

Disuguaglianze sociali ed accesso al farmaco: principali risultati

Nera Agabiti

AIFA – 15 settembre 2021 - Roma

Presentazione Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci

GRUPPO DI LAVORO



Gruppo di lavoro

Coordinamento

Francesco Trotta, Aurora Di Filippo, Serena Perna, Silvia Miriam Cammarata, Giuseppe Traversa



Agenzia Italiana del Farmaco

Agnese Cangini, Marco Fontanella, Filomena Fortinguerra, Ramon Frulio, Francesca Gallinella, Maria Alessandra Guerrizio, Mariarosaria Italiano, Marco Marinelli, Roberto Marini, Federica Milozzi, Andrea Pierantozzi, Linda Pierattini, Emanuela Pieroni, Matteo Sacconi, Daniela Settesoldi, Maurizio Trapanese, Simona Zito



Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio, ASL Roma 1

Valeria Belleudi, Anna Maria Bargagli, Giulia Cesaroni, Angelo Nardi, Silvia Cascini, Enrico Calandrini, Antonio Addis, Nera Agabiti, Marina Davoli



Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna

Nicola Caranci, Maria Luisa Moro

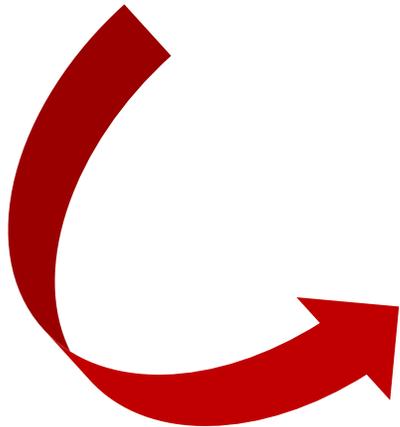


S.C. a D.U. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3 Piemonte

Roberto Gnavi, Teresa Spadea



Atlante
delle **disuguaglianze sociali**
nell'uso dei farmaci
per la cura delle principali
malattie croniche



SEZIONE 2

Schede per patologia

SEZIONE 2 – Schede per patologia

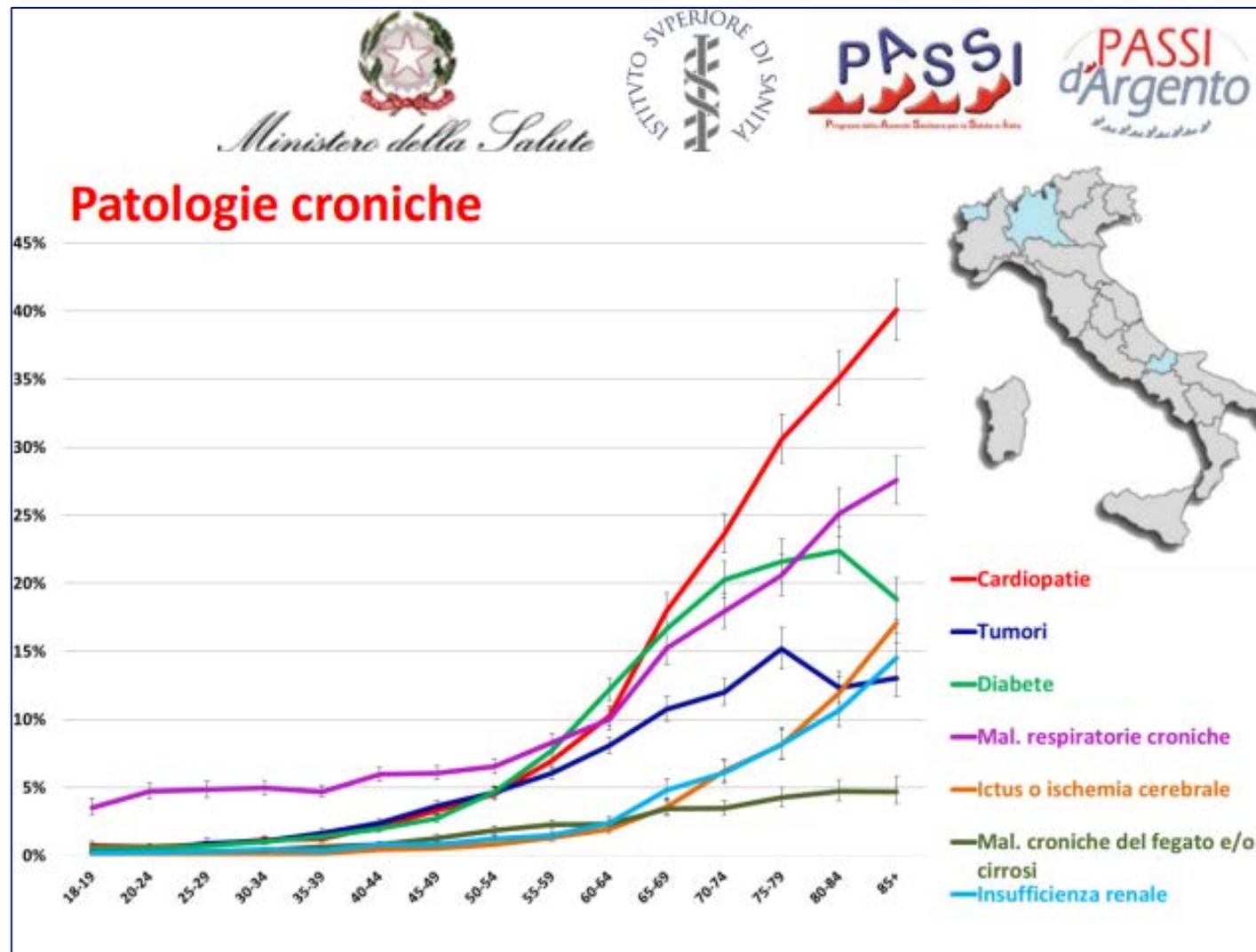
- 1 Ipertensione
- 2 Dislipidemie
- 3 Ipotiroidismo
- 4 Ipertiroidismo
- 5 Depressione
- 6 Demenza
- 7 Morbo di Parkinson
- 8 Osteoporosi
- 9 Ipertrofia prostatica benigna
- 10 Iperuricemia e gotta
- 11 Diabete
- 12 Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- 13 Asma - Popolazione pediatrica
- 14 Epilessia - Popolazione pediatrica
- 15 Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività - Popolazione pediatrica

ETA'
ADULTA

ETA' PEDIATRICA

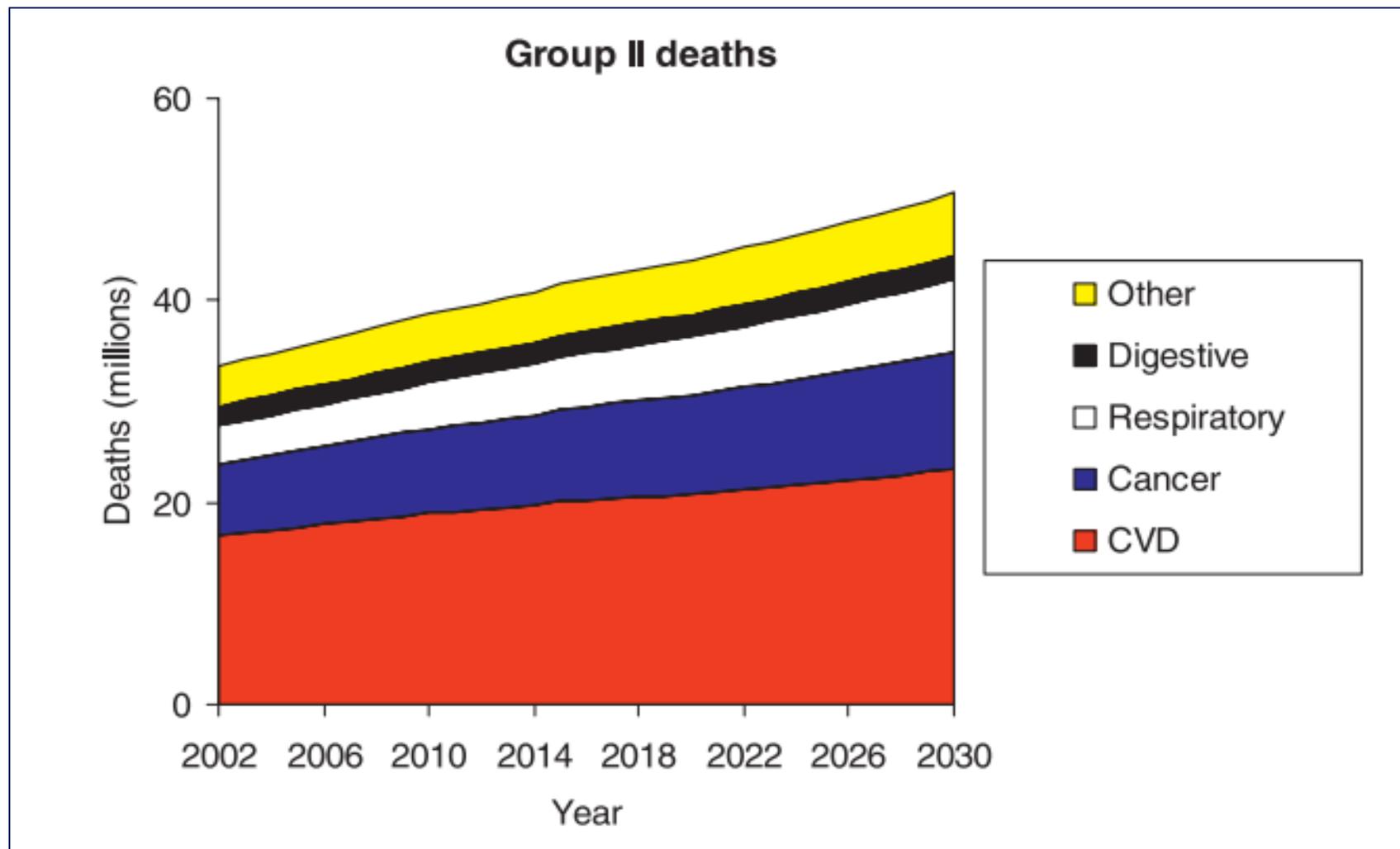
➔ Patologie correlate allo stile di vita

«Già dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche fra quelle indagate e questa quota aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra 85enni, di cui la metà è affetto da due o più patologie croniche».



