trentin;
4. ASL della Provincia di Bergamo (Regione Lombardia)
Referenti: F. Atzeni, M. Gambera, M. Zambetti;
5. ASL Pavia (Regione Lombardia)
Referenti: S. Migliazza, M. Dellagiovanna, C. Cerra;
6. AUSL di Piacenza (Regione Emilia Romagna)
Referente: S. Radici;
7. AUSL di Ferrara e AOU S. Anna Ferrara (Regione Emilia Romagna)
Referenti: P. Scanavacca, A. Campi, S. Bianchi;
8. AUSL 9 Grosseto (Regione Toscana)
Referenti: M. Pisani, P. Bonini, F. Lena;
9. AUSL 8 Arezzo (Regione Toscana)
Referente: B. Vujovic;
10. AUSL 1 Massa e Carrara (Regione Toscana)
Referente: M. Dal Maso, B. Marsiglia;
11. AUSL Roma A (Regione Lazio)
Referenti: G. Riccioni, A. Meneghini;
12. AUSL Roma D (Regione Lazio)
Referenti: R. Di Turi, V. Fano;
13. ASL Frosinone (Regione Lazio)
Referenti: F. Ferrante, S. Crescenzi;
14. AUSL 4 Teramo (Regione Abruzzo)
Referenti: I. Senesi, R. Baci;
15. ASL Caserta (Regione Campania)
Referente: M.G. Tari;
16. Azienda Sanitaria Provinciale 3 Catania (Regione Sicilia)
Referenti: F. Rapisarda, P.L. Lazzaro.

Si ringrazia M. Di Barbora (Farmadati) per aver fornito i dati dell'anagrafica delle specialità medicinali.

Si ringrazia IMS Health per aver fornito i dati di prescrizione farmaceutica a carico del cittadino.

L'USO DEI FARMACI IN ITALIA: SINTESI DEI RISULTATI NEL PERIODO GENNAIO-SETTEMBRE 2013	6
ANDAMENTO NAZIONALE	6
ANDAMENTI REGIONALI	8
CONSUMI PER SINGOLA CATEGORIA TERAPEUTICA	10
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	20
DATI GENERALI DI SPESA E CONSUMO	20
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	26
Dinamica della prescrizione	26
Categorie terapeutiche e principi attivi	33
Farmaci a brevetto scaduto	38
ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	41
ACQUISTO DI FARMACI DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	41
DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO	46
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	52
MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA D'USO	56
NOTE METODOLOGICHE	58

L'USO DEI FARMACI IN ITALIA: SINTESI DEI RISULTATI NEL PERIODO GENNAIO-SETTEMBRE 2013

Il presente Rapporto ha l'obiettivo di offrire una descrizione dell'utilizzazione dei medicinali a livello nazionale e regionale, durante i primi nove mesi del 2013. Lo scenario offerto deriva dalla lettura delle informazioni raccolte attraverso i diversi flussi informativi, consentendo la ricomposizione dei consumi e dell'assistenza farmaceutica in Italia. In particolare, questo rapporto, oltre ad analizzare i dati relativi ai farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata, presenta i dati relativi ai medicinali utilizzati dai pazienti a fronte della loro dispensazione in distribuzione diretta e per conto, o nel contesto specifico dell'assistenza ospedaliera; un approfondimento specifico è dedicato all'analisi dell'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, ecc.). La nota metodologica agevolerà il lettore nell'interpretazione dei risultati, oltre a fornire i necessari dettagli tecnici.

ANDAMENTO NAZIONALE

Nei primi nove mesi del 2013 la **spesa farmaceutica nazionale totale** (pubblica e privata) è stata pari a 19,5 miliardi di euro (Tabella 1), di cui il 74,7% è stato rimborsato dal SSN. La **spesa farmaceutica territoriale pubblica** è stata pari a 8.799 milioni di euro (148,1 euro pro capite), con una riduzione del -3,9% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tale decremento è dovuto principalmente alla riduzione del -4,9% della spesa farmaceutica convenzionata netta, che si associa con una lieve riduzione del -0,3% della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto.

I **consumi in regime di assistenza convenzionata** sono in significativa crescita, con incrementi sia del numero di ricette, che delle confezioni, rispettivamente del +3,2% e del +2,6%; in media ogni giorno sono utilizzate 1.002,4 dosi ogni mille abitanti in crescita del +1,8% rispetto all'anno precedente, e sono state dispensate 839 milioni di confezioni (circa 14 confezioni per abitante).

Nel 2013 è stata riscontrata una crescente incidenza del 12,7% - sulla spesa convenzionata - della **compartecipazione a carico del cittadino** (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) rispetto al 12,1% registrato nel 2012. L'ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di classe A è risultata pari a 1.074 milioni di euro, in un aumento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente del +2,1%, attribuibile principalmente all'incremento del ticket fisso per ricetta (+5,0%), mentre la quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto è rimasta pressoché stabile (+0,3%). Il ticket per confezione, con un valore di spesa pari a 421 milioni di euro, ha pesato per il 39,2%, mentre la quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto, con 653 milioni di euro, ha inciso per il residuale 60,8% (Figura 1a, Tabella 1a e Tabella 2b).

La **spesa privata**, comprendente tutte le voci di spesa sostenute dal cittadino, ha registrato un incremento del +3,9%, dovuto all'incremento della spesa per i farmaci di fascia A acquistati direttamente dal cittadino (+11,2%), all'aumento della spesa per i farmaci per l'automedicazione (+9,0%), all'aumento della spesa per compartecipazioni nell'acquisto di medicinali (+2,1%) e alla riduzione della spesa per i farmaci di classe C con ricetta (-1,6%) (Tabella 2a).

Nei primi nove mesi del 2013 la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata pari a 102,4 euro pro capite (corrispondente a 6.114 milioni di euro, data da 2.117+3.997 di Tabella 1), in crescita del +3,3% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; in media ogni giorno sono utilizzate 148,2 dosi ogni mille abitanti in diminuzione del -20,3% rispetto all'anno precedente (Tabella 14).

Le principali componenti della diminuzione del -2,6% della spesa farmaceutica convenzionata (effetto quantità, prezzi e mix) rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, evidenziano un aumento delle quantità di medicinali prescritti (+1,9% in termini di dosi-definite-giornaliere, i.e. DDD), una diminuzione dei prezzi (-4,7%) e, infine, un lieve spostamento dei consumi da specialità medicinali meno costose verso quelle più costose (effetto mix positivo: +0,2%) (Tabella 5).

In termini di spesa a carico del SSN, si registrano andamenti opposti nel canale convenzionale (consumi in aumento +1,9% e spesa in forte decremento -2,6%, rispetto al 2012) rispetto a quello non convenzionale -dato dagli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche-, che invece è caratterizzato da consumi in riduzione e spesa crescente (rispettivamente -20,3% e +3,3%, rispetto al 2012) (Tabella 5 e 14).

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (Tabella 6), la categoria terapeutica dei farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresenta la prima sia in termini di spesa (45,7 euro pro capite), sia in termini di dosi medie prescritte (469,4 dosi ogni 1000 abitanti al giorno, di seguito DDD/1000 ab die); seguita dalla categoria dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, con una spesa pro capite di 24,4 euro e 151,6 DDD/1000 ab die.

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 15), la categoria terapeutica dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresenta la prima a maggiore incidenza in termini di spesa con 41,4 euro pro capite e la sesta in termini di dosi medie prescritte (8,8 DDD/1000 ab die); seguita da farmaci antimicrobici per uso sistemico, con una spesa pro capite di 19,0 euro e la settima in termini di dosi medie prescritte (5,9 DDD/1000 ab die).

In regime di assistenza convenzionata, l'utilizzazione di medicinali si concentra su un numero limitato di principi attivi; infatti, le prime 30 sostanze rappresentano il 40% della spesa farmaceutica lorda (Tabella 9).

I farmaci a brevetto scaduto rappresentano oramai il 46,0% della spesa farmaceutica convenzionata, in crescita rispetto al 2012 del +4,9%, e il 65,0% delle DDD totali, in crescita rispetto al 2012 del +7,7%. La percentuale di spesa per i farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di una copertura brevettuale) è stata pari al 29,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto (Tabella 12). Complessivamente, i primi venti principi attivi a brevetto scaduto rappresentano circa il 50% delle DDD; il lansoprazolo continua ad essere il principio attivo a brevetto scaduto a maggior spesa, seguito dal pantoprazolo, rispettivamente con una spesa di 196,8 e 195,2 milioni di euro (Tabella 13).

Nei primi mesi del 2013 la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è stata pari a 3,5 miliardi di euro, a sua volta composta per 2,8 miliardi di euro dalla spesa diretta in senso stretto (per ogni classe di rimborsabilità) e per 703 milioni di euro dai medicinali erogati in distribuzione per conto (Tabella 17). La spesa è costituita per il 57,6% dai farmaci di classe A, per il 41,3% dai farmaci

di classe H e dal rimanente 1,1% dai farmaci di classe C (Tabella 20). Tra i primi trenta principi attivi erogati in distribuzione diretta a maggior spesa si confermano il fattore VII ricombinante (161,5 milioni di euro), l'etanercept (145,2 milioni di euro) e l'adalimumab (142,2 milioni di euro) (Tabella 21).

Infine, relativamente all'**assistenza farmaceutica ospedaliera**, le analisi pubblicate nel presente rapporto hanno focalizzato l'attenzione esclusivamente sulla spesa. Tale scelta deriva da una rilevazione attraverso lo specifico flusso informativo delle unità posologiche dispensate, che è ancora in fase di completamento. La spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è stata pari a 1,9 miliardi di euro, per il 68,1% composta dai farmaci di classe H, per il 16,7% dai farmaci di classe C e per il restante 15,2% dai farmaci di classe A (Tabella 22).

I primi 30 principi attivi rappresentano il 48,0% della spesa e comprendono in prevalenza principi attivi che rientrano nella categoria degli antineoplastici. I primi tre principi attivi a maggiore spesa nei primi nove mesi del 2013, utilizzati in ambito ospedaliero, rimangono il trastuzumab (124,2 milioni di euro), il rituximab (90,9 milioni di euro) e il bevacizumab (77,9 milioni di euro).

La spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto e in ambito ospedaliero, trasmessa dalle regioni e registrata attraverso i flussi NSIS, presenta un variabile grado di completezza ed in ogni caso è soggetto ad un consolidamento progressivo in corso d'anno (il grado di aggiornamento è mostrato nelle Tabelle 18, 19 e 23).

Per la prima volta viene introdotto nel rapporto infrannuale, il **monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali**, costruiti sulla base della metodologia già dettagliata nel rapporto annuale 2012 (Tabella 25). L'obiettivo di questa analisi è quella di fornire una descrizione sintetica della direzione in cui si sta modificando l'utilizzazione di diverse categorie di medicinali, impiegati nelle principali malattie croniche.

ANDAMENTI REGIONALI

Nel corso dei primi nove mesi del 2013 le tre Regioni che hanno fatto registrare la **spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN** più elevata sono la Sicilia con 178,9 euro procapite (Tabella 3), la Campania 170,7 euro, la Puglia 163,7 euro; al contrario le Province Autonome di Trento e Bolzano e l'Emilia Romagna hanno mostrato la spesa pro capite più bassa pari rispettivamente a 109,1 euro, 95,7 euro e 109,6 euro; tali valori si assestano ben al di sotto della media nazionale di 141,2 euro. In tutte le regioni, ad eccezione di Umbria e Marche, è stata osservata una diminuzione della spesa, con le riduzioni maggiori in Sardegna (-7,8%), in Emilia Romagna (-5,5%) e nella Provincia Autonoma di Trento (-5,2%).

La **spesa pro capite dei farmaci di classe C con ricetta** mostra una variabilità regionale che oscilla tra i valori più elevati della Liguria (44,9 euro), del Lazio (41,1 euro) e della Toscana (40,3 euro), e i valori notevolmente più bassi del Molise (26,1 euro), della Basilicata (27,9 euro) e della P.A. di Bolzano (29,9 euro). Quasi tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa per i farmaci di classe C e i maggiori decrementi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente si registrano nelle Regioni Sardegna (-3,7%), Campania (-2,9%) e Lombardia (-2,8%).

Tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta, hanno registrato un incremento rispetto al 2012 della

spesa lorda pro capite di farmaci per automedicazione, con i maggiori incrementi in Sicilia (+13,0%), Molise (+12,6%) e Basilicata (+12,1%) (Tabella 3).

Dall'analisi della variabilità del consumo farmaceutico in regime convenzionale per quantità e costo medio per giornata di terapia emerge, anche nel 2012, la presenza di un gradiente Nord-Sud; con le Regioni del Sud che presentano consumi superiori al valore medio nazionale (Sicilia +12,7% oltre la media nazionale delle DDD/1000 abitanti die, Puglia +11,8% e Lazio +10,8%) e all'estremo opposto le Regioni del Nord che evidenziano consumi ben al di sotto del valore medio nazionale (P.A. di Bolzano -25,5%, Valle d'Aosta -14,6%, P.A. di Trento -12,8%). In termini di spesa, le Regioni con il costo medio per giornata di terapia più elevato sono la Campania (+14,4% oltre la media nazionale), la Sicilia (+12,5%) e l'Abruzzo (+8,6%), mentre i valori più bassi sono stati raggiunti in Emilia Romagna (-17,7%), Toscana (-16,9%) ed Umbria (-15,2%) (Tabella 4 e Figura 2).

La complessiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata nazionale nei primi nove mesi del 2013, rispetto al 2012, è riconducibile prevalentemente alla componente della riduzione dei prezzi che ha assunto le dimensioni più accentuate nella P.A. di Trento (-8,2%), Valle d'Aosta (-7,3%) e Sardegna (-6,5%) (Tabella 5). Tale riduzione dei prezzi è parzialmente controbilanciata a livello nazionale dall'effetto derivante da una crescita dei consumi (effetto quantità: +1,9% in termini di DDD totali) con gli incrementi più elevati in Puglia (+3,6%), nella P.A. di Trento e in Umbria (+2,7%); al contrario lievi incrementi si registrano in Emilia Romagna, Toscana e Veneto (rispettivamente +0,5%, +0,6% e +0,8%); Valle d'Aosta (-4,5%) e Liguria (-0,2%) sono le uniche regioni a mostrare una riduzione dei consumi. L'effetto mix positivo registrato durante i primi nove mesi del 2013, in realtà sottende un'ampissima variabilità regionale, compresa tra il valore massimo della Valle d'Aosta (+2,9%) e quello minimo riportato in Sardegna (-2,9%) (Tabella 5).

Umbria (68,0%), Emilia Romagna (67,0%) e Toscana (66,6%) si confermano le regioni con il maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto, mentre l'incidenza più bassa si rileva nelle regioni Sardegna (61,5%), Basilicata (61,6%) e Molise (62,3%). L'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto è in costante aumento e gli incrementi maggiori sono stati registrati in Puglia (+10,9%), Basilicata (+9,7%) e Calabria (+9,1%) (Tabella 12).

Le Regioni in cui si osserva la spesa pro capite più elevata per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche sono state la Sardegna (127,6 euro), la Puglia (122,4 euro) e la P.A. di Bolzano (118,2 euro), mentre la Valle d'Aosta (79,0 euro), la P.A. di Trento (80,0 euro) e la Lombardia (86,2 euro) sono caratterizzate da valori di spesa molto inferiori rispetto alla media nazionale di 102,4 euro pro capite (Tabella 14). In termini di consumi, Valle d'Aosta e Campania sono le regioni rispettivamente con il più alto e il più basso numero di dosi giornaliere ogni 1000 abitanti acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche (322,9 e 88,0 dosi giornaliere). La Valle d'Aosta e la Sardegna sono le regioni nelle quali sono stati registrati i maggiori incrementi del consumo per medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (rispettivamente +12,3% e +3,9%); al contrario in Abruzzo e Puglia sono stati registrati i maggiori decrementi del consumo (rispettivamente -43,3% e -42,6%) (Tabella 14).

Nel 2013 tutte le Regioni hanno adottato la distribuzione diretta, mentre l'Abruzzo e la Sicilia sono le uniche Regioni che non utilizzano la distribuzione per conto (Tabella 17). A livello nazionale, la riparti-

zione percentuale della spesa farmaceutica tra distribuzione diretta in senso stretto e distribuzione per conto è pari rispettivamente all'80,2% e al 19,8%; tuttavia emergono rilevanti differenze regionali: con Regioni che ricorrono in modo esteso alla distribuzione diretta (Emilia Romagna, Sardegna e Lombardia) rispetto ad altre Regioni nelle quali tale canale alternativo è relativamente meno utilizzato (Molise, Calabria e Lazio) (Tabella 17).

Relativamente all'assistenza farmaceutica ospedaliera, le regioni che registrano la maggior spesa per consumo di medicinali in ambito ospedaliero -in valore assoluto- sono la Lombardia (222,5 milioni di euro), seguita dalla Toscana (201,4 milioni di euro) e dal Veneto (189,1 milioni di euro) (Tabella 22).

La spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto e in ambito ospedaliero, trasmessa dalle regioni, e registrata attraverso il flusso NSIS presenta un variabile grado di completezza ed in ogni caso è soggetto ad un consolidamento progressivo in corso d'anno (il grado di aggiornamento è mostrato nelle Tabella 18, 19 e 23).

Al fine di promuovere una ricomposizione del quadro dell'assistenza farmaceutica fornita dalle strutture sanitarie pubbliche è stato operato un **confronto dei dati provenienti da diversi flussi informativi, inclusi quelli relativi ai dati** del conto economico regionale (Tabella 16). Attualmente si registra una discreta corrispondenza tra la spesa comunicata dalle regioni attraverso i flussi informativi della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri (sell-out), pari a 5.349 milioni di euro; e la spesa trasmessa dalla filiera distributiva relativa agli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche (sell-in), pari a 5.882 milioni di euro, entrambi i dati rappresentano oltre l'85% della spesa del conto economico regionale nel medesimo periodo. L'applicazione della procedura di espansione della spesa non convenzionata (vedi nota metodologica) permette una qualificazione della spesa non rilevata rispetto al valore del conto economico regionale, tuttavia arriva a sopravanzarlo in alcune regioni, in media è pari al 98% del valore del conto economico.