Fonte: Indagine PASSI 2016-2019, <https://www.epicentro.iss.it/passi>

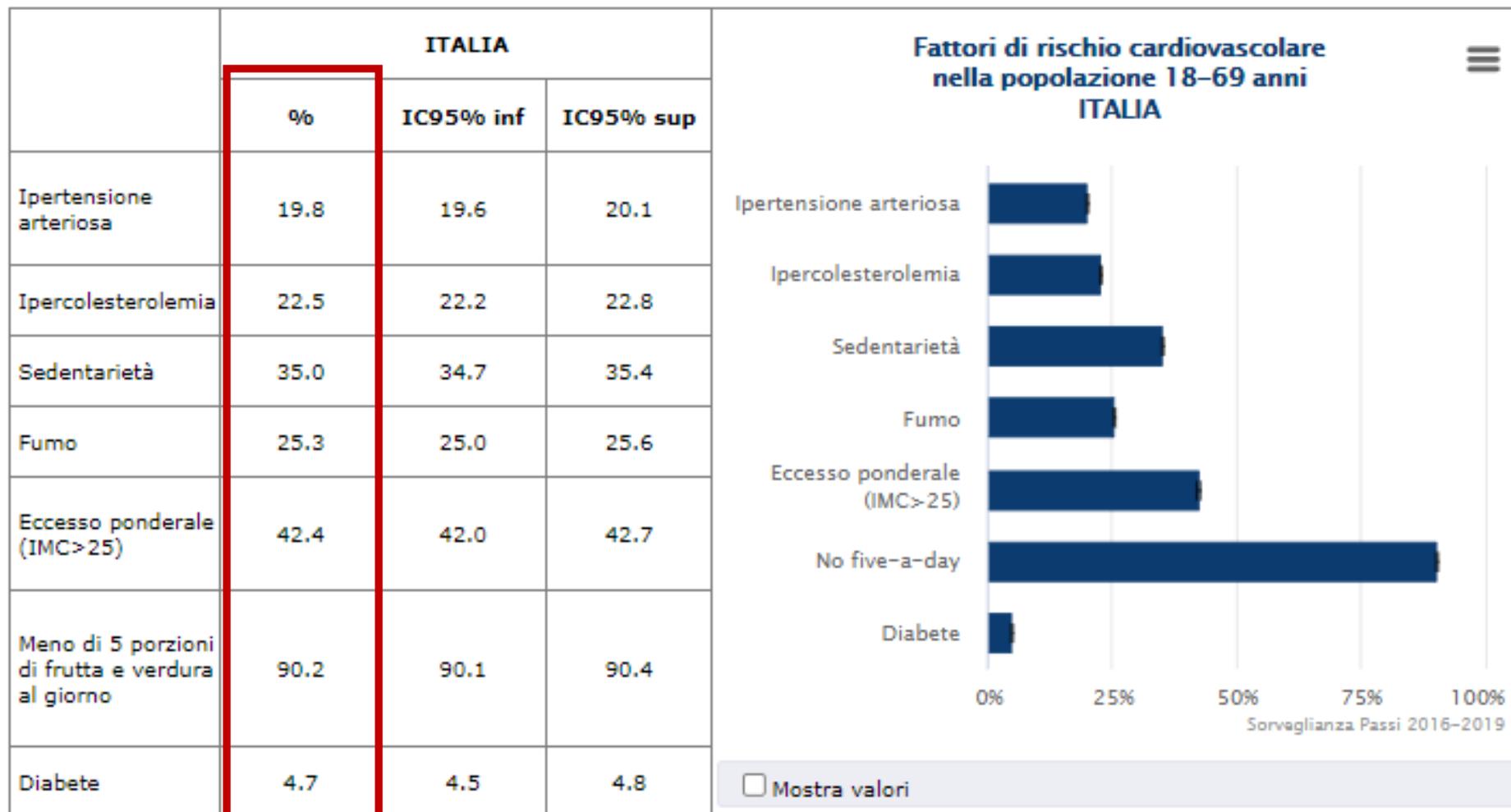
GLOBAL BURDEN OF DISEASE - DEATHS



Mathers CD, Loncar D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLRE NELLA POPOLAZIONE 18-69 ANNI

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni



Tra 18 e 69 anni 87% ha almeno un fattore di rischio cardiovascolare

SCHEDE PER PATOLOGIA



SEZIONE INTRODUTTIVA

epidemiologia

sintesi delle evidenze sul tema disuguaglianze e farmaci

SEZIONE RISULTATI

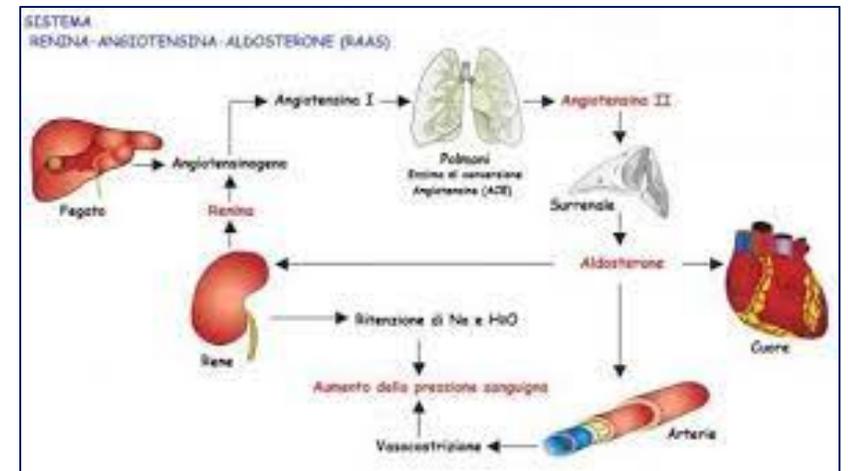
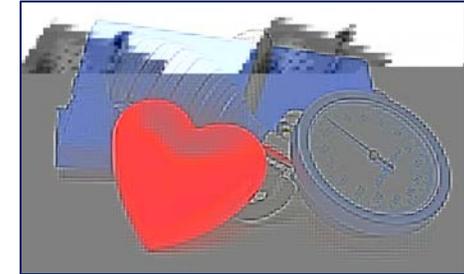
tabelle e mappe

SEZIONE COMMENTI

BOX «PUNTI CHIAVE»

IPERTENSIONE ARTERIOSA

L'ipertensione arteriosa rappresenta il principale fattore di rischio per patologie cardiovascolari, nonché il **principale fattore di rischio modificabile** del *global burden of disease*.



IPERTENSIONE ARTERIOSA

Progetto Cuore ISS

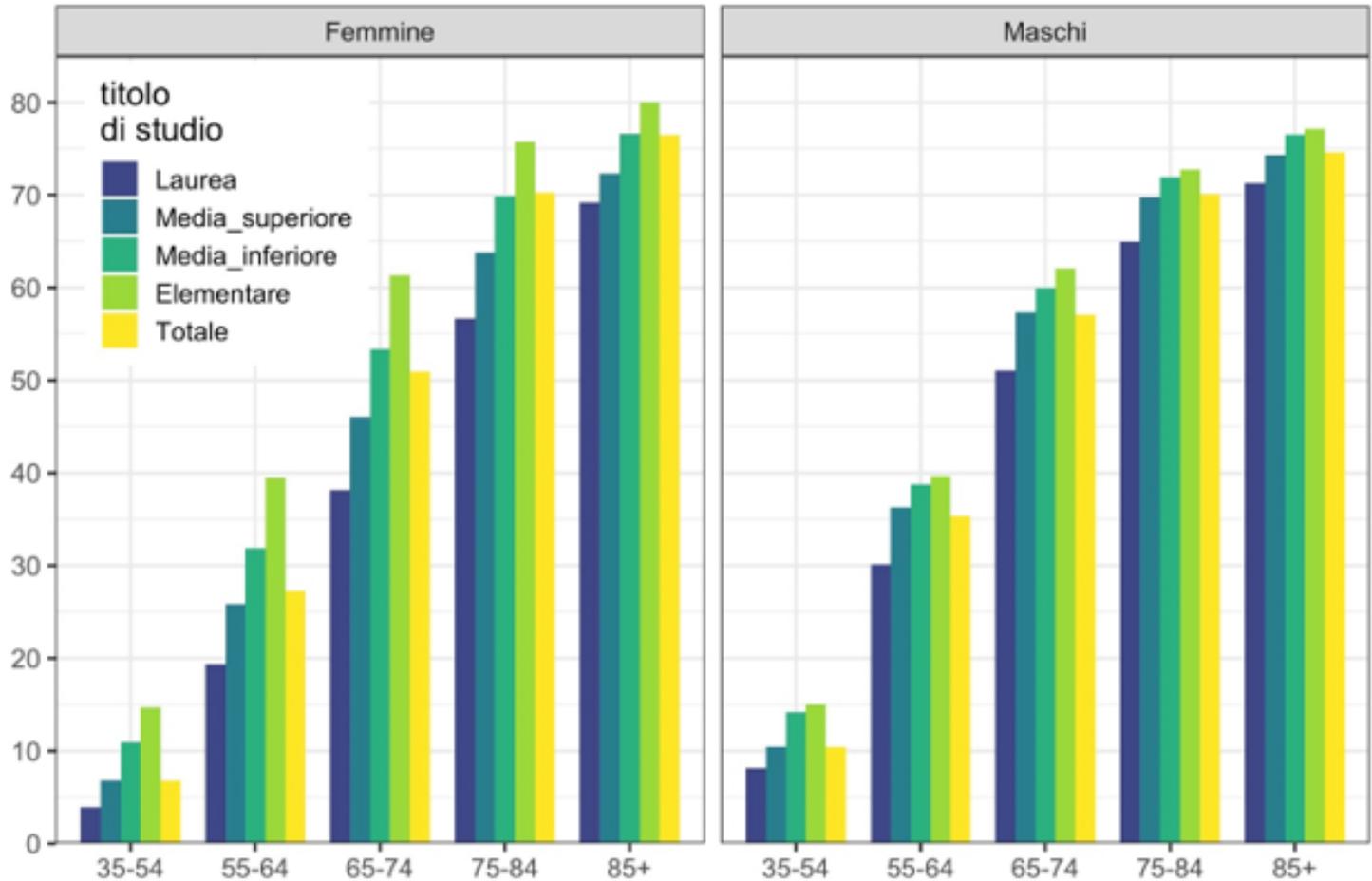
dati 2008-2012, campione nazionale età 35-74 anni

- Prevalenza **52,4% uomini e 37,8% donne**
- il 39% degli uomini e il 34% delle donne ipertesi non erano a conoscenza della condizione
- Solo il 26% delle donne e il 16% degli uomini ipertesi risultavano essere trattati correttamente

Di Lonardo A et al. Time trends of high blood pressure prevalence, awareness and control in the Italian general population: surveys of the National Institute of Health. High Blood Press Cardiovasc Prev 2017; 24:193-200

IPERTENSIONE ARTERIOSA e TITOLO DI STUDIO

La frequenza di ipertensione arteriosa è **più alta** nelle popolazioni con **titolo di studio più basso**. *Lazio 2020*



Prevalenza di ipertensione per livello di istruzione e fascia d'età, per i maschi e per le femmine, per 100 residenti nella regione Lazio di età pari o superiore a 35 anni.

Fonte dei dati (Anagrafe Assistiti; Censimento Popolazione 2011; Sistemi Informativi Sanitari)

FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo) ➤ Sottogruppi di farmaci • Farmaci	Soggetti in terapia cronica
<i>Farmaci antipertensivi</i> ➤ Antipertensivi (ATC: C02) ➤ Diuretici (ATC: C03) ➤ Beta-bloccanti (ATC: C07) ➤ Calcio-antagonisti (ATC: C08) ➤ Farmaci per il sistema renina-angiotensina (ATC: C09)	Pazienti con almeno 2 prescrizioni dello stesso sottogruppo di farmaci nell'anno in esame

I **farmaci antipertensivi** attualmente in uso si sono dimostrati **efficaci** nel ridurre la pressione arteriosa e, conseguentemente, il rischio di complicanze.

■ Tabella 1.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antipertensivi nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.

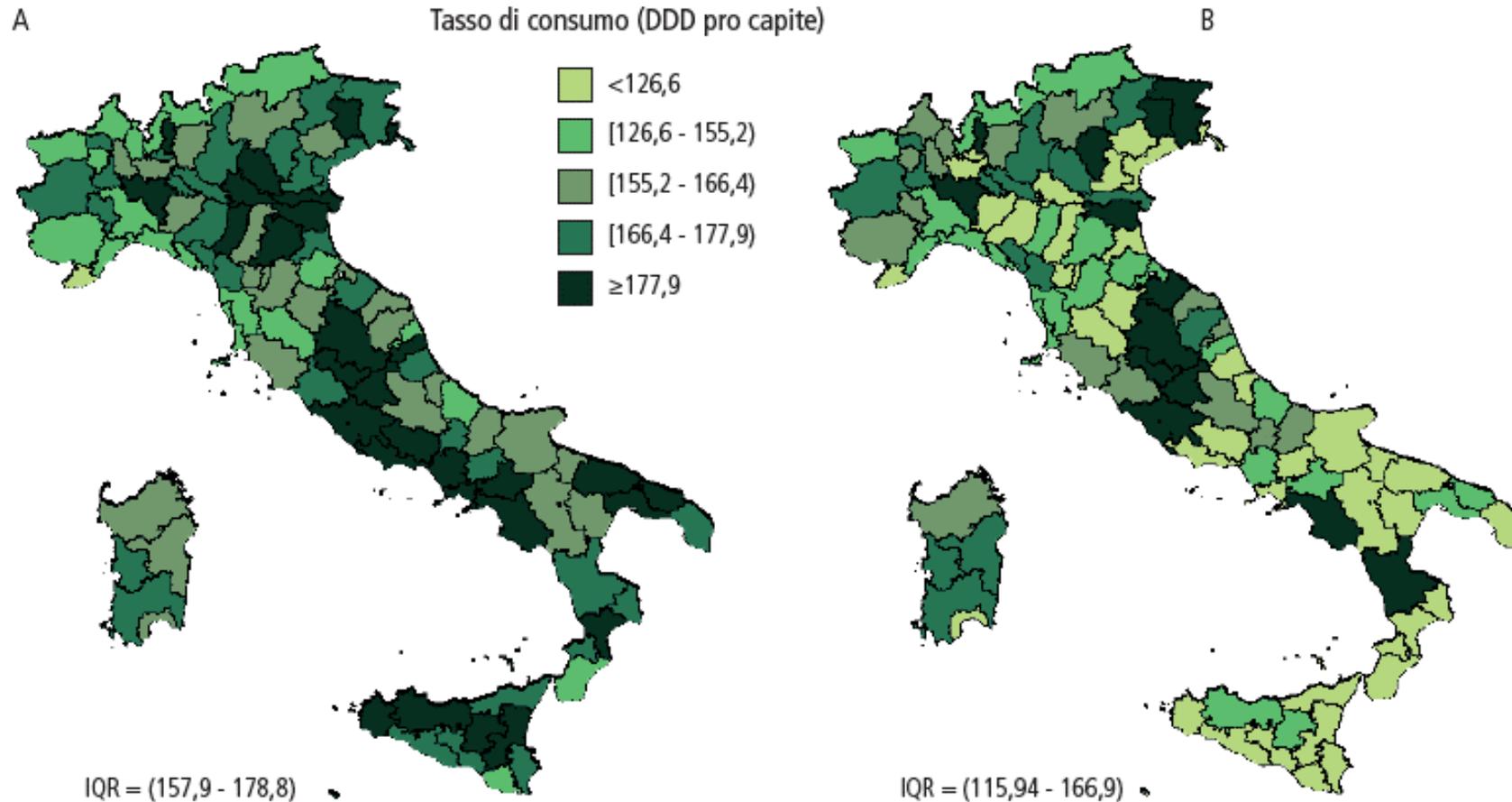
Regione	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	165,30 (165,29-165,31)	170,85	128,10 (128,10-128,11)	141,78
	2	169,08 (169,07-169,09)		138,22 (138,21-138,22)	
	più deprivato 3	178,20 (178,19-178,21)		159,92 (159,91-159,93)	

- Il consumo di farmaci antipertensivi in Italia è **maggiore negli uomini** rispetto alle donne.
- Differenze di rilievo **tra regioni**, ma senza un preciso gradiente geografico negli uomini, mentre, per le **donne**, il consumo è più elevato al **Sud**.
- Valori più alti nel terzile **più svantaggiato**, in entrambi i generi.

CONSUMO

UOMINI ≥ 18 anni

Figura 1.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antipertensivi, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

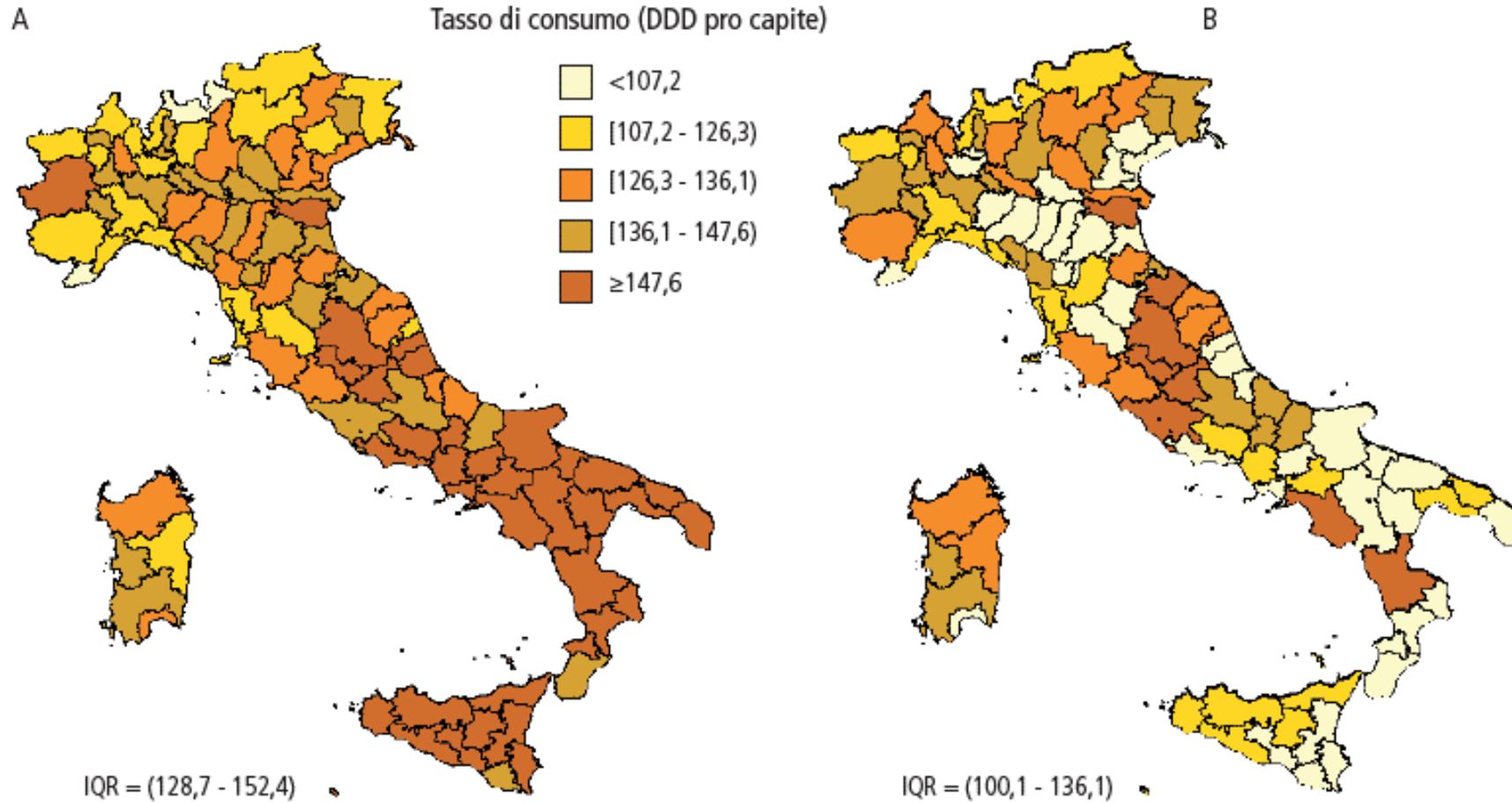


IPERTENSIONE ARTERIOSA

CONSUMO

DONNE ≥ 18 anni

Figura 1.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antipertensivi, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



Aderenza e Persistenza

MASCHI

SCHEDA

1

IPERTENSIONE

■ Tabella 1.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con antipertensivi nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Uomini (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	152.364	58,7 (56,9-60,6)	57,8	57,9	0,1	53,4 (53,1-53,6)	54,2	54,2	0,0
	2	160.629	58,4 (56,6-60,2)				54,6 (54,4-54,8)			
	più deprivato 3	177.145	56,5 (54,9-58,3)				54,4 (54,2-54,7)			

FEMMINE

SCHEDA

1

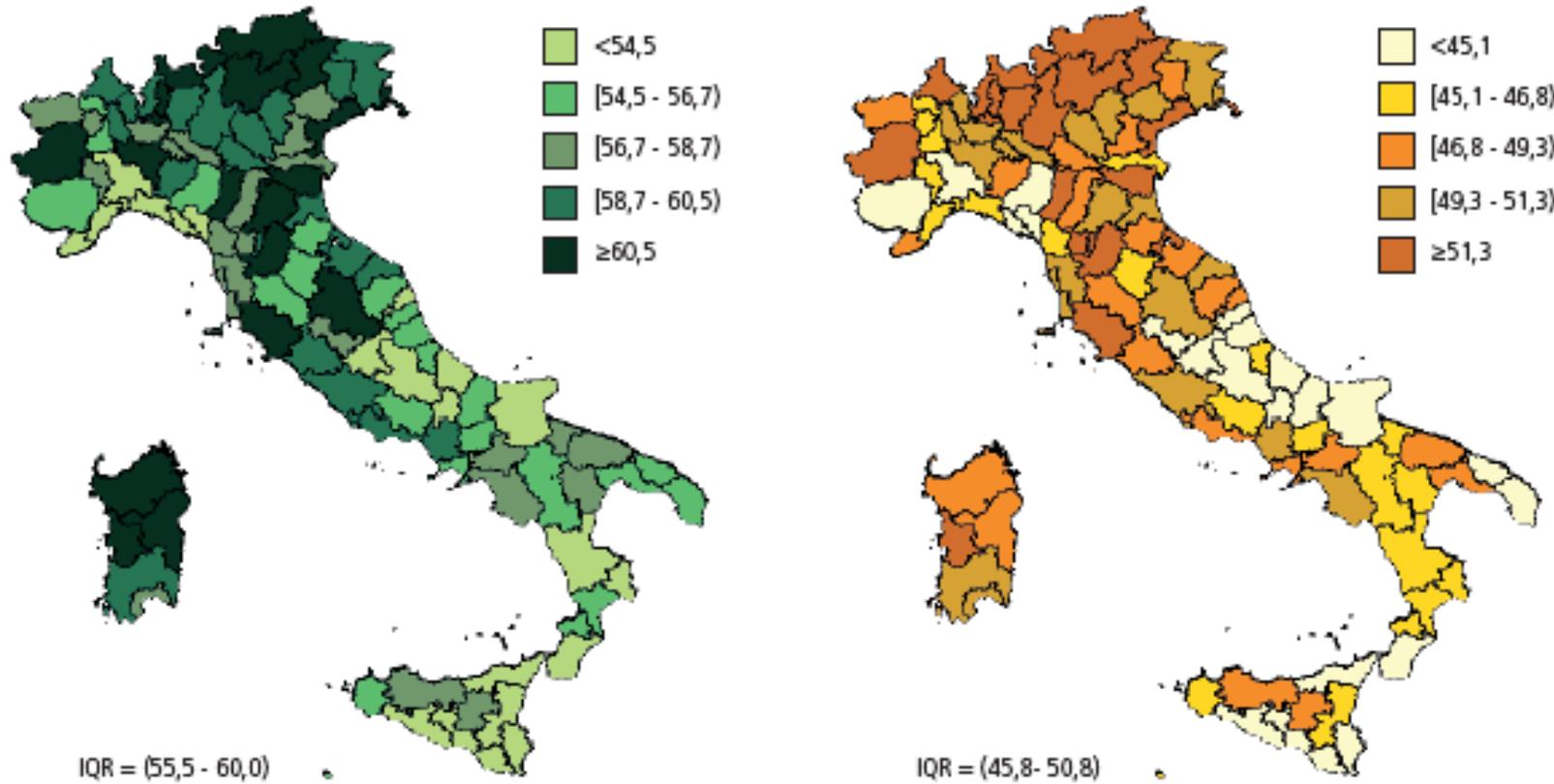
IPERTENSIONE

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Donne (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	159.560	49,5 (47,9-51,1)	48,5	48,5	0,1	44,1 (43,9-44,4)	45,0	45,0	0,0
	2	167.975	49,2 (47,7-50,8)				45,5 (45,3-45,7)			
	più deprivato 3	176.907	47,0 (45,5-48,5)				45,4 (45,2-45,6)			

ADERENZA

ADERENZA	
UOMINI ≥18 anni	DONNE ≥18 anni

Figura 1.3. Aderenza a 12 mesi (%) al trattamento con antipertensivi, per provincia, agglustata per età.