CONSUMI PER SINGOLA CATEGORIA TERAPEUTICA

In questa sezione si analizzano le singole categorie terapeutiche, procedendo in ordine decrescente di spesa pubblica, ottenuta dalla combinazione della spesa farmaceutica convenzionata lorda (Tabella 6), con la spesa a carico del SSN relativa ai medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 15). Nell'ambito delle singole categorie, laddove possibile, sono anche compresi commenti specifici relativi ai dati provenienti dal flusso della distribuzione diretta e per conto, dal flusso dei consumi ospedalieri e dal monitoraggio degli indicatori dell'appropriatezza d'uso dei medicinali.

Sistema cardiovascolare

I farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano la prima categoria terapeutica a maggiore spesa pubblica pari a quasi 2,9 miliardi di euro (48,1 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è interamente giustificato dalla spesa e dai consumi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (rispettivamente 45,7 euro pro capite e 469,4 DDD/1000 ab die), al contrario il contributo dato dall'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche è del tutto marginale (rispettivamente 2,4 euro pro capite e 17,2 DDD/1000 ab die) (Tabella 6 e 15). Nello specifico dell'assistenza convenzionata la spesa registra un calo del -6,1% rispetto al 2012, e tale riduzione è composta da un significativo aumento

del +1,3% dei consumi, da un netto calo dei prezzi (-6,4%) e da un effetto mix negativo (-0,9%) (Tabella 6). Tale andamento della spesa convenzionata è stato in gran parte determinato dagli effetti sul 2013, della perdita della copertura brevettuale avvenuta negli anni precedenti, di molecole attive sul sistema cardiovascolare ad elevato consumo come l'atorvastatina, il candesartan, il valsartan e l'irbesartan.

Gli inibitori della HMG CoA reduttasi (statine) mantengono il primo posto in termini di spesa (8,1 euro pro capite), mentre i farmaci più utilizzati continuano ad essere gli ACE-inibitori come monocomposti o in associazione (119,6 DDD/1000 ab die), seguiti dagli inibitori dell'angiotensina II (sartani) come monocomposti o in associazione (96,2 DDD/1000 ab die), dalle statine (63,7 DDD/1000 ab die) dai calcio-antagonisti diidropiridinici (54,1 DDD/1000 ab die) e dai beta bloccanti (42,4 DDD/1000 ab die). Nell'ambito della categoria delle statine, atorvastatina, rosuvastatina e simvastatina compaiono fra i primi 30 principi attivi sia per spesa che per volume dei consumi (Tabella 9 e 10). La rosuvastatina (3,9 euro pro capite) risulta il primo principio attivo a maggior spesa; mentre l'atorvastatina, per effetto della perdita della copertura brevettuale, scende ulteriormente dal quarto al decimo posto (Tabella 9). Tali variazioni dei rank di spesa non si registrano dal lato dei consumi; infatti, nella classifica delle prime trenta molecole a maggior consumo, l'atorvastatina (al quarto posto, in crescita) e la rosuvastatina (al dodicesimo posto, in flessione) mantengono pressoché invariate le loro posizioni (Tabella 10).

Nello specifico degli ACE inibitori, solo il ramipril compare fra i 30 principi attivi a maggior spesa, mentre fra quelli a maggior utilizzazione, oltre al ramipril come monocomposto o in associazione saldamente al primo posto, è presente anche l'enalapril. Relativamente ai sartani come monocomposti o in associazione, fra i primi 30 principi attivi a maggior spesa e consumo compaiono l'irbesartan, l'olmesartan e il telmisartan, tutti con ranghi in crescita rispetto agli anni precedenti. Infine, nell'ambito dei calcio-antagonisti diidropiridinici, l'amlodipina mantiene stabilmente il terzo posto in termini di utilizzazione; invece per i beta- bloccanti solo il bisoprololo compare fra i 30 principi attivi a maggior spesa, mentre fra quelli a maggior utilizzazione, al primo posto continua ad esser collocato il nebivololo seguito dall'atenololo (Tabella 9 e 10).

Per quanto attiene l'analisi dei farmaci cardiovascolari acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita rispetto al 2012 della spesa (+11,4%) associata ad un lieve incremento dei consumi (+1,7%). La categoria terapeutica dei farmaci cardiovascolari, in cui è compreso il bosentan (i.e. altri ipertensivi) assorbe più del 50% della spesa (Tabella 15). Inoltre, il bosentan rappresenta l'unico tra i farmaci cardiovascolari a comparire tra i primi 30 principi attivi a maggior spesa erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). Nessun farmaco cardiovascolare compare tra i primi 30 principi attivi erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Il monitoraggio degli indicatori dell'appropriatezza d'uso focalizza l'attenzione essenzialmente sulle categorie di farmaci cardiovascolari impiegate nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e dell'iperlipemia (Tabella 25). Per quanto riguarda il trattamento dell'ipertensione arteriosa, alcuni indicatori evidenziano un livello medio negli ultimi anni relativamente accettabile, seppur non ottimale (H-DB 1.1 e H-DB 1.4), invece si evidenzia un andamento temporale che si muove nella direzione dell'inappropriatezza per quanto riguarda la percentuale di pazienti trattati con un sartano a brevetto scaduto sul totale (H-DB 1.2). **In Italia il 54,7% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti antipertensivi nel 2013**, in crescita rispetto all'anno precedente (H-DB 1.3; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%). Infine gli indicatori H-DB 1.5 e 1.6 evidenziano un uso del tutto inappropriato delle associazioni fisse di calcio-antagonisti con molecole attive sul sistema renina-angiotensina (amlodipina/perindopril, lercanidipina/enalapril, felodipina/ramipril, manidipina/delapril, amlodipina/olmesartan). Per quanto riguarda il trattamento dell'iperlipemia, tutti gli indicatori eviden-

ziano ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle statine nella pratica clinica quotidiana. In Italia il 43,9% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti ipolipemizzanti nel 2013, in crescita rispetto all'anno precedente (H-DB 2.5; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Antineoplastici ed immunomodulatori

I farmaci antineoplastici ed immunomodulatori rappresentano la seconda categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 2,7 miliardi di euro (44,6 euro pro capite). Al contrario rispetto ai farmaci cardiovascolari, il posizionamento complessivo di questa categoria terapeutica è interamente giustificato dalla spesa derivante dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (41,4 euro pro capite), invece il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata è del tutto marginale (3,2 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci antineoplastici registra una riduzione (-2,7% rispetto al 2012), risultante da un moderato aumento del +3,4% dei consumi, da un calo dei prezzi (-3,4%) e da un effetto mix negativo (-2,7%) (Tabella 6). Questo andamento trova una prevalente giustificazione nel trasferimento di medicinali associati ad un prezzo mediamente più alto tra quelli erogati in regime convenzionale, verso il canale della distribuzione diretta e per conto. La prima sottocategoria terapeutica a maggior incidenza sulla spesa convenzionata è rappresentata dagli inibitori enzimatici, per i quali nel 2013 si è registrato un incremento della spesa del +3,8%, essenzialmente dovuto ad una crescita del loro consumo (+5,5%; Tabella 6).

Per quanto attiene l'analisi dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita rispetto al 2012 della spesa (+6,4%), a fronte di una riduzione dei consumi (-2,6%) (Tabella 15). Le categorie a maggior spesa sono rappresentate dagli anticorpi monoclonali (8,3 euro pro capite), dagli inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α) (7,3 euro pro capite) e dagli inibitori della proteina chinasi (6,3 euro pro capite); tutte associate con una spesa e consumi in crescita rispetto al 2012 (Tabella 15). Ben 12 principi attivi di antineoplastici ed immunomodulatori compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (i primi tre sono: l'etanercept, l'adalimumab e l'imatinib).

Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, 12 principi attivi di antineoplastici ed immunomodulatori compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (i primi tre sono: trastuzumab, rituximab e bevacizumab) (Tabella 21 e 24).

Antimicrobici per uso sistemico

Gli antimicrobici per uso sistemico rappresentano la terza categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 1,8 miliardi di euro (30,3 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante all'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (19,0 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta di minore entità (11,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci antimicrobici per uso sistemico registra un'inversione di tendenza, con un incremento del +1,9% rispetto al 2012, risultante da una forte crescita del +5,2% dei consumi, parzialmente controbilanciata da un calo dei prezzi (-1,0%) e da un effetto mix negativo (-2,1%) (Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci antimicrobici per uso sistemico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una riduzione rispetto al

2012 sia della spesa (-1,0%), che dei consumi (-2,7%) (Tabella 15).

Nell'ambito dell'erogazione di medicinali in regime convenzionale i maggiori consumi sono determinati dalle associazioni di penicilline inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi (9,1 DDD/1000 ab die), macrolidi (4,2 DDD/1000 ab die), fluorochinoloni (3,1 DDD/1000 ab die) e penicilline ad ampio spettro (2,5 DDD/1000 ab die); tutte con un andamento dei consumi crescente rispetto al 2012, con l'unica eccezione delle penicilline ad ampio spettro (Tabella 6). Invece, sul versante degli acquisti delle strutture pubbliche, prevalgono i medicinali riconducibili al trattamento dell'infezione da HIV. Gli antivirali (quelli indicati per uso esclusivo nell'infezione da HIV, o anche in altre infezioni virali: J05AR e J05AX) registrano un incremento rispetto al 2012, sia in termini di spesa (per le due categorie rispettivamente +14,9% e +8,7%) sia della prescrizione (rispettivamente +17,9% e +16,4%) imputabile principalmente al crescente uso delle associazioni di due o più principi attivi. Fra gli antibatterici aumenta sia la spesa, sia la prescrizione delle tetracicline (rispettivamente +14,7% e +27,6%) e degli altri antibatterici (rispettivamente +6,3% e +9,0%) (Tabella 15). Sette principi attivi di antivirali, con indicazione terapeutica nel trattamento dell'infezione da HIV e nel trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite B, compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21).

Sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, 8 principi attivi di antimicrobici per uso sistemico compaiono tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (i primi tre sono: caspofungin, teicoplanina e vaccino anti-pneumococcico) (Tabella 24).

Apparato gastrointestinale e metabolismo

I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo rappresentano la quarta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 1,8 miliardi di euro (31,4 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è interamente giustificato dalla spesa e dai consumi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata (24,4 euro pro capite e 151,6 DDD/1000 ab die), al contrario il contributo dato dall'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche appare marginale (7,0 euro pro capite e 27 DDD/1000 ab die) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo registra una crescita del +2,4% rispetto al 2012; tale variazione è dovuta ad una crescita delle quantità consumate del +3,3% e ad un forte effetto mix positivo (+2,3%), in parte controbilanciate da un calo dei prezzi (-3,0%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una forte crescita rispetto al 2012 della spesa (+19,1%) e una crescita dei consumi del +2,5% (Tabella 15). Tale andamento trova una giustificazione nella distribuzione diretta e per conto di tutte le nuove terapie innovative nel trattamento del diabete mellito di tipo II.

L'analisi delle sottocategorie evidenzia che quella degli inibitori di pompa acida rimane saldamente al primo posto, sia in termini di spesa convenzionata (11,3 euro pro capite), che di quantità prescritte (73,7 DDD/1000 ab die). Inoltre, il loro impiego continua ad essere in forte aumento (+7,3%), tuttavia sia il calo dei prezzi (-4,4%), che l'effetto mix negativo (-0,9%), non sono più sufficienti a controbilanciare la crescita dei consumi, portando ad una crescita della spesa nel 2013 del +1,6%. Sul versante dell'acquisto degli inibitori della pompa acida da parte delle strutture sanitarie pubbliche, questa categoria evidenzia una crescita della spesa (+22,4% rispetto al 2012) (Tavole 6 e 15). Fra gli inibitori di pompa, ben 4 molecole sono presenti fra i primi 30 principi attivi a maggiore spesa farmaceutica convenzionata e consumi (lansoprazolo, pantoprazolo, omeprazolo ed esomeprazolo); e fra questi il pantoprazolo e

l'esomeprazolo sono compresi tra i primi 30 principi attivi a maggiore crescita della spesa rispetto al 2012 (circa +12% per entrambi) (Tavole 9-11). Nessun inibitore della pompa acida è compreso tra i primi 30 principi attivi a maggiore spesa per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera (Tabella 24).

Nello specifico dei medicinali impiegati nel trattamento del diabete mellito, si osserva un pattern risultante dal trasferimento dell'erogazione di questi medicinali dall'assistenza convenzionale verso quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche: per gli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DDP-4) (-7,3% rispetto al 2012, relativamente ai consumi erogati in convenzionata versus +40,5%, relativamente ai consumi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche), per altri ipoglicemizzanti orali (exenatide e liraglutide) (+0,7% rispetto al 2012, relativamente ai consumi erogati in convenzionata versus +28,8%, relativamente ai consumi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche), per le insuline ad azione lunga (-10,7% rispetto al 2012, relativamente ai consumi erogati in convenzionata versus +16,4%, relativamente ai consumi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche) e per i biguanidi e sulfonamidi in associazione (-13,7% rispetto al 2012, relativamente ai consumi erogati in convenzionata versus +32,8%, relativamente ai consumi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche).

L'insulina glargine è l'unico principio attivo a risultare compreso tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). L'alglucosidasi acida umana ricombinante, indicata nel trattamento di una malattia rara (la malattia di Pompe), si colloca al diciottesimo posto tra i primi 30 principi attivi a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 24).

In Italia il 62,6% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti ipoglicemizzanti nel 2013 (escluso le insuline), in riduzione rispetto all'anno precedente (Tabella 25: H-DB 3.1; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Sistema nervoso centrale

I farmaci per il sistema nervoso centrale rappresentano la quinta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 1,5 miliardi di euro (24,6 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (17,6 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta di minore entità (7,0 euro pro capite) (Tabella 6 e 15). Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci per il sistema nervoso centrale registra una flessione del -3,0% rispetto al 2012 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +2,2%, da un calo dei prezzi (-6,9%) e da un effetto mix positivo (+2,0%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci per il sistema nervoso centrale acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una contrazione della spesa rispetto al 2012 (-3,1%), a fronte di una stabilità dei consumi del +0,1% (Tabella 15).

L'analisi delle sottocategorie evidenzia che gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono i medicinali attivi sul sistema nervoso più frequentemente utilizzati (28,1 DDD/1000 ab die) e a maggiore spesa convenzionata (3,6 euro pro capite), seguita dagli altri antiepilettici (3,1 euro pro capite, categoria che comprende il topiramato, levetiracetam, gabapentin, pregabalin, lamotrigina, etc.) (Tabella 6). Sul versante dell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche, la categoria degli anestetici locali (amidi comprendenti: lidocaina, etc.) è quella che si associa al maggior consumo, invece le categorie relative agli antipsicotici (in particolare quelli più recenti aripiprazolo, paliperidone, etc.) sono quelle che si associano alla maggiore spesa (Tabella 15).

Escitalopram, pregabalin e duloxetine sono i primi 3 principi attivi che agiscono sul sistema nervoso compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9). La quetiapina e l'aripirazolo sono gli unici principi attivi a risultare compresi tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). Il sevoflurano si colloca al trentesimo posto tra i primi 30 principi attivi a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 24).

Nello specifico della categoria dei farmaci antidolorifici ad azione centrale si registrano rilevanti incrementi del consumo rispetto al 2012, sia degli alcaloidi naturali dell'oppio (morfina, idromorfone, oxicodone e codeina in associazione), sia degli altri oppiacei (tramadolo e tapentadolo) (Tabella 6).

Tutti gli indicatori evidenziano ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso degli antidepressivi nella pratica clinica quotidiana (Tabella 25). **In Italia il 41,6% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti antidepressivi nel 2013**, in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (H-DB 6.2; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Sangue e organi emopoietici

I farmaci del sangue e degli organi emopoietici rappresentano la sesta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a circa 1,3 miliardi di euro (21,6 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante all'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (14,3 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata risulta di minore entità (7,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici registra una riduzione del -2,3% rispetto al 2012, tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +3,2%, da prezzi in calo (-2,4%) e da un effetto mix negativo (-3,0%) (Tabella 6).

Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una riduzione della spesa rispetto al 2012 (-4,9%) e una concomitante contrazione dei consumi del -56,1% (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata (Tabella 6), la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli antiaggreganti piastrinici (67,2 DDD/1000 ab die), mentre al primo posto in termini di spesa si collocano le eparine non frazionate e a basso peso molecolare (3,1 euro pro capite).

Sul versante degli acquisti di farmaci del sangue e degli organi emopoietici da parte delle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 15), la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è data dalle soluzioni infusionali (6,5 DDD/1000 ab die), seguita dagli eparinici (6,1 DDD/1000 ab die) e dagli antiaggreganti piastrinici esclusa l'eparina (5,7 DDD/1000 ab die; comprendente la ticlopidina, clopidogrel, etc.). Invece, le categorie a maggiore incidenza sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche è rappresentata dagli emoderivati impiegati nel trattamento delle malattie del sangue: fattori della coagulazione del sangue (4,7 euro pro capite), seguiti dai preparati antianemici (3,5 euro pro capite).

Enoxaparina e acido acetilsalicilico sono i primi due principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9). Il fattore VIII ricombinante, la darbepoetina e l'epoetina alfa sono i primi principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici ad esser compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21). L'albumina, le soluzioni fisiologiche, l'enoxxaparina, l'epoetina alfa e

l'eptacog attivato si collocano tra i primi 30 principi attivi a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 24).

Il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso per questa categoria di medicinali ha focalizzato l'attenzione sull'uso delle eritropoietine alfa biosimilari (Tabella 25). Al riguardo il monitoraggio evidenzia un andamento temporale crescente dell'uso dei biosimilari nei pazienti naive (H-DB 7.1), sebbene ci siano ancora ampi spazi di miglioramento.

Sistema respiratorio

I farmaci del sistema respiratorio rappresentano la settima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 812 milioni di euro (13,6 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (12,9 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta relativamente marginale (0,7 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema respiratorio registra un decremento del -3,3% rispetto al 2012, e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +1,3%, da una riduzione dei prezzi (-5,2%) e da un effetto mix positivo (+0,7%) (Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema respiratorio acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita rispetto al 2012 (+1,9%) e una concomitante riduzione dei consumi del -2,8% (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la prima categoria terapeutica in termini di consumi e di spesa è rappresentata dagli antiasmatici adrenergici ed altri antiasmatici (11,8 DDD/1000 ab die e 6,1 euro pro capite), seguiti nella spesa dagli anticolinergici (2,3 euro pro capite) e dai glicocorticoidi (2,0 euro pro capite); seguono, invece, nel consumo i glicocorticoidi (10,3 DDD/1000 ab die) e gli altri antistaminici per uso sistemico (6,9 DDD/1000 ab die) (Tabella 6). La categoria a maggiore incidenza sulla spesa delle strutture sanitarie pubbliche è rappresentata dagli altri antiasmatici per uso sistemico, questa categoria per la quale si registra un incremento sia della spesa (+23,3%) sia dei consumi (+29,5%), comprende il medicinale di recente autorizzazione a base di roflumilast (Daxas®), per il trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Salmeterolo in associazione, tiotropio e formoterolo in associazione sono i primi tre principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema respiratorio compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9). Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero.

Tutti gli indicatori evidenziano ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali impiegati nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (Tabella 25). **In Italia il 17,9% dei pazienti con età uguale o maggiore di 40 anni è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie nel 2013**, l'andamento dell'indicatore evidenzia un pattern inappropriato (H-DB 4.4; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Sistema muscolo-scheletrico

I farmaci del sistema muscolo-scheletrico rappresentano l'ottava categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a quasi 424 milioni di euro (7,1 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzio-

nata (6,2 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta relativamente marginale (0,9 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico registra un decremento del -3,2% rispetto al 2012 e tale variazione risulta dalla combinazione di una invarianza delle quantità consumate, da una riduzione dei prezzi (-3,4%) e da un effetto mix positivo (+0,1%) (Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una riduzione sia della spesa rispetto al 2012 (-16,6%), che dei consumi del -0,9% (Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli antinfiammatori (FANS e Coxib), seguita dai bifosfonati; invece, in termini di spesa, le prime due categorie sono rappresentate dai coxib e dai bifosfonati (Tabella 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, i bifosfonati rappresentano la categoria a maggiore incidenza sulla spesa.

Nessun principio attivo appartenente alla categoria dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata e in distribuzione diretta e per conto. L'acido zolendronico è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria che si colloca tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 24).

Tutti gli indicatori evidenziano ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali impiegati nel trattamento dell'osteoporosi (Tabella 25). **In Italia il 49,3% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per l'osteoporosi nel 2013**, l'andamento dell'indicatore evidenzia un pattern inappropriato (H-DB 5.4; pazienti con una proporzione di giorni coperti dal trattamento uguale o superiore all'80%).

Sistema genito-urinario

I farmaci del sistema genito-urinario rappresentano la nona categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari quasi a 382 milioni di euro (6,4 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è prevalentemente giustificato dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (5,1 euro pro capite), al contrario il contributo dato dall'acquisto di questi medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche risulta di minore entità (1,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa dei farmaci del sistema genito-urinario registra un incremento del +3,0% rispetto al 2012 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate del +1,4%, da una riduzione dei prezzi (-0,6%) e da un effetto mix positivo (+2,2%) (Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci del sistema genito-urinario acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2012 (+3,8%) e una riduzione dei consumi (-5,3%; Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica più frequentemente utilizzata è rappresentata dagli antagonisti dei recettori alfa-adrenergici, invece, in termini di spesa, la prima categoria è rappresentata dagli inibitori della 5-alfa-testosterone reductasi seguita dagli antagonisti dei recettori alfa-adrenergici (Tabella 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, le gonadotropine rappresentano la categoria a maggiore incidenza sulla spesa.

La dutasteride è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (Tabella 9). Nessun principio

attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero.

Preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali

I preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali rappresentano la decima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 376 milioni di euro (6,3 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato sia dalla spesa derivante dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (3,5 euro pro capite), sia dal contributo dato dall'assistenza farmaceutica convenzionata (2,8 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per preparati ormonali sistemici esclusi gli ormoni sessuali registra una riduzione del -4,9% rispetto al 2012 e tale variazione risulta dalla combinazione di una forte crescita delle quantità consumate (+4,0%), da una riduzione dei prezzi (-6,3%) e da un effetto mix negativo (-2,4%) (Tabella 6). Per quanto riguarda l'analisi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2012 (+4,9%) e una riduzione dei consumi (-1,5%; Tabella 15).

Nel contesto dell'assistenza farmaceutica convenzionata, i glucocorticoidi e gli ormoni tiroidei rappresentano le due categorie con i consumi più elevati e la maggior spesa (Tabella 6). Sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, la somatropina ed analoghi è la categoria a maggiore incidenza sulla spesa.

La somatropina è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto (Tabella 21).

Organi di senso

I farmaci appartenenti alla categoria degli organi di senso rappresentano la categoria terapeutica associata ad una spesa pubblica di quasi 239 milioni di euro (4,0 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato prevalentemente dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (2,7 euro pro capite) e in minor misura dall'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (1,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell'assistenza convenzionata, la spesa per medicinali degli organi di senso registra un incremento del +0,8% rispetto al 2012 e tale variazione risulta dalla combinazione di una crescita delle quantità consumate (+2,8%), da una riduzione dei prezzi (-2,8%) e da un effetto mix positivo (+0,9%; Tabella 6). Per quanto riguarda invece l'analisi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2012 (+54,0%) e una riduzione dei consumi (-6,9%; Tabella 15).

La categoria terapeutica a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata è rappresentata dai beta-bloccanti (timololo in associazione, che è anche l'unico principio attivo di questa categoria compreso tra i primi 30 a maggior spesa) (Tabella 6 e 9). Invece, sul versante della spesa delle strutture sanitarie pubbliche, oltre l'80% della spesa di questa categoria è attribuibile alle sostanze di antineovascolarizzazione, ossia i farmaci per il trattamento della degenerazione maculare, la cui spesa e la prescrizione sono in forte aumento (rispettivamente +61,6% e +127,1%; Tabella 15). Il ranibizumab è l'unico principio attivo appartenente a questa categoria che si colloca tra i primi 30 a maggior incidenza sulla spesa dei medicinali consumati in ambito ospedaliero (Tabella 24).

Farmaci dermatologici

I farmaci dermatologici rappresentano la categoria terapeutica a più bassa spesa pubblica (oltre alla categoria ATC V “vari” e P “antiparassitari” non commentate), pari a quasi 54 milioni di euro (0,9 euro pro capite). Il posizionamento complessivo di questa categoria è giustificato sia dalla spesa derivante dall’assistenza farmaceutica convenzionata (0,6 euro pro capite), sia dal contributo dato dall’acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (0,3 euro pro capite) (Tabella 6 e 15).

Nello specifico dell’assistenza convenzionata, la spesa per medicinali dermatologici registra una riduzione del -21,9% rispetto al 2012 e tale variazione risulta dalla combinazione di una riduzione delle quantità consumate (-15,6%), da una riduzione dei prezzi (-0,3%) e da un effetto mix negativo (-7,2%; Tabella 6). Per quanto riguarda invece l’analisi dei farmaci di questa categoria acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, i dati evidenziano una crescita della spesa rispetto al 2012 (+4,4%) e una crescita dei consumi (+4,7%; Tabella 15).

**DATI GENERALI DI SPESA E CONSUMO
DEI FARMACI IN ITALIA
(GENNAIO - SETTEMBRE 2013)**



Tabella e Figura 1. Composizione della spesa farmaceutica nei primi nove mesi del 2013

	Spesa (milioni di euro)	%
Spesa convenzionata lorda	8.455	43,3
Distr. Diretta e per conto di fascia A	2.117	10,9
Classe A privato	947	4,9
Classe C con ricetta	2.238	11,5
Automedicazione (Farmacie pubbliche e private)	1.752	9,0
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari*	3.997	20,5
Totale	19.506	100,0

* al netto della spesa per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto di fascia A

Nei primi nove mesi del 2013 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata pari a 19,5 miliardi di euro, di cui il 74,7% è stato rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In prevalenza i medicinali sono stati dispensati ai cittadini a carico del SSN, attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (43,3%). La spesa dei farmaci acquistati a carico del cittadino è stata pari a 4.937 milioni di euro, composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta (11,5%).

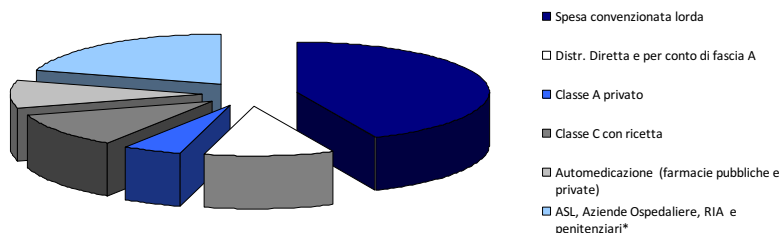
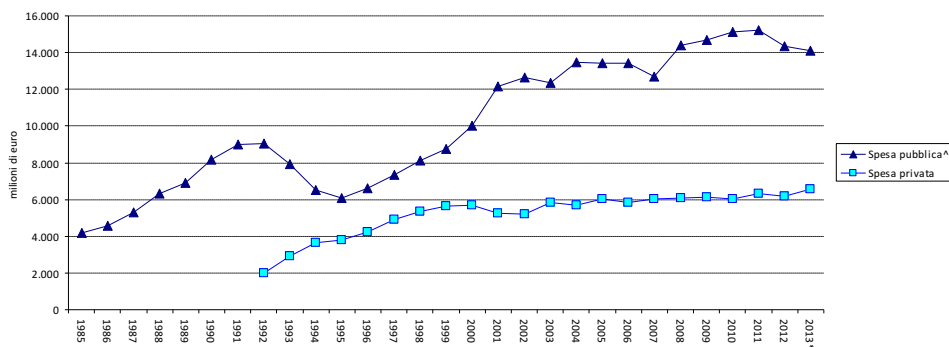


Figura 1a. Spesa farmaceutica territoriale in Italia nel periodo 1985-2013



*Stimato sulla base dell'andamento dei primi 9 mesi

^ comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata e della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN, include le compartecipazioni a carico del cittadino.

Fonte: elaborazione OsMed su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e IMS Health

Tabella 1a. Spesa farmaceutica territoriale: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2009-2013

	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	2013 (milioni)	Δ % 10/09	Δ % 11/10	Δ % 12/11	Δ % 13/12
1+2+3+4 Spesa convenzionata lorda	9.651	9.725	9.375	8.666	8.455	0,8	-3,6	-7,6	-2,4
1+2 Compartecipazione del cittadino	615	714	975	1.052	1.074	16,1	36,6	7,9	2,1
1 Ticket per confezione	317	321	401	401	421	1,3	24,9	0,0	5,0
2 Quota prezzo di riferimento	298	393	574	651	653	31,9	46,1	13,4	0,3
3 Sconto^	527	588	624	584	699	11,6	6,1	-6,4	19,7
4 Spesa convenzionata netta	8.509	8.423	7.776	7.029	6.682	-1,0	-7,7	-9,6	-4,9
5 Distr. Diretta di fascia A*	1.325	1.608	2.124	2.124	2.117	21,4	32,1	0,0	-0,3
4+5 Spesa territoriale	9.834	10.031	9.900	9.153	8.799	2,0	-1,3	-7,5	-3,9

^ comprende lo sconto per fasce di prezzo posto a carico delle farmacie; l'extrasconto da Determinazione AIFA 9 Febbraio 2007, successivamente modificata dalla Determinazione AIFA 15 giugno 2012; e lo sconto a carico dell'industria da Determinazione AIFA 30 Dicembre 2005.

* spesa distribuzione diretta e per conto di fascia A, comprensiva -nel caso di Regioni con dati mancanti- del valore del 40% della spesa farmaceutica non convenzionata rilevata attraverso il flusso della "Tracciabilità del farmaco", ai sensi della L.222/2007. Tale condizione è stata applicata per gli ultimi 3 mesi della regione Sardegna e per il mese di settembre della Valle d'Aosta. Il dato della distribuzione diretta e per conto non è consolidato e, pertanto, coincide con la stima sviluppata nell'ambito del monitoraggio periodico della spesa farmaceutica condotto dall'AIFA.

Fonte: elaborazione OsMed su dati NSIS, Age.Na.S. e IMS Health

Tabella 2a. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2009-2013

		2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	2013 (milioni)	Δ % 10/09	Δ % 11/10	Δ % 12/11	Δ % 13/12
1	Spesa convenzionata netta	8.509	8.423	7.776	7.029	6.682	-1,0	-7,7	-9,6	-4,9
2	Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.325	1.608	2.124	2.124	2.117	21,4	32,1	0,0	-0,3
1+2	Totale spesa pubblica	9.834	10.031	9.900	9.153	8.799	2,0	-1,3	-7,5	-3,9
3	Compartecipazione del cittadino	615	714	975	1.052	1.074	16,1	36,6	7,9	2,1
4	Acquisto privato di fascia A*	679	708	810	852	947	4,3	14,4	5,2	11,2
5	Classe C con ricetta	2.385	2.338	2.421	2.275	2.238	-2,0	3,6	-6,0	-1,6
6	Automedicazione (SOP e OTC)	1.530	1.550	1.610	1.608	1.752	1,3	3,9	-0,1	9,0
3+4+5+6	Totale spesa privata	5.209	5.310	5.816	5.787	6.011	1,9	9,5	-0,5	3,9
	Totale spesa farmaceutica	15.043	15.341	15.716	14.940	14.810	2,0	2,4	-4,9	-0,9
	Quota a carico SSN (%)	65,4	65,4	63,0	61,3	59,4				

*Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed). Vedi nota metodologica.

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)

Tabella 2b. Consumi per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2009-2013

		2009 (milioni) [^]	2010 (milioni) [^]	2011 (milioni) [^]	2012 (milioni) [^]	2013 (milioni) [^]	Δ % 10/09	Δ % 11/10	Δ % 12/11	Δ % 13/12
	Ricette #	425	438	441	442	456	3,1	0,7	0,2	3,2
	N° confezioni									
1	Convenzionata	784	808	814	818	839	3,1	0,7	0,5	2,6
2	Classe A privato*	100	107	115	137	149	7,0	7,5	19,1	8,8
3	Distribuzione Diretta e per conto di fascia A	ND	ND	ND	ND	ND				
1+2+3	Totale classe A	884	915	929	955	988	3,5	1,5	2,8	3,5
4	Classe C con ricetta	219	214	215	204	191	-2,3	0,5	-5,1	-6,4
5	Automedicazione (SOP e OTC)	224	219	227	211	219	-2,2	3,7	-7,0	3,8
4+5	Totale classe C	443	433	442	415	410	-2,3	2,1	-6,1	-1,2
1+2+3+4+5	Totale confezioni	1.327	1.348	1.371	1.370	1.398	1,6	1,7	-0,1	2,0
	DDD/1000 ab die #	924,1	954,2	964,9	985,8	1.002,4	3,3	1,1	2,2	1,7

ND: dato non disponibile

relative al consumo di medicinali in regime di dispensazione convenzionale

*Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed)

[^] solo il numero delle ricette e delle confezioni è espresso in milioni di unità

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)

Tabella 2c. Interventi regionali di regolamentazione della dispensazione dei farmaci

Regione	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	I ciclo	Ticket	Prezzo di riferimento per Inibitori di pompa	Limite prescrittivo (1 pezzo per ricetta)
Piemonte	si	si	si	si	no	no
Val d'Aosta	si	si	si	no	no	no
Lombardia	si	si	si	si	no	no
PA Bolzano	si	si	si	si	no	no
PA Trento	si	si	si	no	no	no
Veneto	si	si	si	si	no	no
Friuli V.G.	si	si	si	no		no
Liguria	si	si	si	dal 01/11/11 nuove esenzioni	no	no
Emilia R.	si	si	si	si (dal 29 agosto 2011)	no	no
Toscana	si	si	si	si (dal 23 agosto 2011)	no	no
Umbria	si	si	si	si (dal 12 settembre 2011)	no	no
Marche	si	si	si	no	no	no
Lazio	si	si	si	si	si	si
Abruzzo	si	no	si	si	si	no
Molise	si	si	si	dal 7/05/12 modifica esenzioni	si	si
Campania	si	si	si	dal 1/10/10 fino al 31/12/2011 nuovi ticket	si	si (Antipertensivi e Statine), Antibiotici dal 12.07.2011
Puglia	si	si	si	dal 01/07/11 nuove esenzioni	no	no
Basilicata	si	si	si	dal 01/10/11 nuove esenzioni	no	si
Calabria	si	si	si	si	si	si
Sicilia	si	no	si	dal 21/01/12 nuove esenzioni	si	si
Sardegna	si	si	si	no	no	no

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**DINAMICA DELLA PRESCRIZIONE
(gennaio - settembre 2013)**



Tabella 3. Prescrizione farmaceutica convenzionata di classe A-SSN e privata di fascia C: confronto regionale fra i primi 9 mesi del 2013 e 2012