IPERTENSIONE ARTERIOSA

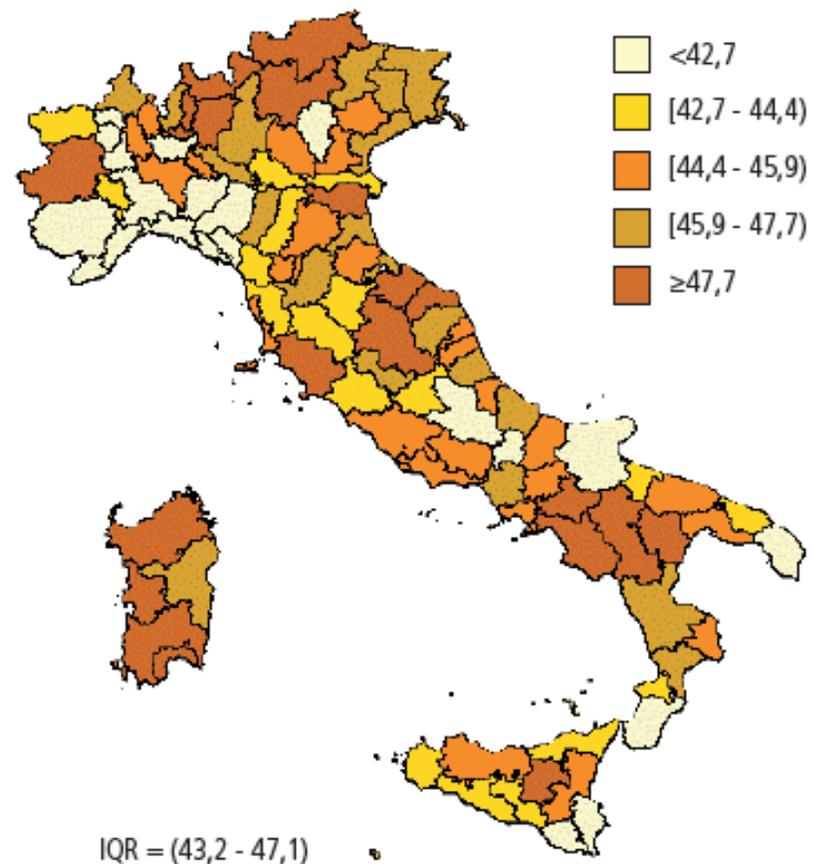
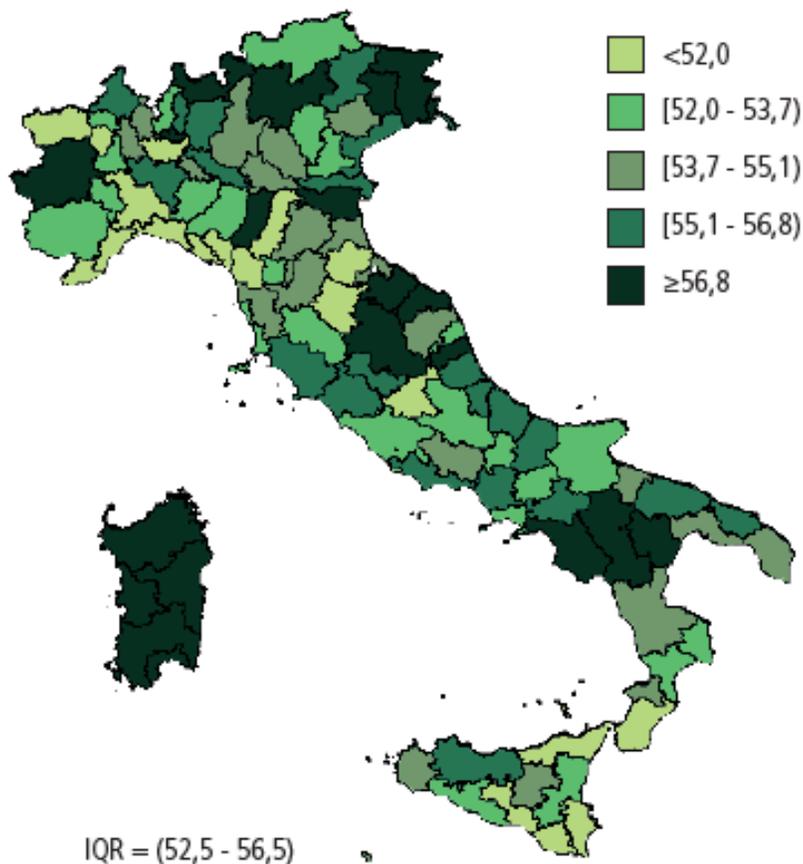
PERSISTENZA

PERSISTENZA

UOMINI
≥ 18 anni

DONNE
≥ 18 anni

Figura 1.4. Persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con antipertensivi, per provincia, aggiustata per età.



MAPPE ITALIA
analisi per provincia

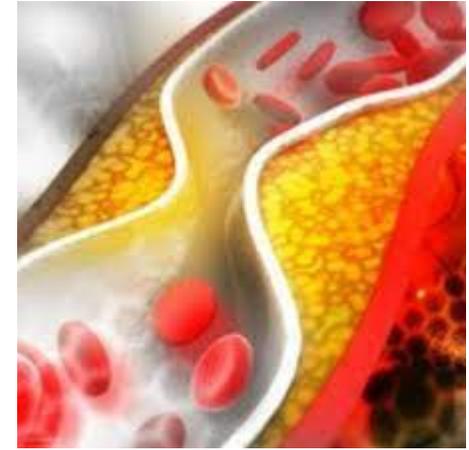


**Rimuovendo l'effetto della deprivazione,
la variabilità geografica permane**

DISLIPIDEMIE

Le dislipidemie sono il **principale fattore di rischio** per patologie **aterosclerotiche** con esito cardiovascolare.

La loro origine può essere genetica (familiare) o secondariamente correlata ad elevati livelli di colesterolo LDL e trigliceridi dovuti a stile di vita sedentario, obesità, eccessiva assunzione dietetica di calorie e abitudini al fumo.



Progetto Cuore

la prevalenza di dislipidemia e obesità è in aumento.

Nella fascia di età compresa tra i 35 e i 74 anni, nel 2008-2012, si contano il **36,8% di donne e il 34,7% di uomini** ipercolesterolemici (≥ 240 mg/dl). Una prevalenza maggiore si registra nelle donne in menopausa (età media 62 anni) raggiungendo valori pari al 51%.

La frequenza di malattia aumenta con l'età ed è in generale maggiore nella popolazione con **più basso livello di istruzione**.

FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo)

- Sottogruppi di farmaci
- Farmaci

Soggetti in terapia cronica

Farmaci ipolipemizzanti

- Fibrati (ATC: C10AB)
- Inibitori della idrossimetilglutaril-CoA reduttasi (ATC: C10AA)
- Altri agenti modificanti i lipidi (ATC: C10AX)
 - Ezetimibe (ATC: C10AX09)
- Agenti modificanti i lipidi, associazioni (ATC: C10B)

Pazienti con almeno 2 prescrizioni dello stesso sottogruppo di farmaci o specifico farmaco nell'anno in esame

■ **Tabella 2.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci ipolipemizzanti nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.**

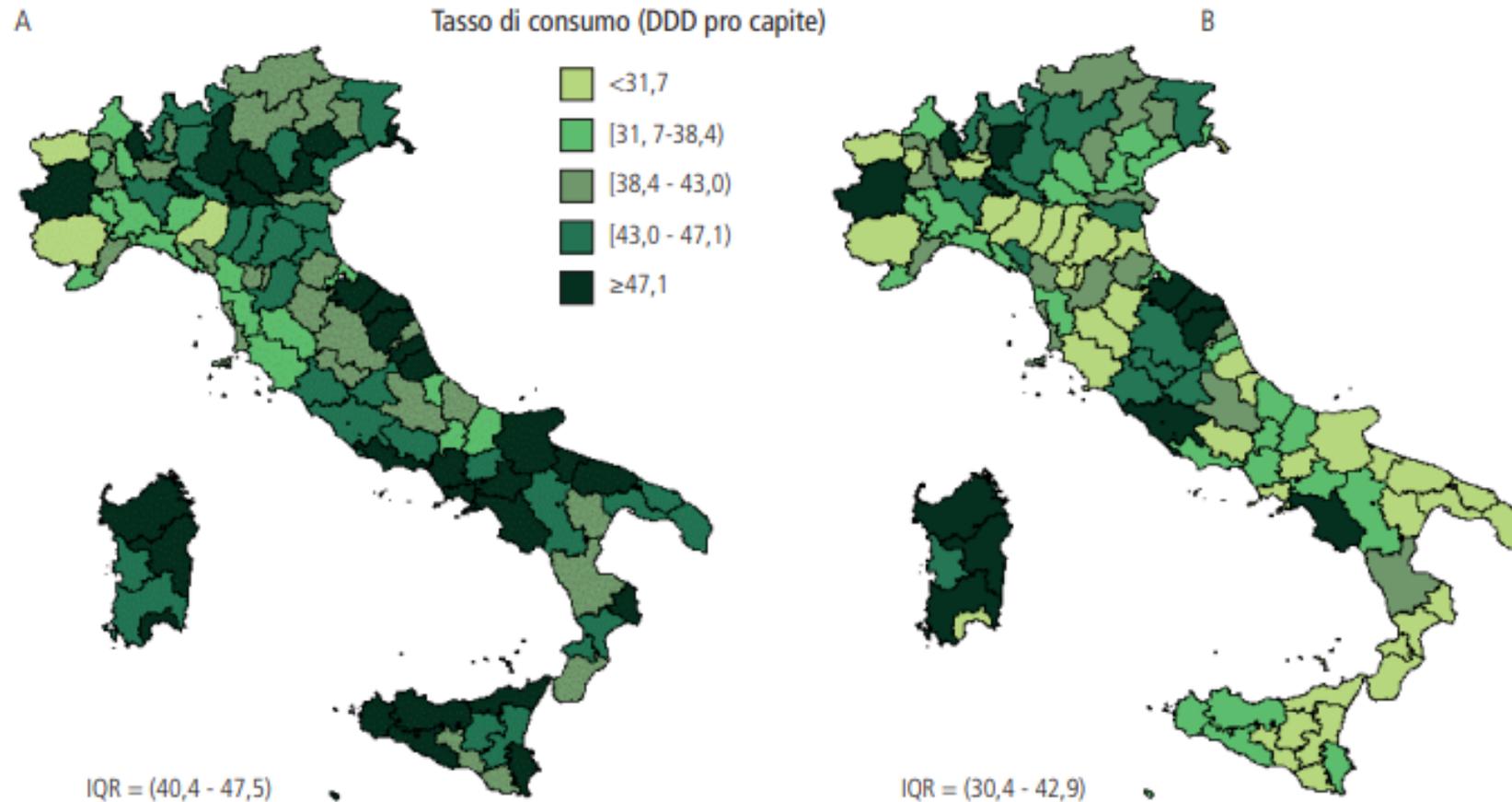
Regione	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	42,30 (42,30-42,31)	44,35	26,26 (26,26-26,26)	30,03
	2	43,14 (43,13-43,14)		28,70 (28,70-28,71)	
	3	47,68 (47,68-47,69)		35,42 (35,41-35,42)	
	più deprivato				

- Il consumo di farmaci ipolipemizzanti è maggiore nelle aree del **Sud e Centro Italia**, aree note per l’alta prevalenza della patologia, e nelle fasce socioeconomiche **più svantaggiate**.
- Il **minor consumo nelle donne**, che invece dovrebbero essere maggiormente interessate da dislipidemia, potrebbe suggerire inappropriatezza dovuta a sottotrattamento, oppure un livello di gravità della patologia inferiore e tale da non richiedere l’approccio farmacologico.