	Spesa lorda pro capite classe A-SSN		DDD/1000 abitanti die classe A-SSN		Spesa lorda pro capite classe C con ricetta		Spesa lorda pro capite Automedicazione (SOP, OTC)	
	€	Δ% 13/12*	N	Δ% 13/12*	€	Δ% 13/12*	€	Δ% 13/12*
Piemonte*	125,1	-2,3	937,0	2,6	37,2	-0,8	30,1	7,2
Valle d'Aosta	122,3	-3,6	855,7	-5,0	40,1	-1,9	37,2	-2,9
Lombardia*	135,3	-3,1	921,6	2,0	37,7	-2,8	31,5	7,7
P.A. Bolzano*	95,7	-4,5	747,2	0,8	29,9	1,0	38,2	9,1
P.A. Trento	109,1	-5,2	874,0	2,2	33,3	-1,2	34,8	8,3
Veneto*	122,0	-3,8	937,8	0,5	35,5	-2,0	30,8	7,0
Friuli V.G	123,7	-4,7	954,7	1,6	31,9	-2,2	26,0	9,2
Liguria*	121,2	-4,4	891,8	0,5	44,9	-0,8	35,4	11,3
Emilia R.*	109,6	-5,5	945,0	0,5	38,8	-2,3	31,1	9,2
Toscana*	111,9	-3,5	956,3	0,6	40,3	-2,5	32,3	6,6
Umbria*	129,8	0,1	1.087,1	3,4	37,4	-1,8	26,9	9,1
Marche	133,6	0,8	986,2	2,8	37,8	-0,7	27,2	11,2
Lazio*	161,6	-2,7	1.111,0	1,1	41,1	-2,1	32,9	9,0
Abruzzo*	153,3	-1,5	1.002,5	2,5	34,2	0,0	25,7	11,6
Molise*	140,9	-1,8	956,1	1,1	26,1	-1,4	20,2	12,6
Campania*	170,7	-1,7	1.060,0	2,5	38,1	-2,9	27,8	5,6
Puglia*	163,7	-1,3	1.120,2	3,7	32,9	-1,9	23,6	9,3
Basilicata*	134,5	-1,1	984,6	3,1	27,9	0,4	20,2	12,1
Calabria*	161,6	-4,2	1.101,2	2,6	36,1	-1,1	24,1	10,6
Sicilia*	178,9	-3,3	1.129,6	1,7	38,2	-2,8	25,5	13,0
Sardegna	161,2	-7,8	1.105,8	1,9	36,6	-3,7	24,5	6,3
Italia	141,2	-3,1	1.002,4	1,8	37,5	-2,1	29,4	8,5
Nord	124,4	-3,6	926,3	1,4	37,4	-2,0	31,3	8,0
Centro	138,9	-2,2	1.041,1	1,4	40,1	-2,1	31,5	8,5
Sud e isole	166,9	-2,8	1.088,7	2,5	36,0	-2,3	25,2	9,2

* Regioni con ticket in vigore nel 2013

° Le variazioni percentuali sono calcolate su valori standardizzati della popolazione

Tabella 4. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime convenzionale nei primi 9 mesi 2013 per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa

	Differenza % dalla media nazionale			Rango spesa
	DDD/1000 ab die pesate	Costo medio DDD	Spesa lorda pro capite pesata	
Sicilia	12,7	12,5	26,8	1
Campania	5,8	14,4	20,9	2
Puglia	11,8	3,8	16,0	3
Calabria	9,9	4,2	14,5	4
Lazio	10,8	3,3	14,5	5
Sardegna	10,3	3,5	14,2	6
Abruzzo	0,0	8,6	8,6	7
Molise	-4,6	4,7	-0,2	8
Lombardia	-8,1	4,2	-4,2	9
Basilicata	-1,8	-3,0	-4,7	10
Marche	-1,6	-3,8	-5,3	11
Umbria	8,5	-15,2	-8,0	12
Piemonte	-6,5	-5,2	-11,4	13
Friuli V.G.	-4,8	-8,0	-12,4	14
Valle D'Aosta	-14,6	1,5	-13,4	15
Veneto	-6,4	-7,6	-13,5	16
Liguria	-11,0	-3,5	-14,1	17
Toscana	-4,6	-16,9	-20,7	18
Emilia R.	-5,7	-17,7	-22,4	19
P.A. Trento	-12,8	-11,3	-22,7	20
P.A. Bolzano	-25,5	-9,1	-32,2	21

Figura 2. Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime convenzionale nei primi 9 mesi 2013 per quantità, costo medio di giornata di terapia (scostamenti)

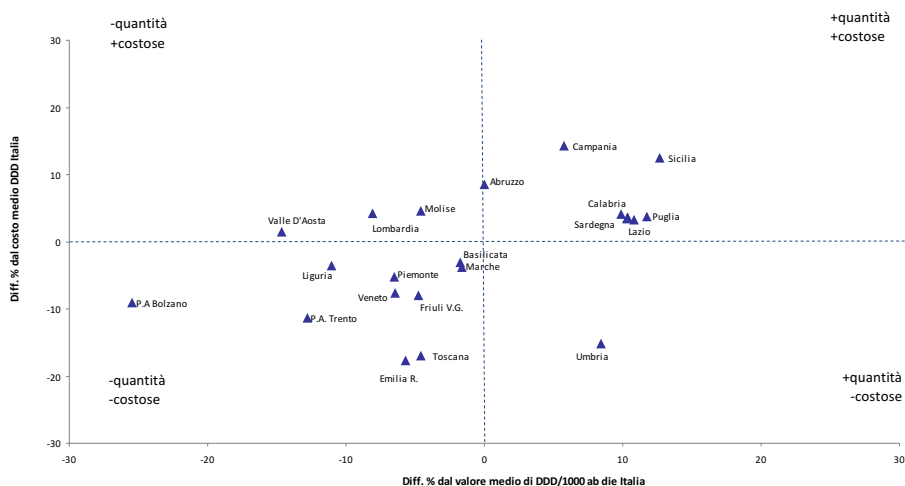


Tabella 5. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata regionale di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2013 e 2012

	Spesa lorda 2013* (milioni)	Spesa lorda pro capite pesata	Δ% 2013-2012				Δ% costo medio DDD
			spesa	DDD	prezzi	mix	
Piemonte	586,3	124,9	-2,2	2,3	-4,6	0,1	-4,5
Valle d'Aosta	14,7	112,7	-8,9	-4,5	-7,3	2,9	-4,6
Lombardia	1315,3	134,7	-2,2	2,6	-4,5	-0,2	-4,7
P.A. Bolzano	44,8	95,6	-3,8	1,2	-6,1	1,3	-4,9
P.A. Trento	56,0	108,7	-4,4	2,7	-8,2	1,3	-7,0
Veneto	590,9	121,7	-3,2	0,8	-4,4	0,5	-4,0
Friuli V.G.	163,6	123,4	-4,5	1,5	-5,4	-0,5	-5,9
Liguria	223,1	120,9	-4,7	-0,2	-5,6	1,1	-4,5
Emilia R.	503,3	109,4	-5,1	0,5	-4,4	-1,2	-5,6
Toscana	443,6	111,1	-3,2	0,6	-3,9	0,1	-3,8
Umbria	123,0	129,8	-0,2	2,7	-4,8	2,0	-2,8
Marche	215,8	132,7	0,1	2,4	-4,8	2,7	-2,2
Lazio	885,9	161,1	-1,2	2,1	-4,8	1,7	-3,2
Abruzzo	202,9	150,2	-1,4	2,5	-5,2	1,5	-3,8
Molise	43,7	133,0	-3,2	0,8	-6,3	2,4	-4,0
Campania	832,8	164,2	-1,6	2,5	-4,1	0,0	-4,0
Puglia	626,6	162,9	-1,0	3,6	-4,6	0,2	-4,5
Basilicata	77,4	134,1	-1,2	2,6	-5,1	1,4	-3,7
Calabria	302,1	161,0	-4,2	2,3	-5,6	-0,7	-6,3
Sicilia	833,7	176,4	-3,1	1,5	-4,2	-0,3	-4,6
Sardegna	263,8	161,1	-7,4	2,0	-6,5	-2,9	-9,2
Italia	8.349,2	139,9	-2,6	1,9	-4,7	0,2	-4,5

* spesa per medicinali di fascia A, al netto di quella per medicinali di fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della L. n.203/2000 e dell'ossigeno

Tabella 6. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2013 e 2012

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa procapite	DDD/1000 ab die	Δ % 2013-2012				Δ% costo medio DDD
				spesa	DDD	prezzi	mix	
Italia		139,9	1.002,4	-2,6	1,9	-4,7	0,2	-4,5
C- Sistema cardiovascolare		45,7	469,4	-6,1	1,3	-6,4	-0,9	-7,3
Inibitori della HMG CoA riduttasi		8,1	63,7	-15,9	6,2	-15,8	-5,9	-20,8
Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici		6,6	40,5	-5,8	0,9	-5,7	-0,9	-6,6
Antagonisti dell'angiotensina II, non associati		5,5	55,7	-17,0	2,0	-18,3	-0,5	-18,7
Derivati diidropiridinici		3,6	54,1	-3,2	-0,9	-0,7	-1,6	-2,3
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non ass.		3,5	88,9	-2,7	0,2	-0,3	-2,6	-2,9
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e diuretici		2,8	25,9	-2,6	-2,4	-0,2	-0,1	-0,3
Altri ipocolesterolemizzanti ed ipotrigliceridemizzanti		2,8	5,6	-5,5	-5,3	0,3	-0,5	-0,1
Betabloccanti, selettivi		2,7	35,0	5,1	2,5	-0,4	3,0	2,6
Inibitori Hmg CoA Reduttasi C/Altri Modificatori Dei Lipidi		1,9	3,4	7,5	7,5	0,0	0,0	0,0
Nitrati organici		1,3	15,7	-9,6	-8,3	0,0	-1,3	-1,4
Bloccanti dei recettori alfa adrenergici		0,9	7,7	-1,1	-0,2	-0,2	-0,7	-0,9
Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e calcioantagonisti		0,7	4,8	67,4	59,6	3,9	1,0	4,9
antagonisti dell'angiotensina II associati a calcio-antagonisti		0,6	2,4	10,1	5,7	4,1	0,1	4,2
Antiarritmici, classe IC		0,6	4,6	3,0	0,4	-0,1	2,7	2,7
Sulfonamidi, non associate		0,6	25,0	1,2	2,3	0,0	-1,0	-1,0
Bloccanti dei recettori alfa e beta adrenergici		0,6	4,2	-3,5	-2,6	-0,1	-0,7	-0,8
Antagonisti dell'aldosterone		0,3	3,7	3,0	2,3	0,0	0,7	0,7
Altri preparati cardiaci		0,3	0,3	16,8	12,1	0,4	3,8	4,2
Fibrati		0,3	2,4	5,1	5,5	-0,5	0,2	-0,4
Derivati benzotiazepinici		0,3	1,8	-8,2	-7,6	0,0	-0,6	-0,7
Agonisti dei recettori dell'imidazolina		0,3	1,6	-5,0	-5,3	0,0	0,3	0,2
Betabloccanti selettivi e tiazidi		0,3	3,0	27,1	26,6	-1,5	1,9	0,4
Antiarritmici, classe III		0,2	3,0	-5,4	-1,0	-0,7	-3,7	-4,5
Derivati fenilalchilaminici		0,2	2,0	-7,3	-7,1	-0,2	-0,1	-0,3
Inibitori della renina		0,1	0,6	55,5	38,4	4,2	7,8	12,3
Diuretici ad azione diuretica minore e farmaci risparmiatori di potassio		0,1	3,4	-4,6	-4,5	0,0	-0,1	-0,1
Betabloccanti selettivi ed altri diuretici		0,1	2,7	-5,1	-4,6	-0,1	-0,4	-0,5
Betabloccanti, non selettivi		0,1	1,7	0,4	0,1	0,0	0,3	0,3
Glicosidi digitalici		0,1	2,9	-9,3	-10,4	0,0	1,2	1,2
Diuretici ad azione diuretica maggiore e farmaci risparmiatori di potassio		0,1	0,7	-2,3	-2,2	0,0	-0,1	-0,1
A- Apparato gastrointestinale e metabolismo		24,4	151,6	2,4	3,3	-3,0	2,3	-0,8
Inibitori della pompa acida		11,3	73,7	1,6	7,3	-4,4	-0,9	-5,3
Insuline e analoghi, ad azione rapida		2,7	7,5	3,4	2,4	-0,2	1,2	1,0
Acido aminosalicilico ed analoghi		1,2	4,0	4,6	4,7	-0,2	0,1	-0,1
Vitamina D e analoghi		1,1	2,6	37,7	17,6	-0,3	17,5	17,1
Antibiotici		1,1	1,6	21,9	8,0	-15,3	33,3	12,9
Biguanidi		1,0	19,4	1,7	3,9	-0,3	-1,8	-2,1
Biguanidi e sulfonamidi in associazione		0,7	6,4	-11,1	-13,7	0,6	2,4	3,0
Altri antiulcera peptica		0,6	2,1	7,0	5,9	-0,1	1,1	1,1
Altri ipoglicemizzanti orali		0,6	4,1	-5,6	0,7	0,5	-6,7	-6,2
Insuline e analoghi, ad azione lunga		0,5	0,9	-10,7	-10,7	-0,4	0,4	0,0
Preparati a base di acidi biliari		0,5	2,1	3,2	4,9	-0,7	-0,9	-1,7
Calcio, associazioni con altri farmaci		0,4	6,0	-3,1	-3,4	-0,3	0,6	0,3
Sulfonamidi, derivati dell'urea		0,4	11,4	-4,6	-4,7	-0,1	0,3	0,2

segue >

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa procapite	DDD/1000 ab die	Δ % 2013-2012				Δ% costo medio DDD
				spesa	DDD	prezzi	mix	
	Insuline e analoghi, ad azione intermedia e ad azione rapida associata	0,4	1,1	-12,1	-13,0	-0,1	1,2	1,1
	Antagonisti dei recettori H2	0,3	2,4	-3,7	-1,1	-2,3	-0,4	-2,7
	Associazioni e complessi fra composti di alluminio, calcio e magnesio	0,3	1,6	0,4	0,7	-0,1	-0,2	-0,3
	Corticosteroidi per uso topico	0,2	0,4	1,0	2,4	0,0	-1,3	-1,3
	Inibitori della Dipeptil Peptidasi 4 (DPP-4)	0,2	0,3	2,8	-7,3	2,3	8,4	10,9
	Insuline e analoghi, ad azione intermedia	0,2	0,5	-9,3	-12,9	-1,5	5,8	4,1
	Antagonisti della serotonina (5HT3)	0,1	0,0	-11,7	-4,8	-3,8	-3,7	-7,3
	Inibitori dell'alfa glucosidasi	0,1	0,6	7,4	8,1	0,0	-0,7	-0,7
	Preparati a base di enzimi	0,1	0,5	11,4	4,2	-2,6	9,8	6,9
	N- Sistema nervoso centrale	17,6	60,6	-3,0	2,2	-6,9	2,0	-5,1
	Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina	3,6	28,1	-2,1	0,9	-2,0	-1,1	-3,0
	Altri antiepilettici	3,1	4,2	-19,5	5,3	-23,5	0,0	-23,5
	Altri antidepressivi	2,4	8,1	3,3	3,7	-0,1	-0,3	-0,4
	Agonisti selettivi dei recettori 5HT1	1,2	0,8	0,5	2,8	-2,0	-0,3	-2,2
	Alcaloidi naturali dell'oppio	1,1	1,8	16,1	19,0	-2,3	-0,2	-2,5
	Agonisti della dopamina	1,0	1,5	-6,3	0,1	-8,9	2,7	-6,4
	Derivati della fenilpiperidina	0,8	0,5	10,8	5,0	-0,2	5,6	5,4
	Derivati degli acidi grassi	0,6	2,1	4,5	4,2	-0,1	0,4	0,3
	Altri oppiacei	0,6	0,9	25,5	5,5	1,5	17,2	19,0
	Inibitori della monoaminoossidasi di tipo B	0,5	1,0	10,3	14,6	0,0	-3,8	-3,8
	Dopa e suoi derivati	0,5	1,9	-2,6	1,6	-1,2	-3,0	-4,1
	Diazepine, oxazepine e tiazepine	0,5	0,8	-8,9	4,1	-10,7	-2,0	-12,5
	Derivati della carbossamide	0,4	2,1	-3,5	-1,9	-1,9	0,2	-1,6
	Altri antipsicotici	0,2	0,2	-1,9	6,0	-5,6	-2,0	-7,5
	Anticolinesterasici	0,2	0,3	-25,5	5,7	-18,0	-14,0	-29,5
	Altri farmaci anti-demenzia	0,1	0,1	-5,6	-5,5	-2,2	2,2	0,0
	Inibitori non selettivi della ricaptazione di monoamine	0,1	1,1	-1,1	-1,1	0,0	0,0	0,0
	Derivati dell'oripavina	0,1	0,1	-6,7	-6,7	0,0	0,1	0,0
	R- Sistema respiratorio	12,9	49,6	-3,3	1,3	-5,2	0,7	-4,5
	Adrenergici ed altri antiasmatici	6,1	11,8	2,0	1,6	0,0	0,4	0,4
	Anticolinergici	2,3	6,5	5,5	4,6	0,0	0,9	0,9
	Glicocorticoidi	2,0	10,3	4,0	4,5	-0,1	-0,3	-0,4
	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici	0,9	6,0	1,5	0,7	0,0	0,8	0,8
	Altri antistaminici per uso sistemico	0,6	6,9	-18,7	-1,4	-15,6	-2,3	-17,5
	Antagonisti dei recettori dei leucotrieni	0,5	2,1	-55,1	-2,5	-51,3	-5,3	-53,9
	Derivati piperazinici	0,4	4,6	-4,7	-1,2	-1,0	-2,6	-3,6
	J- Antimicrobici generali per uso sistemico	11,3	23,5	1,9	5,2	-1,0	-2,1	-3,2
	Cefalosporine di terza generazione	2,5	1,9	5,2	8,6	-0,9	-2,2	-3,1
	Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi	2,4	9,1	6,5	9,2	-1,2	-1,3	-2,5
	Fluorochinoloni	1,9	3,1	1,6	3,7	-0,5	-1,5	-1,9
	Macrolidi	1,4	4,2	0,3	3,9	-2,3	-1,2	-3,5
	Derivati triazolici	0,9	0,8	-1,3	-0,7	-0,6	-0,1	-0,7
	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della transcriptasi inversa	0,4	0,2	-0,8	2,7	-1,8	-1,6	-3,3
	Altri antibatterici	0,4	0,3	4,2	5,9	0,0	-1,6	-1,6
	Immunoglobuline specifiche	0,4	0,0	-14,4	-7,5	-0,3	-7,1	-7,4
	Penicilline ad ampio spettro	0,3	2,5	-3,3	-1,2	-1,8	-0,3	-2,1
	Cefalosporine di seconda generazione	0,2	0,3	-5,5	-5,1	-0,7	0,4	-0,3
	Antibatterici glicopeptidici	0,1	0,0	-1,9	-1,9	-0,4	0,4	0,0
	B- Sangue e organi emopoietici	7,3	98,3	-2,3	3,2	-2,4	-3,0	-5,3
	Eparinici	3,1	4,2	-7,9	-8,5	-0,8	1,5	0,7
	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	2,6	67,2	11,3	2,3	-0,5	9,3	8,8