CONSUMO

UOMINI ≥ 18 anni

Figura 2.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci ipolipemizzanti, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



DISLIPIDEMIE

CONSUMO

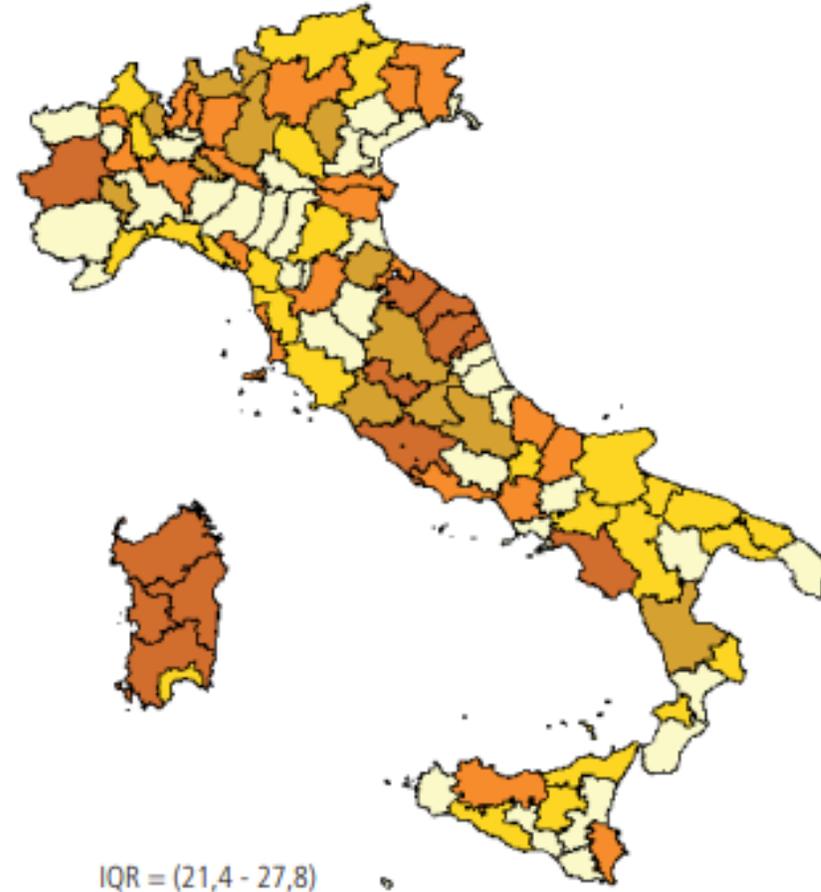
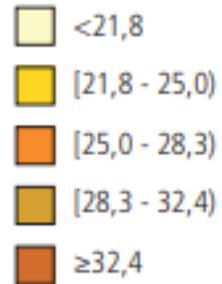
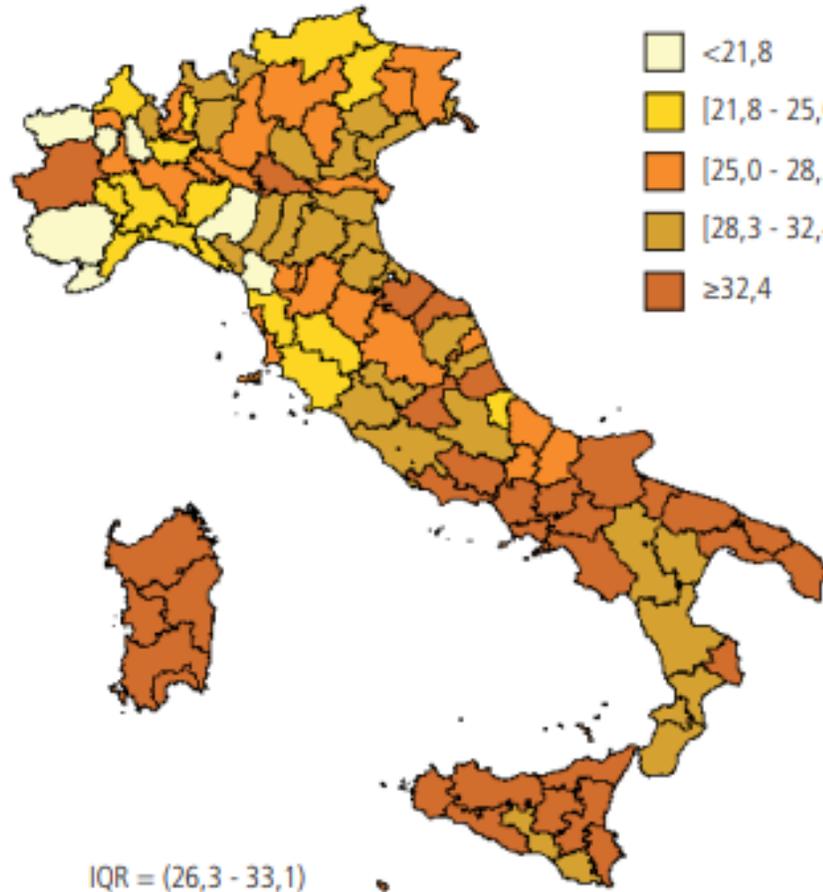
DONNE ≥ 18 anni

Figura 2.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci ipolipemizzanti, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

A

Tasso di consumo (DDD pro capite)

B



Aderenza e Persistenza

MASCHI

SCHEDA

2

DISLIPIDEMIE

N:B: più bassa nelle donne e tra i residenti nelle aree più deprivate

■ Tabella 2.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con ipolipemizzanti nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥ 18 anni)								
		Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	103.990	53,8 (52,8-54,8)	51,9	52,1	0,4	53,8 (53,5-54,1)	51,8	51,7	-0,1
	2	112.564	52,7 (51,7-53,6)				52,8 (52,5-53,1)			
	3	137.595	50,0 (49,1-50,8)				49,3 (49,1-49,6)			

più deprivato

FEMMINE

SCHEDA

2

DISLIPIDEMIE

Regione	Terzili di deprivazione*	Donne (≥ 18 anni)								
		Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	103.113	42,3 (41,4-43,2)	40,5	40,8	0,6	44,2 (43,9-44,5)	43,4	43,4	0,1
	2	114.359	41,3 (40,5-42,1)				44,2 (43,9-44,5)			
	3	146.235	38,8 (38,1-39,5)				42,1 (41,9-42,4)			

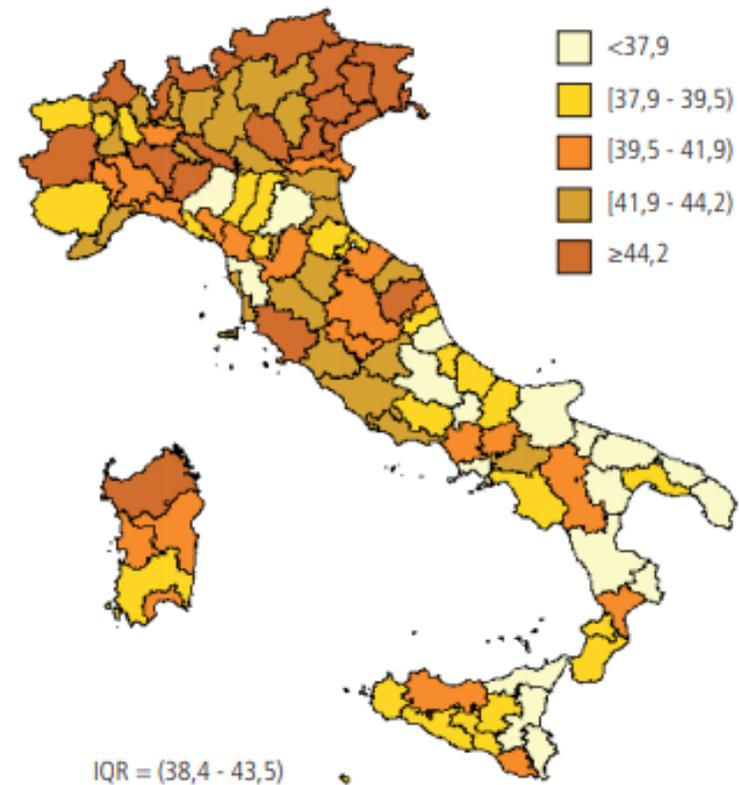
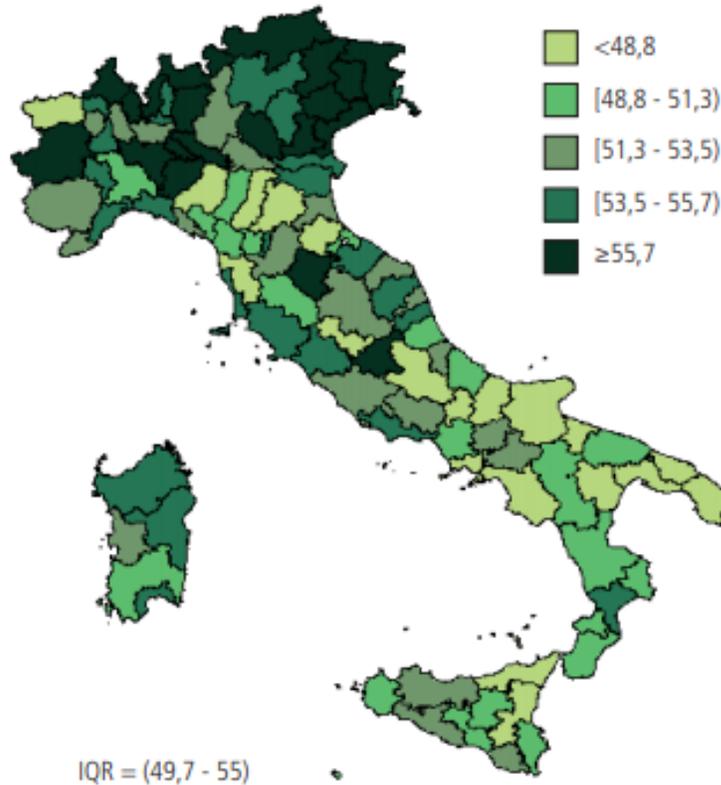
più deprivato

ADERENZA

ADERENZA

UOMINI ≥18 anni	DONNE ≥18 anni
---------------------------	--------------------------

Figura 2.3. Aderenza a 12 mesi (%) al trattamento con ipolipemizzanti, per provincia, aggiustata per età.