segue >

I liv. ATC	Sottogruppi	Spesa procapite	DDD/1000 ab die	Δ % 2013-2012				Δ% costo medio DDD
				spesa	DDD	prezzi	mix	
	Acido folico e derivati	0,2	4,6	19,6	41,6	0,0	-15,5	-15,5
	Ferro bivalente, preparati orali	0,2	10,8	2,6	-4,1	0,0	7,0	7,0
	Antagonisti della vitamina K	0,2	6,6	3,4	3,6	0,0	-0,1	-0,1
	Succedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,2	0,0	-12,3	-12,1	3,1	-3,2	-0,2
	Altri preparati antianemici	0,2	0,1	-33,6	-32,4	-19,2	21,5	-1,8
	Fattori della coagulazione del sangue	0,2	0,0	-32,0	-44,3	-34,9	87,4	22,0
	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,1	0,3	0,2	0,0	-0,1	0,2	0,2
	M- Sistema muscolo-scheletrico	6,2	42,5	-3,2	0,0	-3,4	0,1	-3,2
	Coxibs	1,2	4,9	7,4	7,0	0,0	0,4	0,4
	Bifosfonati	1,1	6,7	-16,8	-3,7	-11,8	-2,0	-13,6
	Bifosfonati e calcio, preparazioni sequenziali	0,8	3,2	2,9	3,0	0,0	-0,1	-0,1
	Altri farmaci che agiscono sulla mineralizzazione	0,7	1,5	-15,4	-12,9	-3,6	0,8	-2,8
	Derivati dell'acido propionico	0,7	7,6	-0,9	1,8	-0,7	-2,0	-2,6
	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	0,7	5,6	-0,6	0,0	-0,1	-0,4	-0,6
	Preparati inibitori la formazione di acido urico	0,5	7,5	28,0	8,3	-2,2	20,8	18,1
	Altri farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei	0,2	3,1	-16,7	-14,9	-1,2	-1,0	-2,1
	Oxicam-derivati	0,1	1,4	-7,5	-8,0	-0,6	1,1	0,5
	G- Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	5,1	42,0	3,0	1,4	-0,6	2,2	1,6
	Inibitori della testosterone-5-alfa riduttasi	2,0	8,5	6,9	5,8	-0,1	1,2	1,1
	Antagonisti dei recettori alfa adrenergici	1,8	21,1	5,6	3,7	0,3	1,5	1,8
	Gonadotropine	0,3	0,2	-12,3	-9,1	-8,7	5,6	-3,5
	altri estrogeni	0,1	0,7	-2,0	-2,0	0,0	0,0	0,0
	Associazioni fisse estro-progestiniche	0,1	3,3	-7,0	-6,0	-0,2	-0,9	-1,1
	Inibitori della prolattina	0,1	0,1	2,1	0,4	-0,2	1,9	1,7
	Estrogeni naturali e semisintetici, non associati	0,1	2,5	-6,4	-5,6	-0,8	0,0	-0,8
	L- Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	3,2	4,6	-2,7	3,4	-3,4	-2,7	-6,0
	Inibitori enzimatici	1,0	1,9	3,8	5,5	-0,7	-0,9	-1,6
	Inibitori della calcineurina	0,8	0,3	-3,1	-2,4	-1,3	0,6	-0,6
	Analoghi dell'acido folico	0,5	0,4	3,2	12,6	-2,6	-6,0	-8,4
	Fattori di stimolazione delle colonie	0,1	0,0	-21,3	-26,0	-5,4	12,5	6,4
	Antiandrogeni	0,1	0,3	8,4	10,5	-7,1	5,5	-2,0
	Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	0,1	0,1	-8,3	-0,4	-7,1	-0,9	-7,9
	H- Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2,8	35,3	-4,9	4,0	-6,3	-2,4	-8,5
	Glicocorticoidi	1,1	12,8	5,1	5,4	-1,0	0,7	-0,3
	Ormoni tiroidei	0,6	20,2	8,5	4,1	0,0	4,2	4,2
	Ormoni paratiroidei	0,5	0,1	-26,4	-23,6	-19,3	19,5	-3,6
	Somatotropina e analoghi	0,2	0,0	-10,6	-8,3	-6,2	3,9	-2,6
	Ormone anticrescita	0,1	0,0	-14,8	-15,3	-10,8	12,9	0,7
	Vasopressina e analoghi	0,1	0,7	2,5	-3,0	-0,4	6,0	5,7
	S- Organi di senso	2,7	20,7	0,8	2,8	-2,8	0,9	-2,0
	Betabloccanti	1,5	12,2	-1,1	2,0	-4,4	1,5	-3,0
	Analoghi delle prostaglandine	0,9	5,5	4,9	5,6	-0,4	-0,2	-0,6
	Inibitori dell'anidridasi carbonica	0,2	1,4	1,3	1,7	-0,1	-0,3	-0,4
	D- Dermatologici	0,6	3,5	-21,9	-15,6	-0,3	-7,2	-7,5
	Altri antipsoriasici per uso topico	0,3	1,3	-34,3	-34,2	-0,1	0,0	-0,1
	P- Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,1	0,8	2,9	4,5	0,0	-1,5	-1,5
	V- Vari	0,1	0,1	-13,1	0,9	-4,2	-10,2	-13,9

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**CATEGORIE TERAPEUTICHE E PRINCIPI ATTIVI
(gennaio - settembre 2013)**



Tabella 7. Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa convenzionata lorda pro capite per i farmaci di classe A-SSN nei primi 9 mesi 2013 (popolazione pesata)

	C	A	N	J	R	B	V	M	G	L	H	S	D	P	Totale
Piemonte	41,7	21,0	18,5	8,4	11,6	5,9	0,2	4,7	4,9	2,8	1,9	2,9	0,5	0,1	125,1
Valle d'Aosta	35,8	17,8	16,4	7,0	14,2	2,7	9,6	5,2	5,1	2,6	2,6	2,7	0,4	0,1	122,3
Lombardia	42,4	21,0	18,6	8,6	12,2	8,8	1,0	4,4	5,6	5,7	4,0	2,3	0,5	0,2	135,3
P.A. Bolzano	31,8	12,2	18,3	5,3	9,8	3,4	0,1	4,1	4,1	2,4	2,0	1,6	0,4	0,1	95,7
P.A. Trento	36,6	17,6	15,5	7,3	11,6	4,1	0,4	4,2	4,5	2,6	1,9	2,0	0,5	0,2	109,1
Veneto	42,6	21,1	16,2	7,2	10,5	6,3	0,4	5,1	4,6	2,9	1,9	2,4	0,5	0,2	122,0
Friuli V.G.	43,5	20,4	16,9	6,5	10,3	6,7	0,3	5,0	4,5	3,8	1,9	3,0	0,6	0,2	123,7
Liguria	41,3	21,1	18,2	7,8	11,9	3,1	0,3	5,1	5,0	2,4	1,7	2,8	0,5	0,1	121,2
Emilia R.	39,2	17,9	14,5	7,5	10,7	4,0	0,2	4,2	4,8	0,9	1,8	3,1	0,5	0,2	109,6
Toscana	37,2	18,8	15,1	9,4	11,7	3,1	0,8	4,7	4,7	0,3	2,1	3,2	0,5	0,2	111,9
Umbria	44,2	22,9	18,0	10,8	11,8	3,0	0,0	4,8	5,6	2,3	2,5	3,1	0,5	0,2	129,8
Marche	46,3	21,0	17,6	11,8	11,6	3,3	1,0	5,6	5,9	2,7	2,5	3,7	0,5	0,2	133,6
Lazio	52,4	27,3	18,7	13,7	15,3	9,4	0,5	8,3	5,5	3,2	3,4	3,1	0,6	0,1	161,6
Abruzzo	44,1	26,5	24,5	12,7	11,4	7,8	3,6	6,7	4,8	3,7	3,5	3,5	0,6	0,1	153,3
Molise	47,0	22,1	15,6	13,2	11,0	4,8	8,0	6,7	4,4	3,0	2,3	2,1	0,6	0,1	140,9
Campania	52,4	28,6	16,4	18,6	16,5	10,2	6,7	6,9	5,1	3,6	2,5	2,5	0,7	0,1	170,7
Puglia	52,5	28,4	17,5	16,1	15,1	9,5	0,9	9,2	5,1	3,3	3,0	2,5	0,6	0,1	163,7
Basilicata	44,6	23,2	14,8	12,1	14,1	4,7	0,4	7,0	5,1	2,8	2,5	2,6	0,6	0,1	134,5
Calabria	52,2	29,5	16,9	16,2	13,2	9,9	0,7	8,5	5,2	3,0	2,7	2,7	0,7	0,1	161,6
Sicilia	53,3	39,6	18,8	15,7	14,1	11,1	2,6	9,3	5,2	3,1	3,0	2,3	0,7	0,1	178,9
Sardegna	52,5	30,0	21,1	11,0	15,7	5,1	0,2	9,0	5,6	3,7	3,8	2,6	0,7	0,2	161,2
Italia	45,7	24,4	17,6	11,3	12,9	7,3	1,4	6,2	5,1	3,2	2,8	2,7	0,6	0,1	141,2
Nord	41,5	20,3	17,3	7,9	11,4	6,4	0,5	4,6	5,1	3,5	2,6	2,6	0,5	0,2	124,4
Centro	45,9	23,3	17,3	11,8	13,3	6,0	0,7	6,5	5,3	2,1	2,8	3,2	0,5	0,2	138,9
Sud e isole	51,7	31,0	18,1	15,8	14,7	9,4	3,0	8,3	5,2	3,4	2,9	2,5	0,7	0,1	166,9

Tabella 8. Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata per i farmaci di classe A-SSN nei primi 9 mesi 2013 (popolazione pesata)

	C	A	N	J	R	B	V	M	G	L	H	S	D	P	Totale
Piemonte	439,7	139,5	65,6	18,7	40,1	92,7	0,0	35,7	44,2	4,7	30,4	22,4	2,6	0,7	937,0
Valle d'Aosta	384,5	125,0	54,2	17,4	45,9	85,6	0,1	39,5	44,8	4,1	32,9	18,9	2,1	0,7	855,7
Lombardia	450,6	129,6	58,5	19,6	45,0	95,8	0,2	28,5	39,1	6,8	27,8	16,8	2,4	0,9	921,6
P.A. Bolzano	352,6	83,9	67,0	13,5	34,0	74,4	0,0	27,8	38,8	4,0	33,7	14,3	2,5	0,7	747,2
P.A. Trento	405,6	118,6	51,1	18,6	44,8	100,3	0,0	30,9	38,9	4,0	34,9	15,2	3,2	0,9	874,0
Veneto	469,7	134,0	55,8	17,5	38,9	91,4	0,0	33,5	37,9	4,9	32,2	18,0	2,9	1,0	937,8
Friuli V.G.	469,4	130,9	53,4	16,8	38,7	104,7	0,1	37,4	38,3	5,7	32,3	22,5	3,4	1,1	954,7
Liguria	414,9	137,7	69,5	16,1	44,0	79,9	0,0	32,1	40,9	3,9	28,6	21,2	2,5	0,4	891,8
Emilia R.	460,1	120,1	59,2	19,3	42,5	102,1	0,0	31,8	42,7	1,9	38,2	23,7	2,7	0,8	945,0
Toscana	443,3	123,9	74,2	21,9	43,3	100,3	0,0	36,9	40,7	0,5	40,4	25,8	3,9	0,9	956,3
Umbria	552,5	141,1	68,9	26,2	45,3	95,9	0,0	37,7	45,7	3,9	41,6	24,2	3,2	1,0	1.087,1
Marche	467,3	129,8	62,8	24,6	39,6	97,7	0,0	41,7	47,1	4,5	38,6	28,8	2,7	0,8	986,2
Lazio	502,8	175,6	60,0	27,0	60,8	107,6	0,1	53,4	46,1	5,0	43,3	24,3	4,3	0,8	1.111,0
Abruzzo	440,0	150,1	67,7	26,4	43,4	110,9	0,2	48,8	40,3	5,3	38,0	27,0	3,9	0,5	1.002,5
Molise	439,0	145,1	53,4	25,6	40,9	104,6	0,1	46,5	34,9	3,9	42,0	15,9	4,0	0,4	956,1
Campania	498,9	166,3	53,2	33,9	69,4	85,2	0,1	49,0	41,1	4,6	33,7	18,4	5,6	0,6	1.060,0
Puglia	500,9	182,0	56,5	31,0	61,2	112,1	0,1	65,7	42,4	4,7	39,8	19,8	3,5	0,4	1.120,2
Basilicata	433,9	148,3	53,1	26,8	55,3	104,2	0,0	51,2	42,0	3,8	41,8	19,9	3,8	0,4	984,6
Calabria	491,9	190,6	60,4	29,4	49,6	110,2	0,1	58,9	41,2	4,2	38,7	20,2	5,2	0,6	1101,2
Sicilia	502,4	221,2	57,9	28,7	58,3	99,0	0,1	58,0	42,1	4,5	34,6	17,2	5,0	0,7	1.129,6
Sardegna	475,7	177,3	72,7	22,0	58,6	107,6	0,1	59,7	55,0	5,9	45,1	20,9	4,1	0,9	1.105,8
Italia	469,4	151,6	60,6	23,5	49,6	98,3	0,1	42,5	42,0	4,6	35,3	20,7	3,5	0,8	1.002,4
Nord	449,4	130,1	59,9	18,5	42,2	94,6	0,1	31,8	40,4	5,0	31,2	19,6	2,6	0,8	926,3
Centro	482,2	149,6	65,8	24,9	50,9	102,9	0,0	45,1	44,4	3,4	41,6	25,4	3,9	0,8	1.041,1
Sud e isole	490,5	184,0	58,4	29,7	59,6	100,9	0,1	56,4	42,7	4,7	37,2	19,4	4,6	0,6	1.088,7

In ogni categoria sono evidenziati i valori minimo e massimo

C - Sistema cardiovascolare	B - Sangue ed organi emopoietici	H - Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	M - Sistema muscolo-scheletrico	S - Organi di senso
N - Sistema nervoso centrale	G - Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	D - Vari
R - Sistema respiratorio	L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	V - Dermatologici
J - Antimicrobici per uso sistemico		P - Antiparassitari

Tabella 9. Primi trenta principi attivi per spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2009-2013

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	%	Rango 2013	Rango 2012	Rango 2011	Rango 2010	Rango 2009
C	Rosuvastatina	3,9	2,8	1	1	2	2	4
R	Salmeterolo, associazioni	3,6	2,6	2	2	3	3	2
A	Lansoprazolo	3,3	2,3	3	3	4	4	3
A	Pantoprazolo	3,3	2,3	4	5	7	10	12
A	Omeprazolo	2,5	1,8	5	7	8	8	7
C	Omega-3-trigliceridi	2,3	1,6	6	6	6	7	8
J	Amoxicillina e inibitori enzimatici	2,3	1,6	7	8	9	11	10
R	Formoterolo, associazioni	2,1	1,5	8	10	11	5	13
R	Tiotropio	2,1	1,5	9	9	11	13	15
C	Atorvastatina	2,0	1,4	10	4	1	1	1
C	Irbesartan e diuretici	1,9	1,3	11	12	10	9	9
B	Enoxaparina	1,9	1,3	12	11	12	17	24
C	Simvastatina e ezetimibe	1,9	1,3	13	13	15	18	23
A	Esomeprazolo	1,9	1,3	14	15	14	5	5
C	Olmesartan	1,8	1,2	15	16	19	22	29
N	Escitalopram	1,7	1,2	16	14	16	20	19
G	Dutasteride	1,6	1,1	17	21	30	38	49
C	Olmesartan e diuretici	1,5	1,1	18	22	27	34	66
C	Ramipril	1,5	1,1	19	17	22	23	21
C	Simvastatina	1,4	1,0	20	20	18	16	14
N	Pregabalin	1,4	1,0	21	24	28	37	51
C	Telmisartan	1,4	1,0	22	23	24	25	30
N	Duloxetina	1,3	0,9	23	26	30	33	41
B	Acido acetilsalicilico	1,3	0,9	24	25	45	50	55
V	Ossigeno	1,3	0,9	25	28	23	89	-
C	Amlodipina	1,2	0,9	26	27	21	15	11
C	Bisoprololo	1,2	0,8	27	-	-	-	-
A	Insulina aspart	1,1	0,8	28	-	-	-	-
S	Timololo, associazioni	1,1	0,8	29	30	24	27	36
J	Ceftriaxone	1,1	0,8	30	-	-	-	-
Totale		57,0	40,3					
Totale spesa SSN		141,2	100					

Nota: dove il rango è assente significa che aveva ranghi inferiori a quelli considerati

Tabella 10. Primi trenta principi attivi per consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2009-2013

ATC	Principio attivo	DDD/1000 ab die	%	Rango 2013	Rango 2012	Rango 2011	Rango 2010	Rango 2009
C	Ramipril	58,7	5,9	1	1	1	1	1
B	Acido acetilsalicilico	57,4	5,7	2	2	2	2	2
C	Amlodipina	27,5	2,7	3	3	3	3	3
C	Atorvastatina	27,3	2,7	4	5	6	7	9
C	Furosemide	23,6	2,4	5	4	4	4	4
A	Lansoprazolo	21,5	2,1	6	6	5	5	5
H	Levotiroxina	20,1	2,0	7	7	7	6	6
A	Omeprazolo	19,6	2,0	8	9	9	9	11
A	Metformina	19,4	1,9	9	8	8	8	10
A	Pantoprazolo	18,1	1,8	10	11	14	19	24
C	Simvastatina	15,8	1,6	11	12	12	13	12
C	Rosuvastatina	15,2	1,5	12	10	10	12	15
C	Valsartan	14,3	1,4	13	13	15	14	17
C	Nebivololo	13,1	1,3	14	15	16	17	19
C	Enalapril	12,8	1,3	15	14	11	10	7
A	Esomeprazolo	12,3	1,2	16	19	26	34	37
C	Valsartan e diuretici	11,6	1,2	17	17	17	16	16
C	Nitroglicerina	11,5	1,1	18	16	13	11	8
C	Atenololo	10,5	1,0	19	18	19	18	14
B	Ferro (II) solfato	10,1	1,0	20	20	18	15	13
C	Lercanidipina	9,5	0,9	21	21	20	21	21
C	Telmisartan	9,3	0,9	22	23	23	25	27
C	Irbesartan	9,3	0,9	23	22	21	20	20
G	Tamsulosina	9,1	0,9	24	24	22	23	26
J	Amoxicillina e inibitori enzimatici	9,1	0,9	25	25	24	26	25
C	Ramipril e diuretici	8,0	0,8	26	27	28	32	32
C	candesartan	7,9	0,8	27	26	25	24	23
N	Paroxetina	7,8	0,8	28	-	-	-	-
C	Losartan	7,8	0,8	29	30	30	29	28
C	Doxazosina	7,6	0,8	30	29	31	29	28
		505,8	50,5					
		1002,4	100,0					