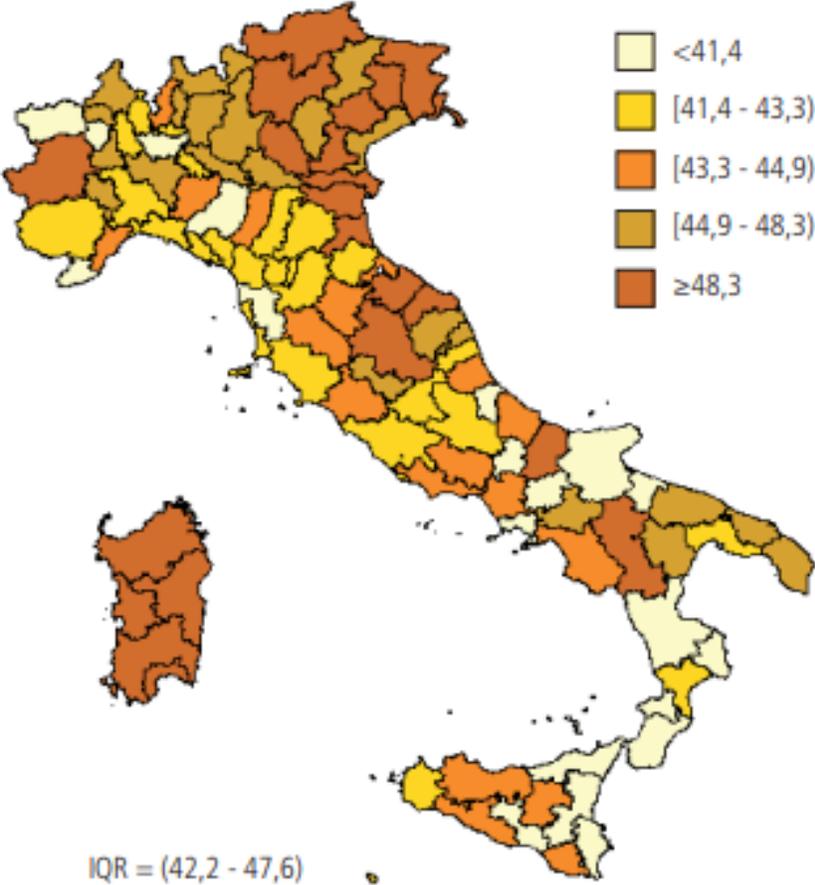
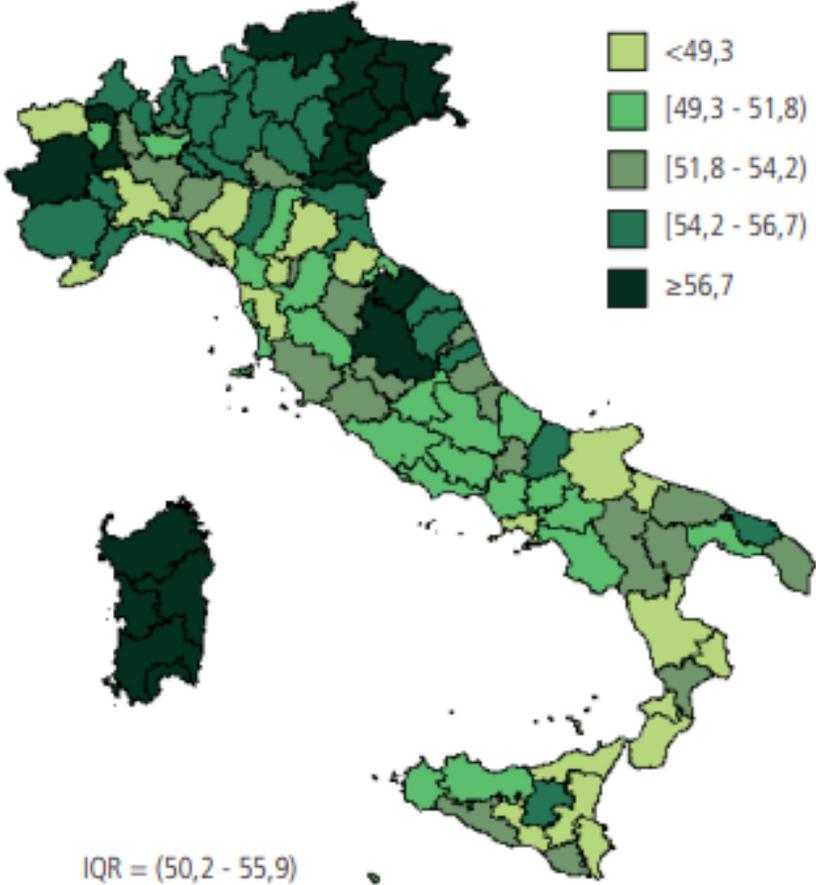


DISLIPIDEMIE

PERSISTENZA

PERSISTENZA
UOMINI ≥18 anni DONNE ≥18 anni

Figura 2.4. Persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con ipolipemizzanti, per provincia, aggiustata per età.



MAPPE ITALIA
analisi per provincia



**Rimuovendo l'effetto della deprivazione,
la variabilità geografica permane**

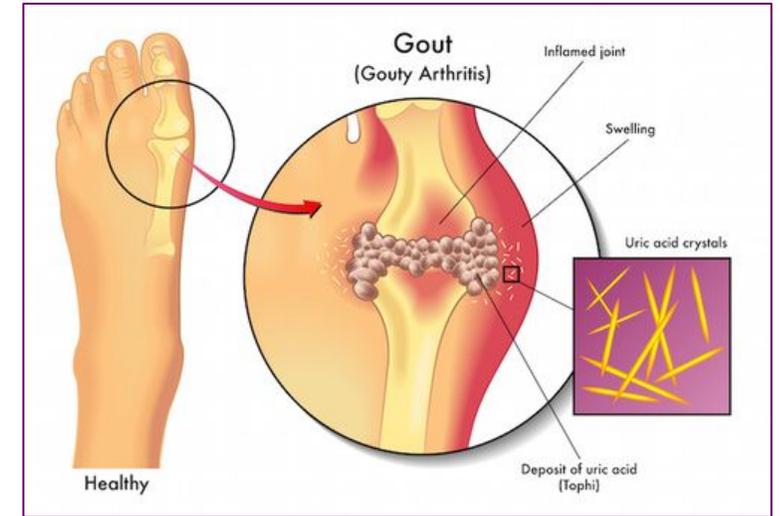
IPERURICEMIA E GOTTA

La gotta è una condizione artritica risultante dalla deposizione di cristalli di urato a livello delle articolazioni, a seguito di iperuricemia cronica.

È considerata la **forma artritica infiammatoria più comune** ma ancora spesso mal diagnosticata.

Negli ultimi decenni è stata possibile una maggiore caratterizzazione dei fattori di rischio correlati ad un eccesso di produzione o un difetto nell'eliminazione renale di **acido urico**, tra questi: fattori genetici, dietetici, sindrome metabolica, ipertensione, obesità, uso di diuretici e malattia renale Cronica

In Italia, uno studio pubblicato nel 2013 relativo a pazienti di età ≥ 18 anni riportava una prevalenza di gotta aumentata dallo **0,7%** (2005) allo **0,9%** (2009) con un rapporto uomo/donna pari a 4/1, e di iperuricemia dall'**8,5%** del 2005 all'**11,9%** del 2009 con un rapporto **uomo/donna pari a 2/1**. (Trifirò G et al. Ann Rheum Dis 2013)



FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo)

- Sottogruppi di farmaci
- Farmaci

Farmaci antigottosi

- Farmaci inibenti la formazione di acido urico
 - Allopurinolo (ATC: M04AA01)
 - Febuxostat (ATC: M04AA03)

Soggetti in terapia cronica

Pazienti con almeno 2 prescrizioni della stessa categoria nell'anno in esame

■ **Tabella 10.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci inibenti la formazione di acido urico nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.**

Regione	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	4,76 (4,76-4,76)	5,55	1,86 (1,86-1,86)	2,49
	2	5,94 (5,94-5,95)		2,47 (2,47-2,47)	
	3	6,00 (6,00-6,00)		3,25 (3,25-3,25)	

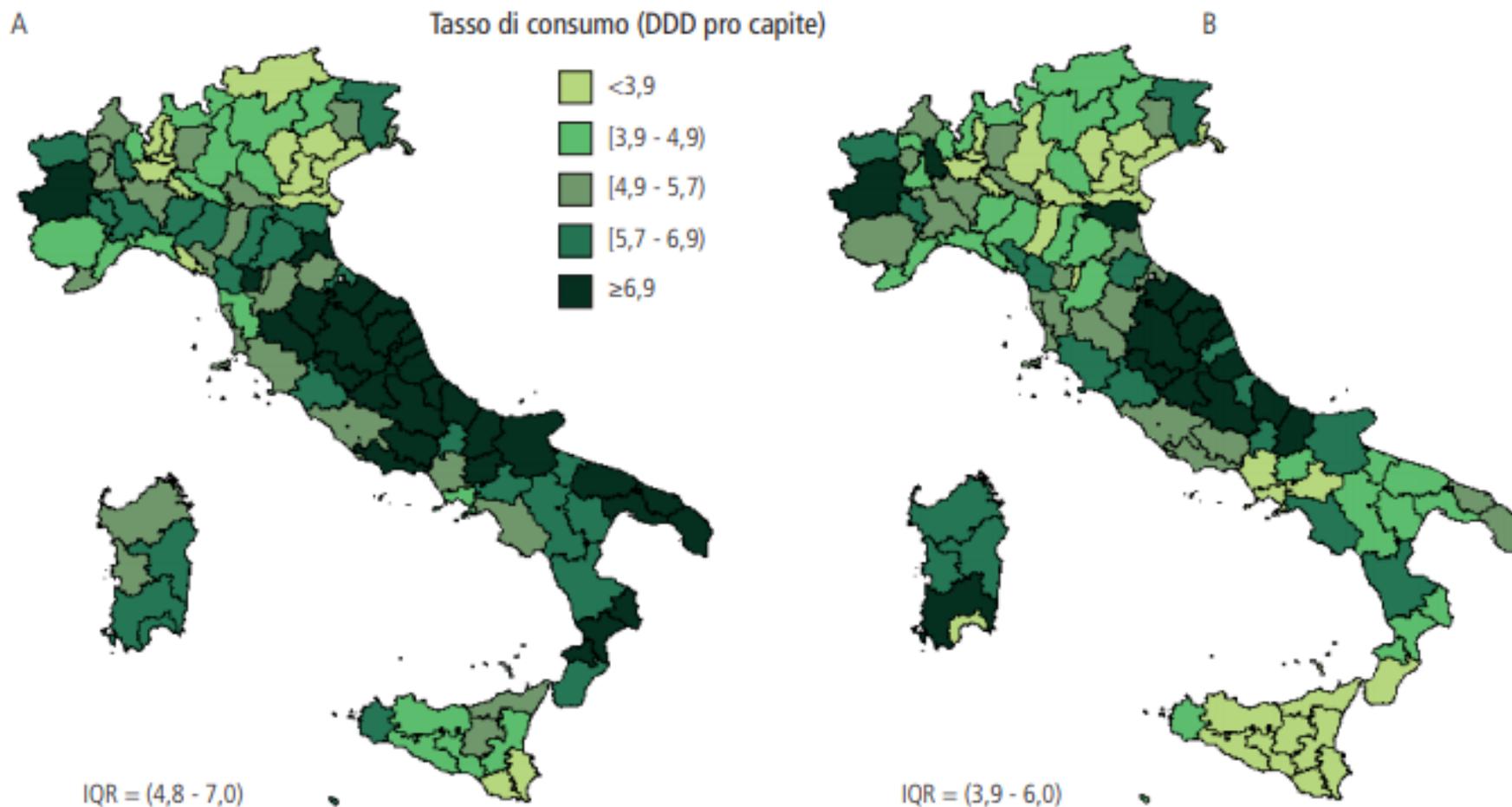
più deprivato

- Il **consumo di farmaci antiperuremici** può essere considerato **solo parzialmente un proxy** di prevalenza di gotta e iperuricemia cronica. Infatti, se da un lato il consumo maggiore tra gli **uomini** è in linea con la nota differenza di genere di queste patologie, dall'altro risulta essere maggiore nelle regioni del **Centro-Sud, in controtendenza** rispetto alla prevalenza lievemente maggiore che si osserva al Nord.
- I consumi seguono un **andamento crescente** dal terzile meno deprivato a quello **più deprivato** nelle regioni del Centro e in alcune regioni del Nord, e un **andamento decrescente** per le regioni del **Sud**, per entrambi i generi.