Tabella 11. Primi trenta principi attivi* a maggiore variazione di spesa convenzionata rispetto all'anno precedente: confronto primi 9 mesi 2013-2012

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	Δ% 13/12	DDD/1000 ab die	Δ% 13/12
C	Ezetimibe	0,5	96,4	1,0	89,8
A	Colecalciferolo	0,9	49,6	1,0	31,0
N	Oxicodone, combinazioni	0,5	40,3	0,5	24,0
B	Clopidogrel	0,6	35,1	3,3	36,6
A	Rifaximina	1,0	22,3	1,4	6,5
N	Rotigotina	0,4	12,6	0,3	13,8
A	Pantoprazolo	3,3	12,6	18,1	15,7
A	Esomeprazolo	1,9	12,1	12,3	14,1
C	Bisoprololo	1,2	11,3	7,3	10,5
C	Olmesartan e diuretici	1,5	11,2	6,2	11,6
M	Etoricoxib	0,9	11,2	3,7	11,0
G	Dutasteride	1,6	10,5	5,8	10,9
N	Fentanil	0,8	10,2	0,5	4,9
C	Olmesartan e amlodipina	0,6	9,6	2,4	5,6
L	Letrozolo	0,6	9,0	0,9	10,5
N	Rasagilina	0,5	9,0	0,4	9,4
C	Zefenopril e diuretici	0,6	8,3	3,7	8,7
R	Beclometasone	1,0	8,1	6,3	8,8
A	Insulina Glulisina	0,4	7,7	1,1	8,1
H	Levotiroxina sodica	0,6	7,7	20,1	4,0
A	Acido Alginico	0,5	7,4	1,7	7,3
C	Simvastatina e ezetimibe	1,9	7,0	3,4	7,4
N	Pregabalin	1,4	6,9	1,4	7,0
J	Cefixima	0,7	6,7	1,0	8,5
J	Amoxicillina e inibitori enzimatici	2,3	6,4	9,1	9,0
C	Olmesartan	1,8	5,8	6,9	9,6
J	Ciprofloxacina	0,8	5,3	1,0	6,0
A	Insulina Lispro	1,1	5,3	2,9	5,7
J	Azitromicina	0,5	5,2	1,3	7,3
V	Ossigeno [^]	1,3	5,1		

*Selezionati tra le 100 sostanze a maggior spesa

[^] non è disponibile il valore della DDD

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

**FARMACI A BREVETTO SCADUTO
(gennaio - settembre 2013)**



Tabella 12. Spesa e consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nelle liste di trasparenza AIFA*: confronto fra i primi 9 mesi del 2013 e 2012

	Consumi totali		Consumi farmaci a brevetto scaduto			Spesa lorda farmaci a brevetto scaduto			%Spesa equivalenti**
	DDD/1000 ab die	Δ% 13/12	DDD/1000 ab die	% sul totale DDD	Δ% 13/12	€ pro capite	% sul totale spesa	Δ% 13/12	
Piemonte	937,0	2,6	607,5	64,8	7,9	57,9	46,3	5,6	33,7
Valle d'Aosta	855,7	-5,0	540,6	63,2	0,1	50,0	40,8	-2,2	34,6
Lombardia	921,6	2,0	604,5	65,6	7,9	57,3	42,3	5,9	39,6
P.A. Bolzano	747,2	0,8	478,7	64,1	6,8	43,8	45,8	3,8	37,8
P.A. Trento	874,0	2,2	565,0	64,6	7,7	51,9	47,5	6,3	45,4
Veneto	937,8	0,5	623,9	66,5	5,8	57,6	47,2	3,2	35,5
Friuli VG	954,7	1,6	620,8	65,0	8,1	57,1	46,2	5,5	35,3
Liguria	891,8	0,5	577,1	64,7	7,4	57,3	47,3	4,7	32,4
E. Romagna	945,0	0,5	632,8	67,0	6,6	55,5	50,7	2,6	36,5
Toscana	956,3	0,6	637,1	66,6	5,7	56,9	50,8	1,8	34,2
Umbria	1.087,1	3,4	739,7	68,0	8,4	65,8	50,7	6,7	27,8
Marche	986,2	2,8	629,5	63,8	8,4	64,2	48,0	6,3	25,3
Lazio	1.111,0	1,1	714,2	64,3	7,4	75,1	46,5	4,5	23,7
Abruzzo	1.002,5	2,5	630,4	62,9	8,9	67,9	44,3	7,4	27,6
Molise	956,1	1,1	595,6	62,3	8,8	63,7	45,2	5,7	21,3
Campania	1.060,0	2,5	685,7	64,7	7,8	76,3	44,7	5,9	19,4
Puglia	1.120,2	3,7	718,7	64,2	10,9	77,6	47,4	7,9	23,7
Basilicata	984,6	3,1	606,8	61,6	9,7	63,7	47,4	7,1	20,0
Calabria	1.101,2	2,6	700,4	63,6	9,1	75,8	46,9	4,9	19,8
Sicilia	1.129,6	1,7	732,0	64,8	7,3	79,8	44,6	3,9	20,8
Sardegna	1.105,8	1,9	680,3	61,5	8,8	69,2	42,9	3,7	28,7
Italia	1.002,4	1,8	651,7	65,0	7,7	64,9	46,0	4,9	29,2
Nord	926,3	1,4	608,8	65,7	7,2	56,8	45,6	4,7	36,8
Centro	1.041,1	1,4	679,3	65,2	7,1	66,9	48,1	4,2	27,2
Sud e isole	1.088,7	2,5	696,8	64,0	8,6	75,6	45,3	5,6	22,0

*L'analisi è stata effettuata utilizzando le liste di trasparenza pubblicate mensilmente dall'AIFA

** Calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto. Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art.1bis, del DL 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149.

Tabella 13. Primi venti principi attivi a brevetto scaduto a maggiore spesa farmaceutica convenzionata e corrispondenti consumi: confronto fra i primi 9 mesi del 2013 e 2012*

ATC	Principio attivo	Spesa lorda (milioni)	Spesa equivalenti** (%)	DDD/1000 abitanti die	Δ% 2013-2012	
					DDD	costo medio DDD
A	Lansoprazolo	196,8	61,7	21,5	-0,3	-1,4
A	Pantoprazolo	195,2	42,6	18,1	15,7	-2,3
A	Omeprazolo	150,1	27,6	19,6	4,6	-1,3
J	Amoxicillina e inibitori enzimatici	135,3	23,3	9,1	9,0	-2,1
C	Atorvastatina	120,8	25,1	27,3	51,8	-30,5
A	Esomeprazolo	111,2	27,2	12,2	14,1	-1,4
C	Ramipril	90,4	31,3	58,7	3,6	-1,7
C	Simvastatina	84,7	45,6	15,8	1,5	-1,5
C	Amlodipina	72,8	26,6	27,5	0,8	-1,5
C	Bisoprololo	69,4	25,5	7,3	10,5	1,1
J	Ceftriaxone	67,2	25,6	0,4	3,3	-1,5
C	Nitroglicerina	61,9	17,5	11,5	-8,3	-1,4
C	Valsartan e diuretici	61,0	14,6	11,6	1,3	-14,3
A	Metformina	58,5	37,9	19,4	3,7	-2,1
C	Nebivololo	56,3	19,3	13,1	3,9	-1,2
C	Doxazosina	56,0	29,7	7,6	-0,2	-0,9
A	Mesalazina (5-ASA)	50,8	11,8	3,0	2,7	-0,5
N	Levetiracetam	44,6	30,7	1,3	911,8	-45,8
G	Tamsulosina	43,4	34,9	9,1	0,3	-1,8
J	Claritromicina	43,2	20,8	2,6	9,3	1,1

* Sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate mensilmente dall'AIFA

** Calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto. Farmaci equivalenti, ovvero i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art.1bis, del DL 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149.

ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

**ACQUISTO DI FARMACI DA PARTE
DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE
(gennaio - settembre 2013)**



Tabella 14. Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale tra i primi 9 mesi del 2013 e 2012 (popolazione pesata)

	Spesa SSN pro capite		DDD/1000 abitanti die	
	€	Δ% 13/12	N.	Δ % 13/12
Piemonte	99,8	2,2	151,9	-17,7
Valle d'Aosta	79,0	1,4	322,9	12,3
Lombardia	86,2	5,1	103,3	-30,7
P.A. Bolzano	118,2	18,9	286,8	-1,2
P.A. Trento	80,0	-3,1	162,0	-16,5
Veneto	99,7	1,8	205,2	-21,1
Friuli V.G.	105,6	4,7	193,1	-9,5
Liguria	101,3	2,5	164,7	-8,9
Emilia R.	105,6	2,1	294,5	-9,4
Toscana	117,8	2,5	189,2	-16,5
Umbria	111,0	2,7	187,3	-6,3
Marche	104,5	-3,5	197,7	-5,9
Lazio	105,2	-0,3	121,3	-21,8
Abruzzo	100,3	8,2	99,2	-43,3
Molise	95,2	1,5	101,9	-41,6
Campania	108,7	5,5	88,0	-14,2
Puglia	122,4	4,4	121,0	-42,6
Basilicata	109,3	-3,7	126,3	-12,4
Calabria	102,1	8,3	108,3	-15,9
Sicilia	89,6	2,7	92,0	-33,2
Sardegna	127,6	10,0	145,0	3,9
Italia	102,4	3,3	148,2	-20,3
Nord	96,2	3,3	173,5	-18,1
Centro	109,7	0,5	159,3	-16,1
Sud e isole	106,9	5,2	104,4	-28,3

Fonte: elaborazione OsMed su dati NSIS relativi alla Tracciabilità del Farmaco – DM 15 luglio 2004

Tabella 15. Spesa e consumi nei primi 9 mesi del 2013 per farmaci erogati dalle strutture pubbliche: categorie terapeutiche per I livello ATC

I livello ATC	Sottogruppi	Spesa SSN	Inc. %	Δ%	DDD/1000	Inc. %	Δ%
		pro capite		13/12	ab die		13/12
L Farmaci antineoplastici e immunomodulatori		41,4		6,4	8,8		-2,6
	Anticorpi monoclonali	8,3	20,1	7,0	0,6	7,3	4,9
	Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TFN-alfa)	7,3	17,6	4,8	0,9	10,0	9,4
	Inibitori della proteina chinasi	6,3	15,3	10,5	0,2	2,2	1,7
	Interferoni	3,7	9,0	1,4	1,0	11,7	1,8
	Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	3,4	8,1	30,9	0,6	6,6	10,0
	Altre sostanze ad azione immunosoppressiva	1,6	3,9	-4,1	0,1	0,9	5,4
	Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	1,4	3,4	0,4	2,0	23,4	1,4
	Altri antineoplastici	1,4	3,4	14,4	0,1	0,9	-6,7
	Fattori di stimolazione delle colonie	1,1	2,6	-13,9	0,1	1,1	0,7
	Analoghi della pirimidina	1,0	2,4	-9,2	0,4	4,2	-4,0
	Analoghi dell'acido folico	0,9	2,3	-11,5	0,1	1,2	0,8
	Altre citochine e immunomodulatori	0,9	2,2	4,5	0,1	1,3	11,0
	Inibitori dell'interleuchina	0,8	1,9	31,5	0,1	1,0	36,8
	Inibitori della calcineurina	0,6	1,5	20,4	0,3	3,4	3,1
	Antracicline e sostanze correlate	0,4	1,0	27,7	0,1	1,4	-5,5
	Taxani	0,4	1,0	-28,1	0,1	1,6	-2,4
	Antiestrogeni	0,3	0,8	9,8	0,3	2,9	16,7
	Altri antagonisti ormonali e agenti correlati	0,3	0,7	>100	0,0	0,4	>100
	Analoghi della mostarda azotata	0,2	0,5	26,3	0,1	0,7	-84,5
	Altri alcaloidi delle piante e prodotti naturali	0,2	0,5	-	0,0	0,0	-
	Alcaloidi della vinca ed analoghi	0,2	0,4	9,6	0,0	0,4	-2,1
J- Antimicrobici per uso sistemico		19,0		-1,0	5,9		-2,7
	Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV, assoc.	4,5	23,6	14,9	1,1	18,0	17,9
	Inibitori della proteasi	2,4	12,7	4,0	0,5	9,3	-17,7
	Inibitori della transcriptasi inversa, nucleosidi	1,6	8,6	2,1	0,6	10,7	-0,1
	Vaccini batterici e virali in associazione	1,1	5,8	4,4	0,1	1,7	-0,5
	Vaccini pneumococchi	0,9	4,8	-3,1	0,1	1,2	-3,0
	Altri antivirali	0,8	4,1	8,7	0,2	2,6	16,4
	Immunoglobuline umane normali	0,7	3,7	-2,9	0,1	1,1	59,9
	Altri antimicotici per uso sistemico	0,7	3,5	24,5	0,0	0,1	18,6
	Altri antibatterici	0,6	3,3	6,3	0,0	0,5	9,0
	Antibatterici glicopeptidici	0,6	3,0	-6,9	0,1	1,1	-15,5
	Vaccino papillomavirus	0,5	2,8	-0,1	0,0	0,6	-7,7
	Immunoglobuline specifiche	0,5	2,7	5,6	0,0	0,3	0,3
	Inibitori della transcriptasi inversa, non nucleosidi	0,5	2,7	11,1	0,2	4,2	8,0
	Derivati triazolici	0,5	2,6	17,0	0,1	1,8	-11,1
	Carbapenemi	0,4	2,1	-18,0	0,1	1,3	0,0
	Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi	0,3	1,7	-25,9	0,8	13,3	1,3
	Antibiotici	0,3	1,7	-4,5	0,0	0,2	-2,9
	Vaccini morbillosi	0,3	1,5	7,9	0,1	0,9	4,7
	Tetracicline	0,3	1,5	14,7	0,0	0,4	27,6
	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della transcriptasi inversa	0,2	1,0	-34,5	0,2	3,0	-4,9
	Cefalosporine di terza generazione	0,2	0,9	-3,1	0,3	4,8	-3,4
B- Sangue ed organi emopoietici		14,3		-4,9	31,1		-56,1
	Fattori della coagulazione del sangue	4,7	32,9	-5,8	0,0	0,1	-5,7
	Altri preparati antianemici	3,5	24,7	-16,5	2,7	8,8	-2,3
	Eparinici	1,6	11,4	17,3	6,1	19,6	9,7
	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	1,2	8,3	23,6	5,7	18,4	19,4
	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,7	4,8	1,4	6,5	20,9	-85,2
	Soluzioni nutrizionali parenterali	0,6	3,9	-13,8	0,8	2,7	-81,8
	Sucedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,4	2,5	-19,0	0,2	0,7	49,4

segue >

I livello ATC	Sottogruppi	Spesa SSN		Δ%	DDD/1000	Δ%	
		pro capite	Inc. %			13/12	Inc. %
	Altri emostatici per uso sistemico	0,3	2,0	27,9	0,0	0,0	29,5
	Emostatici locali	0,2	1,4	-23,7	0,0	0,0	-22,2
	Soluzioni ipertoniche	0,2	1,3	-23,3	0,1	0,2	-67,2
	N- Sistema nervoso centrale	7,0		-3,1	23,7		0,1
	Altri antipsicotici	1,6	23,3	14,3	1,6	6,7	11,5
	Diazepine, oxazepine e tiazepine	0,9	13,1	-39,1	3,1	12,9	-0,5
	Amidi	0,8	11,6	82,0	5,1	21,3	-4,5
	Anticolinesterasici	0,5	6,9	-16,0	1,2	5,0	-0,1
	Altri farmaci anti-dementia	0,4	6,4	28,4	0,6	2,5	27,4
	Dopa e suoi derivati	0,4	6,2	16,3	0,4	1,7	4,9
	Droghe utilizzate nella dipendenza da oppioidi	0,4	6,0	-3,4	1,2	5,1	-8,7
	Altri antiepilettici	0,3	4,3	-18,3	0,6	2,7	22,9
	Idrocarburi alogenati	0,3	3,6	-13,6	0,0	0,0	-34,7
	A- Apparato gastrointestinale e metabolismo	7,0		19,1	26,9		2,5
	Enzimi	2,3	32,3	11,0	0,0	0,0	-92,0
	Insuline e analoghi, ad azione lunga	1,4	20,2	16,1	4,2	15,6	16,4
	Biguanidi e sulfonamidi in associazione	0,8	11,9	47,4	2,6	9,6	32,8
	Altri ipoglicemizzanti orali	0,6	8,0	49,7	0,8	3,1	28,8
	Inibitori della dipeptil-peptidasi 4 (dpp-4)	0,5	6,8	57,2	1,2	4,4	40,5
	Inibitori della pompa acida	0,3	4,1	22,4	4,2	15,5	-0,5
	Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo	0,2	2,7	25,7	0,0	0,0	22,9
	H- Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	3,5		4,9	5,7		-1,5
	Somatotropina e analoghi	1,1	32,9	-5,4	0,3	4,5	-4,4
	Ormone anticrescita	0,9	26,8	4,0	0,2	2,9	5,3
	Altre sostanze antiparatiroidiche	0,6	17,8	4,3	0,3	4,5	7,4
	Altri ormoni della ghiandola pituitaria anteriore e analoghi	0,3	7,2	21,1	0,0	0,2	19,2
	Glicocorticoidi	0,2	6,8	4,2	4,4	77,1	-2,9
	Ormoni paratiroidici	0,2	6,7	91,4	0,1	1,5	91,1
	V- Vari*	3,4		3,0	3,4		52,1
	Sostanze chelanti del ferro	1,0	29,4	4,7	0,1	2,0	1,8
	Mezzi di contrasto radiologici idrosolubili, a bassa osmolarità	0,9	25,6	-3,2	0,1	1,9	-3,8
	Farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia e dell'iperfosfatemia	0,4	10,9	6,1	0,2	6,5	6,2
	Mezzi di contrasto paramagnetici	0,3	7,5	4,3	0,0	0,6	5,7
	C- Sistema Cardiovascolare	2,4		11,4	17,2		1,7
	Altri antipertensivi	1,3	54,7	5,4	0,1	0,3	3,1
	Altri preparati cardiaci	0,5	22,2	46,6	1,0	6,1	44,0
	Adrenergici e dopaminergici	0,2	7,4	16,2	1,5	8,6	11,4
	G- Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	1,3		3,8	1,7		-5,3
	Gonadotropine	0,9	64,9	1,6	0,2	11,6	-3,1
	Farmaci usati nella disfunzione erettile	0,2	14,1	10,1	0,1	4,9	15,1
	S- Organo di Senso	1,3		54,0	2,2		-6,9
	Sostanze antineovascolarizzazione	1,1	85,7	61,6	0,1	6,8	127,1
	M- Sistema muscolo scheletrico	0,9		-16,6	2,4		-0,9
	Bifosfonati	0,5	53,0	-25,5	0,1	5,1	-16,0
	R- Sistema Respiratorio	0,7		1,9	3,3		-2,8
	Altri antiasmatici per uso sistemico	0,2	32,3	23,3	0,0	1,1	29,5
	D- Dermatologici	0,3		4,4	16,1		4,7
	P- Farmaci antiparassitari	0,0		-2,6	0,0		-5,9

*L'analisi dei consumi e della spesa non include l'ossigeno e gli altri gas medicinali.

Nota: Le categorie incluse per ogni raggruppamento ATC al I livello sono quelle con una spesa superiore ai 10 milioni di euro

Tabella 16. Confronto della spesa rilevata attraverso i flussi farmaceutici (distribuzione diretta e per conto, consumi ospedalieri, tracciabilità del farmaco) e i dati del conto economico regionale.

	A	B		C	E	A/E	B/E	C/E
	DD+CO* (€×1.000)	Spesa Non Convenzionata**		Espanso° (€×1.000)	Spesa modello CE^ (€×1.000)	Incidenza % su CE		
		Rilevata (€×1.000)						
Piemonte	356.383	451.662		473.883	479.109	74%	94%	99%
Valle d'Aosta	10.030	9.709		10.293	11.025	91%	88%	93%
Lombardia	855.515	801.143		830.585	822.759	104%	97%	101%
P.A. Bolzano	41.059	45.891		54.739	49.628	83%	92%	110%
P.A. Trento	31.821	38.803		40.137	35.926	89%	108%	112%
Veneto	442.279	463.715		477.246	478.168	92%	97%	100%
Friuli VG	126.047	133.852		138.185	133.928	94%	100%	103%
Liguria	179.447	180.087		185.777	183.709	98%	98%	101%
Emilia R.	467.343	469.900		484.213	484.674	96%	97%	100%
Toscana	479.851	459.098		470.242	490.845	98%	94%	96%
Umbria	95.846	99.075		102.857	103.542	93%	96%	99%
Marche	172.712	164.984		168.469	194.525	89%	85%	87%
Lazio	505.410	562.863		574.682	606.312	83%	93%	95%
Abruzzo	111.105	127.933		132.721	133.875	83%	96%	99%
Molise	26.824	30.247		31.173	31.765	84%	95%	98%
Campania	527.380	524.908		539.514	574.430	92%	91%	94%
Puglia	305.693	459.496		469.101	470.335	65%	98%	100%
Basilicata	60.593	59.145		60.879	64.862	93%	91%	94%
Calabria	158.059	182.852		188.740	208.370	76%	88%	91%
Sicilia	358.336	413.639		423.788	438.974	82%	94%	97%
Sardegna	37.620	203.482		207.584	212.095	18%	96%	98%
Italia	5.349.353	5.882.483		6.064.806	6.208.856	86%	95%	98%

Nota: i dati dei flussi farmaceutici sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013 –escluso i vaccini–, consolidati al 17/12/2013.

* spesa per consumi in distribuzione diretta e per conto (DD) e ospedaleria (CO), al netto dei vaccini, trasmessa dalle Regioni all'Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

** spesa farmaceutica non convenzionata rilevata ai sensi del DM 15 luglio 2004, al netto dei vaccini, trasmessa dalle Aziende farmaceutiche all'NSIS.

° vedi nota metodologica.

^ spesa voce B.1.A.1.1) dei modelli CE al termine del terzo trimestre 2013, relativa a: Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, aggiornata al 20-11-2013.

**ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE
STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

**DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO
(gennaio - settembre 2013)**



Tabella 17. Composizione della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) e per conto (DPC).

	DD (euro)	DPC (euro)	Totale (euro)	Inc% DD	Inc% DPC
Piemonte	152.023.470	33.044.523	185.067.993	82,1%	17,9%
Valle d'Aosta	3.207.221	2.012.871	5.220.093	61,4%	38,6%
Lombardia	558.605.812	74.819.858	633.425.670	88,2%	11,8%
P.A. Bolzano	18.274.783	5.256.294	23.531.077	77,7%	22,3%
P.A. Trento	12.437.992	8.252.740	20.690.731	60,1%	39,9%
Veneto	229.908.552	37.587.895	267.496.446	85,9%	14,1%
Friuli VG	56.175.012	11.439.992	67.615.004	83,1%	16,9%
Liguria	90.321.490	17.748.334	108.069.824	83,6%	16,4%
Emilia R.	285.600.219	16.568.376	302.168.595	94,5%	5,5%
Toscana	214.307.322	71.258.399	285.565.722	75,0%	25,0%
Umbria	59.052.977	13.827.414	72.880.391	81,0%	19,0%
Marche	78.829.338	30.501.919	109.331.257	72,1%	27,9%
Lazio	233.455.050	173.502.534	406.957.584	57,4%	42,6%
Abruzzo*	65.431.781	-	65.431.781	100,0%	0,0%
Molise	10.311.790	8.186.621	18.498.411	55,7%	44,3%
Campania	294.483.239	81.244.788	375.728.027	78,4%	21,6%
Puglia	136.660.062	56.026.166	192.686.228	70,9%	29,1%
Basilicata	27.858.262	11.806.725	39.664.987	70,2%	29,8%
Calabria	62.788.996	49.847.345	112.636.340	55,7%	44,3%
Sicilia*	247.933.209	-	247.933.209	100,0%	0,0%
Sardegna	4.025.409	332.881	4.358.290	92,4%	7,6%
Italia	2.841.691.987	703.265.675	3.544.957.662	80,2%	19,8%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

* non praticano la distribuzione in nome e per conto.

Tabella 18. Percentuale di copertura mensile delle Aziende Sanitarie (AS) che hanno trasmesso i dati del mese della distribuzione per conto (DPC) rispetto al numero di AS che effettuano la DPC.

Regione	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GI	LUG	AGO	SET
Piemonte	0%	92%	100%	100%	100%	92%	100%	100%	100%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%
Lombardia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	78%	78%	78%	78%	84%	100%	100%	94%	94%
Friuli V.G.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%
Liguria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emilia R.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	0%
Toscana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92%
Umbria	33%	33%	33%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Marche	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lazio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	8%	8%
Abruzzo*									
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Campania	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Calabria	80%	80%	80%	60%	100%	100%	100%	100%	80%
Sicilia*									
Sardegna	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

*Regioni che non effettuano la distribuzione in nome e per conto

Tabella 19. Percentuale di copertura mensile delle Aziende Sanitarie (AS) che hanno trasmesso i dati del mese relativi alla distribuzione diretta (DD), rispetto al numero di AS che effettuano la DD.

Regione	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GI	LUG	AGO	SET
Piemonte	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%
Lombardia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
P.A. Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	100%	100%	100%	100%	100%	%	%	%	100%
Friuli V.G.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Liguria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emilia R.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Toscana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
mbria	57%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Marche	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lazio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Abruzzo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Campania	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	70%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Calabria	67%	78%	%	%	%	%	100%	%	%
Sicilia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sardegna	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

Tabella 20. Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto.

Regione	Classe A (euro)	Classe C (euro)	Classe H (euro)	Totale (euro)	Inc% A	Inc% C	Inc% H
Piemonte	101.436.846	2.230.263	81.400.884	185.067.993	54,8%	1,2%	44,0%
Valle d'Aosta	3.698.038	86.964	1.435.091	5.220.093	70,8%	1,7%	27,5%
Lombardia	259.493.021	4.782.443	369.150.206	633.425.670	41,0%	0,8%	58,3%
P.A. Bolzano	14.814.026	578.865	8.138.186	23.531.077	63,0%	2,5%	34,6%
P.A. Trento	14.038.482	59.423	6.592.826	20.690.731	67,8%	0,3%	31,9%
Veneto	153.037.321	6.370.439	108.088.687	267.496.446	57,2%	2,4%	40,4%
Friuli VG	38.250.979	1.431.051	27.932.974	67.615.004	56,6%	2,1%	41,3%
Liguria	69.868.033	820.354	37.381.438	108.069.824	64,7%	0,8%	34,6%
Emilia R.	166.800.473	6.001.697	129.366.425	302.168.595	55,2%	2,0%	42,8%
Toscana	183.951.828	3.565.593	98.048.301	285.565.722	64,4%	1,2%	34,3%
Umbria	36.807.048	564.936	35.508.407	72.880.391	50,5%	0,8%	48,7%
Marche	66.252.335	337.368	42.741.553	109.331.257	60,6%	0,3%	39,1%
Lazio	264.270.273	2.393.366	140.293.945	406.957.584	64,9%	0,6%	34,5%
Abruzzo*	42.546.219	441.362	22.444.200	65.431.781	65,0%	0,7%	34,3%
Molise	11.671.069	1.196.060	5.631.281	18.498.411	63,1%	6,5%	30,4%
Campania	233.942.668	2.849.608	138.935.751	375.728.027	62,3%	0,8%	37,0%
Puglia	125.526.952	1.962.978	65.196.298	192.686.228	65,1%	1,0%	33,8%
Basilicata	24.409.917	585.352	14.669.719	39.664.987	61,5%	1,5%	37,0%
Calabria	75.834.462	528.566	36.273.312	112.636.340	67,3%	0,5%	32,2%
Sicilia*	152.596.082	1.497.455	93.839.672	247.933.209	61,5%	0,6%	37,8%
Sardegna	1.979.049	292.422	2.086.818	4.358.290	45,4%	6,7%	47,9%
Italia	2.041.225.121	38.576.565	1.465.155.975	3.544.957.662	57,6%	1,1%	41,3%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

* non praticano la distribuzione in nome e per conto.

Tabella 21. Primi 30 principi attivi in ordine decrescente di spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto.

	Principio attivo	ATC I°	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Fattore VIII ricombinante	B	A	161.512.330	4,6%	4,6%
2	Etanercept	L	H	145.229.125	4,1%	8,7%
3	Adalimumab	L	H	142.292.814	4,0%	12,7%
4	Imatinib	L	A	121.657.780	3,4%	16,1%
5	Interferone Beta 1A	L	A/C	96.733.316	2,7%	18,8%
6	Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil	J	H	86.247.981	2,4%	21,3%
7	Lenalidomide	L	H	85.509.809	2,4%	23,7%
8	Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil	J	H	67.245.281	1,9%	25,6%
9	Darbepoetina Alfa	B	A	63.908.729	1,8%	27,4%
10	Bosentan	C	A/H	62.917.607	1,8%	29,1%
11	Epoetina Alfa	B	A	61.179.583	1,7%	30,9%
12	Somatropina	H	A/C	58.509.119	1,7%	32,5%
13	Insulina Glargine	A	A	53.267.714	1,5%	34,0%
14	Atazanavir	J	H	46.017.055	1,3%	35,3%
15	Glatiramer	L	A	44.681.779	1,3%	36,6%
16	Fingolimod	L	A	40.509.771	1,1%	37,7%
17	Entecavir	J	A	39.457.951	1,1%	38,8%
18	Abacavir/Lamivudina	J	H	38.798.208	1,1%	39,9%
19	Enoxaparina	B	A	38.416.241	1,1%	41,0%
20	Deferasirox	V	A	38.310.034	1,1%	42,1%
21	Leuprorelina	B	A	38.305.965	1,1%	43,2%
22	Darunavir	J	H	37.267.092	1,1%	44,2%
23	Nilotinib	L	H	36.858.832	1,0%	45,3%
24	Quetiapina	N	A	35.292.986	1,0%	46,3%
25	Aripiprazolo	N	A/H	35.214.016	1,0%	47,3%
26	Raltegravir	J	H	34.942.204	1,0%	48,2%
27	Sunitinib	L	H	34.808.910	1,0%	49,2%
28	Infliximab	L	H	33.412.678	0,9%	50,2%
29	Interferone Alfa-2A Peghilato	L	A	32.981.415	0,9%	51,1%
30	Interferone Beta	L	A/C	31.309.094	0,9%	52,0%
	Totale Italia			3.544.957.662	100,0%	

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

**ASSISTENZA FARMACEUTICA EROGATA DALLE
STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

**ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
(gennaio - settembre 2013)**



Tabella 22. Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Regione	Classe A (euro)	Classe C (euro)	Classe H (euro)	Totale (euro)	Inc% A	Inc% C	Inc% H
Piemonte	34.398.949	19.133.261	117.923.227	171.455.437	20,1%	11,2%	68,8%
Valle d'Aosta	852.510	841.314	3.115.637	4.809.461	17,7%	17,5%	64,8%
Lombardia	48.251.090	39.022.788	135.224.385	222.498.264	21,7%	17,5%	60,8%
P.A. Bolzano	1.949.245	3.958.158	12.769.610	18.677.012	10,4%	21,2%	68,4%
P.A. Trento	1.875.432	1.138.858	8.116.399	11.130.689	16,8%	10,2%	72,9%
Veneto	22.727.729	36.839.375	129.572.660	189.139.764	12,0%	19,5%	68,5%
Friuli VG	6.585.288	10.759.025	45.162.572	62.506.885	10,5%	17,2%	72,3%
Liguria	9.746.336	13.957.816	51.911.066	75.615.218	12,9%	18,5%	68,7%
Emilia R.	21.229.485	36.030.397	121.600.901	178.860.783	11,9%	20,1%	68,0%
Toscana	28.335.556	24.330.245	148.699.507	201.365.308	14,1%	12,1%	73,8%
Umbria	5.279.599	3.198.627	15.428.421	23.906.648	22,1%	13,4%	64,5%
Marche	13.487.052	10.141.813	39.767.725	63.396.591	21,3%	16,0%	62,7%
Lazio	15.803.904	24.885.758	66.434.536	107.124.198	14,8%	23,2%	62,0%
Abruzzo	5.952.708	5.510.438	34.998.514	46.461.660	12,8%	11,9%	75,3%
Molise	1.771.665	1.233.426	5.620.893	8.625.985	20,5%	14,3%	65,2%
Campania	21.513.194	32.051.162	114.094.153	167.658.509	12,8%	19,1%	68,1%
Puglia	15.788.720	12.540.680	84.685.252	113.014.652	14,0%	11,1%	74,9%
Basilicata	3.517.062	4.203.005	13.717.060	21.437.127	16,4%	19,6%	64,0%
Calabria	7.645.644	7.815.080	33.003.457	48.464.181	15,8%	16,1%	68,1%
Sicilia	14.529.261	19.979.592	80.914.208	115.423.062	12,6%	17,3%	70,1%
Sardegna	5.689.506	6.698.404	22.020.310	34.408.220	16,5%	19,5%	64,0%
Italia	286.929.937	314.269.223	1.284.780.493	1.885.979.653	15,2%	16,7%	68,1%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

Tabella 23. Percentuale di copertura mensile delle Aziende Sanitarie (AS) che hanno trasmesso i dati nel mese relativi ai consumi ospedalieri, rispetto al numero di AS che compilano il modello CE.

Regione	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GI	LUG	AGO	SET
Piemonte	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lombardia	7	7	7	7	7	7	7	7	7
P.A. Bolzano	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P.A. Trento	1	0%	1	0%	0%	1	1	1	1
Veneto	9	9	9	9	9	9	92%	1	1
Friuli VG	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Liguria	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Emilia R.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Toscana	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbria	33%	33%	1	1	1	1	1	1	1
Marche	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lazio	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Abruzzo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Molise	1	1	1	1	1	1	1	1	0%
Campania	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Puglia	9	9	9	9	9	9	9	9	5
Basilicata	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Calabria	6	7	7	7	8	8	7	8	9
Sicilia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sardegna	1	1	1	1	1	1	0%	0%	0%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 20 3, consolidati al 2/12/20 3.

Tabella 24. Primi 30 principi attivi in ordine decrescente di spesa regionale per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera.

	Principio attivo	ATC I°	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Trastuzumab	L	H	124.255.243	6,6%	6,6%
2	Rituximab	L	H	90.875.358	4,8%	11,4%
3	Bevacizumab	L	H	77.864.322	4,1%	15,5%
4	Bortezomib	L	H	40.478.233	2,1%	17,7%
5	Ranibizumab	S	C/H	38.616.078	2,0%	19,7%
6	Pemetrexed	L	H	35.489.660	1,9%	21,6%
7	Infliximab	L	H	34.409.819	1,8%	23,4%
8	Cetuximab	L	H	28.772.428	1,5%	25,0%
9	Caspofungin	J	H	28.670.103	1,5%	26,5%
10	Albumina umana soluzione	B	A/H	27.001.775	1,4%	27,9%
11	Teicoplanina	J	A	26.042.576	1,4%	29,3%
12	Sodio Cloruro	B	A/H	24.979.079	1,3%	30,6%
13	Vaccino anti-Pneumococcico	J	C/H	23.649.333	1,3%	31,9%
14	Immunoglobulina umana uso endovenoso	J	H	22.855.473	1,2%	33,1%
15	Natalizumab	L	H	22.142.744	1,2%	34,3%
16	Vaccino Difterite/Epatite B/Haemofilus Influenzae B/Pertosse/Poliomelite/Tetanoattivato/Tetanico	J	C/H	22.081.267	1,2%	35,4%
17	Acido Zoledronico Monoidrato	M	H	19.933.289	1,1%	36,5%
18	Azacitidina	L	H	19.886.019	1,1%	37,5%
19	Eculizumab	L	H	19.217.085	1,0%	38,6%
20	Enoxaparina Sodica	B	A	18.805.993	1,0%	39,6%
21	Amfotericina B	J	H	18.357.654	1,0%	40,5%
22	Linezolid	J	A/H	18.309.442	1,0%	41,5%
23	Epoetina Alfa	B	A	17.354.858	0,9%	42,4%
24	Eptacog Alfa Attivato	B	H	16.608.982	0,9%	43,3%
25	Alglucosidasi Acida Umana Ricombinante	A	H	16.424.064	0,9%	44,2%
26	Doxorubicina Cloridrato	L	H	15.248.814	0,8%	45,0%
27	Immunoglobulina Umana Normale	L	H	14.874.777	0,8%	45,8%
28	Tigeciclina	J	H	14.629.316	0,8%	46,5%
29	Iomeprolo	V	H	14.406.217	0,8%	47,3%
30	Sevoflurane	N	H	12.375.637	0,7%	48,0%
	Totale Italia			1.885.979.653	100,0%	

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-set 2013, consolidati al 12/12/2013.

**MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI
DI APPROPRIATEZZA D'USO
(GENNAIO - SETTEMBRE 2013)**

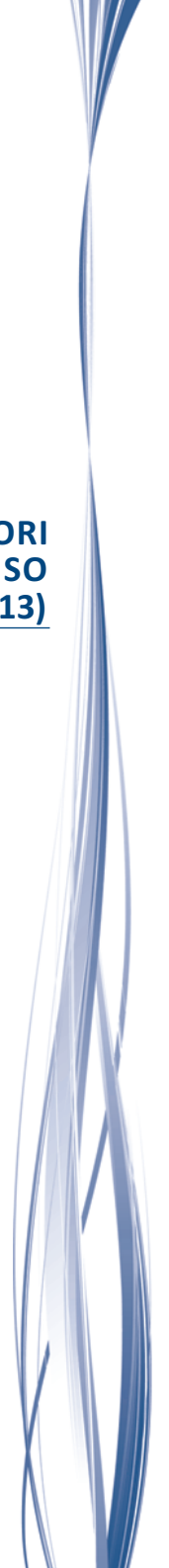


Tabella 25. Monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali. I dati sono relativi al periodo gennaio-giugno 2010-2013.

Indicatore	Descrizione dell'indicatore	2010	2011	2012	2013
H-DB 1.1	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi con comorbidità trattati con farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina	86,4	86,3	85,8	83,8
H-DB 1.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi antagonisti dell'angiotensina II trattati con farmaci a brevetto scaduto (a giugno 2013)	70,9	69,3	67,0	65,4
H-DB 1.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento	55,4	55,7	55,6	54,7
H-DB 1.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi occasionali al trattamento	4,7	4,9	5,7	5,8
H-DB 1.5	Percentuale di pazienti avviati al trattamento con farmaci antiipertensivi in associazione fissa con calcio-antagonista che non provengono dagli stessi principi attivi in monoterapia o dall'associazione estemporanea degli stessi principi attivi	§	76,0	78,9	85,0
H-DB 1.6	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi in associazione estemporanea con calcio-antagonista che non passano all'associazione fissa	100,0	98,0	95,8	98,0
H-DB 2.1	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine	54,4	54,4	51,3	49,5
H-DB 2.2	Percentuale di pazienti in trattamento con statine senza pregresso evento CV o diabete	78,3	76,8	76,3	75,9
H-DB 2.3	Percentuale di pazienti senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine di 1° livello	43,9	42,7	42,0	39,4
H-DB 2.4	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine di 2° livello	58,3	60,7	62,0	64,1
H-DB 2.5	Percentuale di pazienti in trattamento con statine aderenti al trattamento	39,1	41,4	43,0	43,9
H-DB 2.6	Percentuale di pazienti in trattamento con statine occasionali al trattamento	8,5	8,5	8,1	7,3
H-DB 3.1	Percentuale di pazienti in trattamento antidiabetico aderenti al trattamento	65,1	64,4	63,3	62,6
H-DB 4.1	Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con ICS	56,6	57,7	57,3	57,2
H-DB 4.2	Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con LABA e/o LAMA	50,5	52,5	53,4	53,4
H-DB 4.3	Percentuale di pazienti in trattamento con ICS senza esacerbazioni	52,6	52,3	52,4	52,6
H-DB 4.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aderenti al trattamento	21,5	19,9	18,2	17,9
H-DB 4.5	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie occasionali al trattamento	51,2	52,6	54,7	55,1
H-DB 5.1	Percentuale di pazienti con frattura vertebrale o di femore o in terapia con corticosteroidi in trattamento con farmaci per l'osteoporosi	30,5	31,5	28,3	25,0
H-DB 5.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi senza pregressa frattura vertebrale o di femore e senza pregressa terapia con corticosteroidi	96,0	95,8	95,8	96,0
H-DB 5.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi che associano calcio o vitamina D	46,6	48,4	49,5	45,2
H-DB 5.4	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi aderenti al trattamento	50,7	51,1	50,7	49,3
H-DB 5.5	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi occasionali al trattamento	13,1	13,3	12,8	13,0
H-DB 6.1	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi della classe SNRI dopo secondo fallimento della classe SSRI	19,3	17,9	18,9	19,4
H-DB 6.2	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi aderenti al trattamento	40,0	40,8	41,7	41,6
H-DB 6.3	Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi occasionali al trattamento	21,5	21,1	20,3	19,4
H-DB 7.1	Percentuale di pazienti avviati al trattamento con epoetina alfa biosimilari*	3,1	13,8	16,7	30,0

Il calcolo degli indicatori è stato effettuato sui dati di un sottogruppo delle ASL coinvolte nel monitoraggio avviato nell'ambito del rapporto OsMed 2012.

Per ogni anno considerato, il periodo di riferimento corrisponde solamente al primo semestre (gennaio-giugno) dell'anno stesso.

§ Indicatore non calcolabile in tale anno di riferimento data l'assenza di pazienti in trattamento con le associazioni fisse.

* Comprende le seguenti specialità medicinali: Binocrit, Abseamed e Retacrit.

NOTE METODOLOGICHE



Nota metodologica

L'organizzazione dell'assistenza farmaceutica in Italia si caratterizza per la dispensazione e l'utilizzazione di medicinali in ambito sia territoriale, che ospedaliero. In particolare, il consumo di medicinali in ambito territoriale si realizza a seguito della prescrizione da parte di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, così come a fronte della prescrizione o piani terapeutici da parte di medici specialisti che operano all'interno di strutture sanitarie pubbliche. Mentre nel primo caso la ricetta medica comporta la dispensazione del medicinale prescritto agli assistiti attraverso le farmacie convenzionate, pubbliche e private, diffuse sul territorio (regime di dispensazione convenzionale); nel secondo caso la dispensazione del medicinale – assunto dall'assistito presso il proprio domicilio – viene effettuata o direttamente dalle strutture sanitarie (distribuzione diretta) o, in alternativa, per effetto di accordi specifici sottoscritti a livello locale, per il tramite delle farmacie convenzionate (distribuzione per conto). L'articolo 8 della Legge 405/2001 ha infatti introdotto la distribuzione diretta e per conto come modalità alternativa di distribuzione dei medicinali, rispetto a quella convenzionale; ciò avviene attraverso l'acquisto di medicinali ad elevato consumo da parte delle strutture pubbliche e la dispensazione attraverso due diverse modalità:

1. da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche a pazienti per il primo ciclo di terapia, in dimissione da ricovero o a seguito di visite specialistiche ambulatoriali o a pazienti che necessitano di periodici controlli. Questa modalità di dispensazione assume una valenza esclusiva di contenimento della spesa ma, soprattutto, di tutela clinica del paziente e di garanzia della continuità terapeutica tra ospedale e territorio, nonché di appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci;
2. per conto delle ASL, da parte delle farmacie aperte al pubblico sulla base di specifici accordi stipulati dalle Regioni e Province Autonome con le Associazioni delle farmacie convenzionate, per consentire agli assistiti affetti da patologie croniche, e che quindi richiedono un'assistenza farmaceutica continua, di rifornirsi presso le farmacie territoriali (la cosiddetta distribuzione per conto).

L'assistenza farmaceutica ospedaliera si riferisce elettivamente alla prescrizione, dispensazione e somministrazione di medicinali all'interno delle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera ai sensi della L.135/2012,¹ il consumo di medicinali in ambito ospedaliero include anche quello dei medicinali di fascia H e C dispensati all'assistito in distribuzione diretta e per conto.

Il presente rapporto fornisce una sintesi dei dati relativi ai consumi e alla spesa per medicinali erogati a carico del SSN o dal cittadino e derivanti da prescrizioni farmaceutiche in regime di dispensazione:

1. **CONVENZIONALE.** Il flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il SSN (cosiddetto flusso OsMed) è stato istituito ai sensi della L.448/1998, successivamente modificato ai sensi del DM 245/2004.² Tale flusso rileva le ricette raccolte dalla Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Pubbliche) che

¹Art. 15, commi 4-6, decreto legge 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135.

²Art.68, comma 9 della L. 23-12-1998, n. 448, e successivamente modificato ai sensi dell'Art.18 del D.M. 20-9-2004, n. 245 recante: "Regolamento recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco, a norma dell'articolo 48, comma 13, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito nella L. 24 novembre 2003, n. 3".

ricevono i dati dalle proprie sedi provinciali e successivamente li aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese: nei primi nove mesi del 2013 mediamente la copertura nazionale è stata pari a circa il 96% della spesa. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), aggiornato periodicamente dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS). Al fine di garantire confronti omogenei tra le Regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell'ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti per specialità non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l'invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.

- 2. ACQUISTO PRIVATO A CARICO DEL CITTADINO.** Le farmacie territoriali dispensano, inoltre, medicinali di fascia A e/o C acquistati privatamente dai cittadini (con o senza ricetta medica). L'analisi dei consumi farmaceutici a carico del cittadino è effettuata utilizzando i dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), raccolti da IMS Health presso la quasi totalità dei grossisti. L'acquisto privato di medicinali è derivato per differenza tra ciò che entra in farmacia (sell-in) e viene consegnato dai grossisti alle farmacie territoriali, rispetto a ciò che esce a carico del SSN (sell-out, i.e. il flusso OsMed) e viene consegnato al cittadino. È opportuno precisare che quando si analizzano i consumi relativi ad un ampio intervallo temporale, si ottiene una minimizzazione dell'eventuale sfalsamento tra sell-in e sell-out conseguente alla ricomposizione delle scorte di magazzino della farmacia che, al contrario, sul singolo mese potrebbe incidere in modo significativo.
- 3. DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO.** Il flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto è stato istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute ai sensi del DM 31 luglio 2007. Tale flusso, alimentato dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, rileva l'erogazione di medicinali all'assistito, per il consumo presso il proprio domicilio, alternativa alla tradizionale erogazione degli stessi presso le farmacie, ai sensi della L.405/2001.³ Rientrano nell'ambito di rilevazione di questo flusso le prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo a domicilio, erogate: alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico; ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale; e, infine, da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali (i.e. distribuzione in nome e per conto). La rilevazione è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali autorizzati all'immissione in commercio in Italia ed identificati dal codice di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale e dalla classe di fornitura. Per disporre comunque di un quadro completo ed organico dei consumi e della spesa dei medicinali direttamente a carico delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, la rilevazione comprende anche i farmaci esteri non registrati in Italia, i medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato paziente, detti «formule magistrali»,⁴ ed i medicinali preparati in

³Art. 8, comma 1, della Legge del 16 novembre 2001, n. 405.

⁴Disciplinate dall'art.5 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 aprile 1998, n. 94.

farmacia in base alle indicazioni della Farmacopea europea o delle Farmacopee nazionali in vigore negli Stati membri dell'Unione europea, detti «formule ufficiali», e destinati ad essere forniti direttamente ai pazienti serviti da tale farmacia. Ai fini del presente rapporto, le analisi sulle prestazioni farmaceutiche in distribuzione diretta o per conto sono state condotte con esclusivo riferimento ai medicinali dotati di AIC. Ai sensi della L.222/2007,⁵ i dati di questo flusso informativo vengono utilizzati per il monitoraggio periodico della spesa farmaceutica territoriale condotto dall'AIFA, nonché per il calcolo dello scostamento rispetto al tetto della spesa farmaceutica territoriale e l'attribuzione dei budget alle aziende farmaceutiche. La medesima norma stabilisce che, nelle more della concreta e completa attivazione del flusso informativo in oggetto, alle regioni che non hanno fornito i dati viene attribuita una spesa farmaceutica per la distribuzione diretta e per conto pari al 40% della spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata a carico del SSN, rilevata attraverso il flusso della «Tracciabilità del farmaco» istituito ai sensi del DM 15 luglio 2004. E' opportuno precisare che l'assistenza farmaceutica non convenzionata a carico del SSN include sia la distribuzione diretta e per conto, sia la distribuzione ospedaliera ovvero la dispensazione ed il consumo di medicinali elettivamente all'interno delle strutture sanitarie.

- 4. OSPEDALIERO.** Il flusso informativo per il monitoraggio dei consumi ospedalieri è stato istituito nell'ambito dell'NSIS del Ministero della Salute ai sensi del DM 4 febbraio 2009. Tale flusso, alimentato dalle regioni o dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, rileva il consumo ed il relativo valore economico dei medicinali utilizzati nelle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati dalle stesse in distribuzione diretta. Rientrano nell'ambito di rilevazione di questo flusso i medicinali destinati alla somministrazione interna consegnati dalle farmacie ospedaliere ai reparti; i medicinali destinati alla somministrazione interna consegnati dalle farmacie distrettuali a laboratori, ambulatori ed altro tipo di strutture territoriali. La rilevazione, così come il flusso della distribuzione diretta, è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali dotati di AIC, indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del SSN e dalla classe di fornitura, i farmaci esteri, le «formule magistrali» e le «formule ufficiali». Ai sensi della L.135/2012,⁶ a decorrere dal 2013 questo flusso sarà utilizzato per il monitoraggio periodico della spesa farmaceutica ospedaliera condotto dall'AIFA, nonché per il calcolo dello scostamento rispetto al tetto della spesa farmaceutica ospedaliera e l'attribuzione dei budget alle aziende farmaceutiche. La medesima norma stabilisce che, nelle more della concreta e completa attivazione del flusso informativo in oggetto, in caso di mancanza dei dati dei consumi ospedalieri, le regioni che non hanno fornito i dati vengono utilizzati i dati della tracciabilità del farmaco.

Per approfondimenti sulle metodologie di analisi e la costruzione degli indicatori utilizzati nel presente rapporto, compreso gli indicatori di appropriatezza d'uso dei medicinali, si rimanda il lettore alla consultazione del capitolo 3 del rapporto annuale 2012.

Nello specifico della tabella 16 è stata applicata la spesa della tracciabilità espansa secondo la metodologia condivisa tra AIFA e Ministero della Salute, e successivamente approvata dalle Regioni nell'am-

⁵Art. 8, comma 1, della Legge del 16 novembre 2001, n. 405.

⁶Disciplinate dall'art.5 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 aprile 1998, n. 94.

bito del gruppo tecnico di lavoro della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri. Il flusso di dati della tracciabilità del farmaco, istituito ai sensi del DM 15 luglio 2004 ed alimentato dalle aziende farmaceutiche e della distribuzione intermedia, rileva, tra l'altro, le movimentazioni di medicinali (quantità di confezioni) verso le strutture pubbliche del SSN ed il relativo valore economico; poiché è possibile trasmettere i dati relativi alle movimentazioni ed i dati relativi alla corrispondente valore economico in momenti successivi, possono essere presenti movimentazioni per le quali non è stato disponibile il relativo valore economico. La metodologia per l'espansione del dato di spesa è volta a valorizzare economicamente le sole movimentazioni verso le strutture sanitarie pubbliche, di cui le aziende farmaceutiche non forniscono il controvalore economico: Al riguardo, per ogni singola specialità medicinale (AIC) vengono determinati, per mese e per regione, i dati relativi al valore economico delle movimentazioni, al numero delle confezioni movimentate valorizzate e non valorizzate. Se per un determinato AIC, sono presenti quantitativi non valorizzati, la stima del valore economico mancante è ottenuta moltiplicando il numero di confezioni movimentate non valorizzate per il valore medio regionale rilevato dalle quantità valorizzate. In alternativa, se non è presente il valore di almeno una confezione movimentata nella singola Regione, si moltiplica il numero delle confezioni movimentate per il prezzo a realizzo industria (se il farmaco è classificato in fascia H, corrispondente al prezzo massimo di cessione fissato dall'AIFA) o, se non è presente un prezzo massimo di cessione, moltiplicando il numero delle confezioni per il 50% del prezzo al pubblico del medicinale.

Rapporto OsMed gennaio-settembre 2013

UN'ANALISI SISTEMATICA DELLA PRESCRIZIONE DI FARMACI IN ITALIA IN TERMINI DI CONSUMI, SPESA, TIPOLOGIA DI FARMACI E CARATTERISTICHE DEGLI UTILIZZATORI.

UNO STRUMENTO FONDAMENTALE PER TUTTI COLORO CHE SONO INTERESSATI AD APPROFONDIRE LE CONOSCENZE SULL'USO DEI FARMACI NELLA POPOLAZIONE.

L'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), istituito nel 1998, è stato successivamente integrato nell'Agenzia Italiana del Farmaco, con le seguenti finalità principali:

- sviluppare e validare i meccanismi di raccolta, analisi ed interpretazione dei dati di uso dei farmaci in Italia
- descrivere i cambiamenti nell'uso dei farmaci
- correlare problemi di sanità pubblica e uso di farmaci o categorie terapeutiche
- favorire la diffusione dell'informazione sull'uso dei farmaci
- confrontare il consumo dei farmaci in Italia con quello di altri Paesi
- contribuire alle iniziative per promuovere un migliore uso dei farmaci
- chiarire il profilo beneficio-rischio dei farmaci mettendo in collegamento le informazioni sulle reazioni avverse con quelle sui livelli d'uso dei farmaci nella popolazione

Referenti dell'Osservatorio sono le istituzioni centrali (Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia Italiana del Farmaco, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità), regionali (Assessorati alla Sanità, Agenzie Sanitarie Regionali) e la Conferenza Stato-Regioni.