CONSUMO

UOMINI ≥ 18 anni

Figura 10.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci inibenti la formazione di acido urico, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

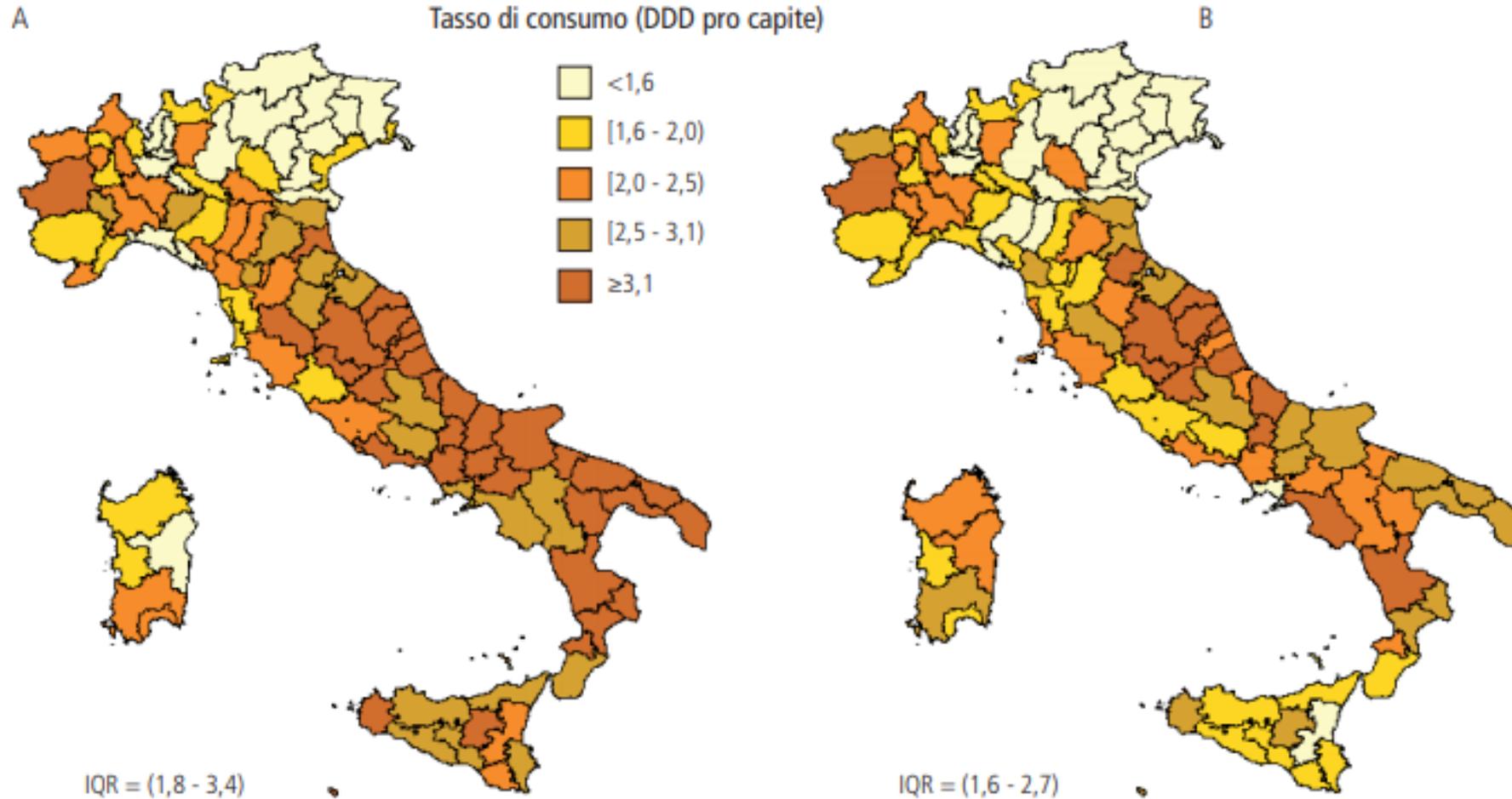


IPERURICEMIA E GOTTA

CONSUMO

DONNE ≥ 18 anni

Figura 10.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci inibenti la formazione di acido urico, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



Aderenza e Persistenza

MASCHI

SCHEDA

10

IPERURICEMIA E GOTTA

(uomini)

N:B: più bassa nelle donne,
più alta tra i residenti nelle aree più deprivate

■ Tabella 10.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con farmaci inibenti la formazione di acido urico nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Uomini (≥ 18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	50.386	24,5 (23,7-25,4)	24,6	24,6	0,0	16,9 (16,6-17,2)	17,5	17,5	0,0
	2	63.180	23,9 (23,1-24,7)				17,8 (17,5-18,1)			
	3	67.984	25,4 (24,6-26,2)				17,7 (17,4-17,9)			

più deprivato

FEMMINE

SCHEDA

10

IPERURICEMIA E GOTTA

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Donne (≥ 18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	34.869	23,2 (22,2-24,2)	22,7	22,7	-0,2	14,4 (14,1-14,8)	14,9	14,9	0,0
	2	46.423	22,2 (21,3-23,1)				15,4 (15,1-15,7)			
	3	60.004	22,8 (22,0-23,6)				14,8 (14,5-15,1)			

più deprivato

VARIABILITA' GEOGRAFICA (mappe per provincia) – permane rimuovendo l'effetto della deprivazione

DIABETE

Il diabete mellito tipo 2 è la forma di diabete più comune che interessa il 90% dei casi di diabete e che si sviluppa prevalentemente **a partire dai 40 anni di età.**



Il numero di persone affette da diabete mellito è in **continua crescita** in tutto il mondo. In Italia, nel 2016, l'Istat stima in circa 3,2 milioni il numero di persone con diabete diagnosticato (il 90% di tipo 2), con una prevalenza di **5,3%**.

La prevalenza della malattia è fortemente correlata con l'età: è **oltre il 20% nelle persone con più di 75 anni e circa il 70% dei pazienti ha oltre 65 anni.**

Istat. Il diabete in Italia - Anni 2000-2016. Disponibile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files/2017/07/REPORT_DIABETE.pdf/

FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo)

- Sottogruppi di farmaci
- Farmaci

Farmaci antidiabetici (prima scelta terapia non insulinica diabete tipo 2)

- Biguanidi (ATC: A10BA)
 - Metformina (ATC: A10BA02)
- Associazioni di ipoglicemizzanti orali (ATC: A10BD)
 - Metformina + pioglitazone (ATC: A10BD05)
 - Metformina e sitagliptin (ATC: A10BD07)
 - Metformina e ildagliptin (ATC: A10BD08)
 - Metformina e saxagliptin (ATC: A10BD10)
 - Metformina e linagliptin (ATC: A10BD11)
 - Metformina e alogliptin (ATC: A10BD13)
 - Metformina e dapagliflozin (ATC: A10BD15)
 - Metformina e canagliflozin (ATC: A10BD16)
 - Metformina e empagliflozin (ATC: A10BD20)

Soggetti in terapia cronica

Pazienti con almeno 2 prescrizioni dello stesso sottogruppo di farmaci nell'anno in esame

N.B. Per i soggetti inclusi nelle analisi gli indicatori sono stati valutati considerando l'esposizione al farmaco di tutta la categoria ATC: A1

■ **Tabella 11.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antidiabetici nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.**

Regione*	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	19,57 (19,57-19,58)	21,80	11,92 (11,92-11,93)	15,09
	2	20,52 (20,52-20,52)		13,95 (13,94-13,95)	
	3	25,00 (24,99-25,00)		19,07 (19,07-19,07)	

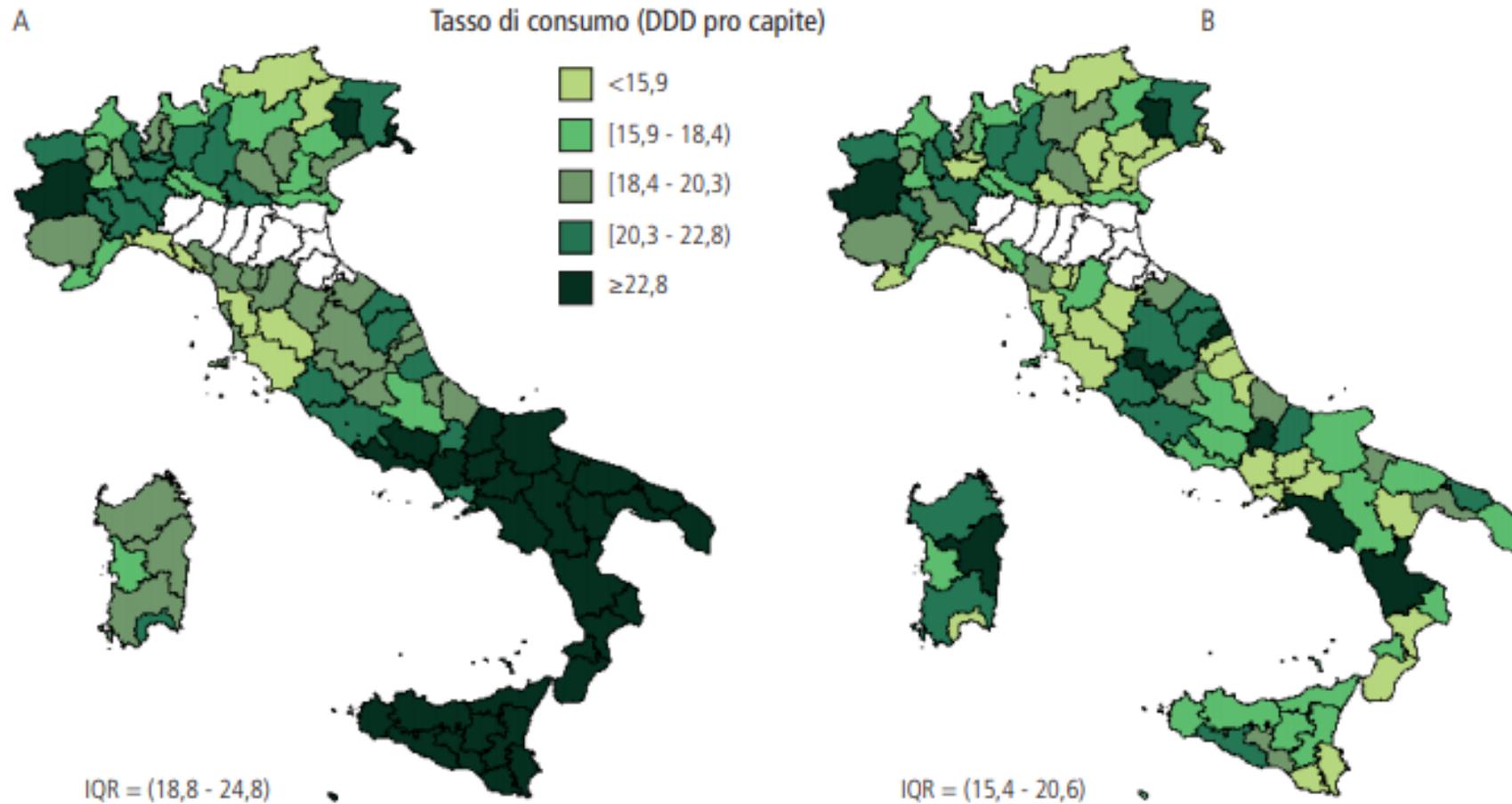
più deprivato

Il consumo di farmaci antidiabetici in Italia presenta una distribuzione geografica che **riproduce l'epidemiologia del diabete di tipo 2**: è più elevato negli **uomini** rispetto alle donne, nel **Sud** rispetto al Nord, nei **gruppi sociali più deprivati**.

CONSUMO

UOMINI ≥ 18 anni

Figura 11.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antidiabetici, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

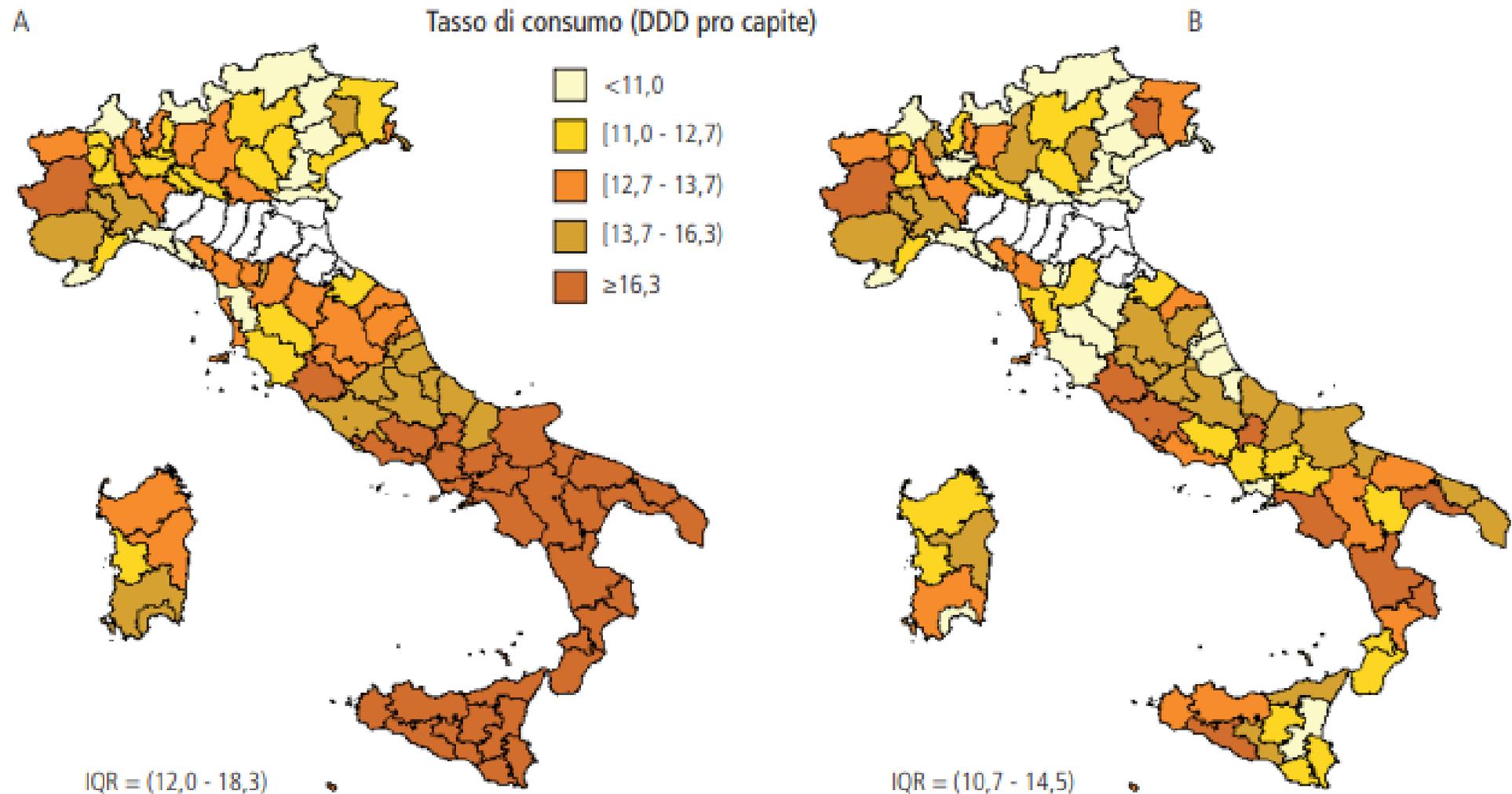


DIABETE MELLITO

CONSUMO

DONNE ≥ 18 anni

Figura 11.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antidiabetici, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



Aderenza e Persistenza

MASCHI

SCHEDA

11

DIABETE

N:B: più basse nelle donne e tra i residenti nelle aree più depresse

■ Tabella 11.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con farmaci antidiabetici nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, regione e terzile di deprivazione.

		Uomini (≥18 anni)								
Regione*	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	36.431	41,9 (39,9-43,9)	37,6	38,0	1,2	44,0 (43,5-44,5)	43,2	43,2	0,0
	2	43.054	37,4 (35,6-39,1)				42,7 (42,3-43,2)			
	3	54.985	35,0 (33,5-36,5)				43,1 (42,7-43,5)			

più deprivato

FEMMINE

SCHEDA

11

DIABETE

		Donne (≥18 anni)								
Regione*	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	29.196	37,1 (35,2-39,2)	31,6	32,2	1,8	38,3 (37,8-38,9)	36,8	36,8	0,0
	2	39.911	31,9 (30,4-33,6)				36,0 (35,5-36,4)			
	3	50.436	28,3 (27,0-29,7)				36,5 (36,1-37,0)			

più deprivato

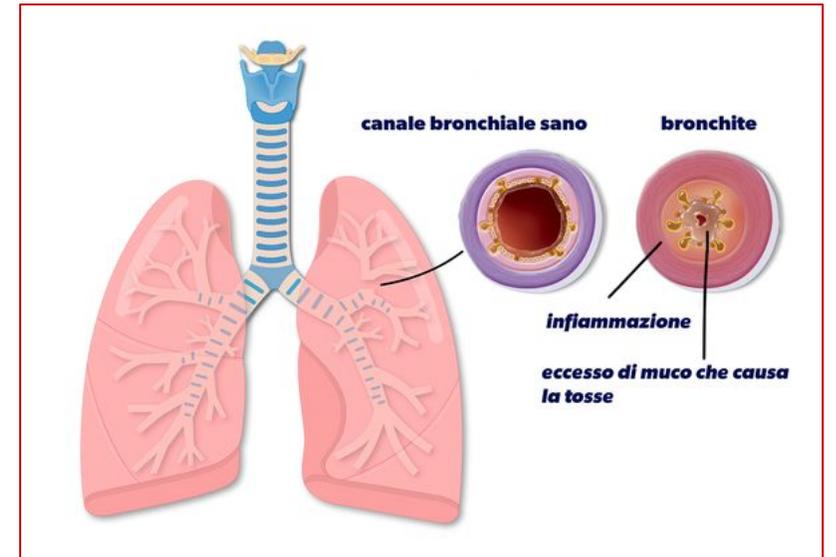
VARIABILITA' GEOGRAFICA (mappe per provincia) – permane rimuovendo l'effetto della deprivazione

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è la più frequente **malattia cronica** dell'apparato respiratorio.

Uno studio condotto a livello nazionale, basato sul sistema di sorveglianza **PASSI**, anni 2013-2015, ha mostrato una prevalenza del **2,6%** in soggetti tra i 18 e i 69 anni.

Le stime prodotte attraverso diagnosi autoriportata possono risultare più basse di quelle prodotte tramite diagnosi **spirometrica**, come mostrato da uno studio condotto in Italia in cui la prevalenza è risultata essere **tra il 9,1% e l'11,7%** tra i 18 e i 79 anni.



Ferrante G et al . Epidemiology of chronic respiratory diseases and associated factors in the adult Italian population. Eur J Public Health 2017; 27(6):1110-16.

Guerriero M et al COPD prevalence in a north-eastern Italian general population. Respir Med 2015; 109(8):1040-7.

FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo)

- Sottogruppi di farmaci
- Farmaci

Farmaci utilizzati per il trattamento della BPCO

- LABA in monoterapia (ATC: R03AC)
 - Salmeterolo (ATC: R03AC12)
 - Formoterolo (ATC: R03AC13)
 - Indacaterolo (ATC: R03AC18)
 - Olodaterolo (ATC: R03AC19)
- LAMA in monoterapia (ATC: R03BB)
 - Tiotropio bromuro (ATC: R03BB04)
 - Aclidinio bromuro (ATC: R03BB05)
 - Glicopirronio bromuro (ATC: R03BB06)
 - Umeclidinio bromuro (ATC: R03BB07)
- LABA + ICS (ATC: R03AK)
 - Salmeterolo + fluticasone (ATC: R03AK06)
 - Formoterolo + budesonide (ATC: R03AK07)
 - Formoterolo + beclometasone (ATC: R03AK08)
 - Vilanterolo + fluticasone (ATC: R03AK10)
 - Formoterolo + fluticasone (ATC: R03AK11)
 - Formoterolo/mometasone (ATC: R03AK09)
- LABA + LAMA (ATC: R03AL)
 - Vilanterolo + umeclidinio bromuro (ATC: R03AL03)
 - Indacaterolo + glicopirronio bromuro (ATC: R03AL04)
 - Formoterolo + aclidinio bromuro (ATC: R03AL05)
 - Olodaterolo + tiotropio bromuro (ATC: R03AL06)
- LABA + LAMA + ICS
 - Formoterolo, glicopirronio bromuro e beclometasone (ATC: R03AL09)

Soggetti in terapia cronica

Pazienti con almeno 2 prescrizioni dello stesso sottogruppo di farmaci nell'anno in esame (LABA in monoterapia; LAMA in monoterapia; LABA+ICS; LABA+LAMA+ICS) nell'anno in esame



■ **Tabella 12.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci per BPCO nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.**

Regione*	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	8,63 (8,63-8,63)	9,87	6,12 (6,12-6,12)	6,50
	2	9,50 (9,50-9,50)		6,48 (6,48-6,49)	
	3	11,42 (11,41-11,42)		6,89 (6,89-6,89)	

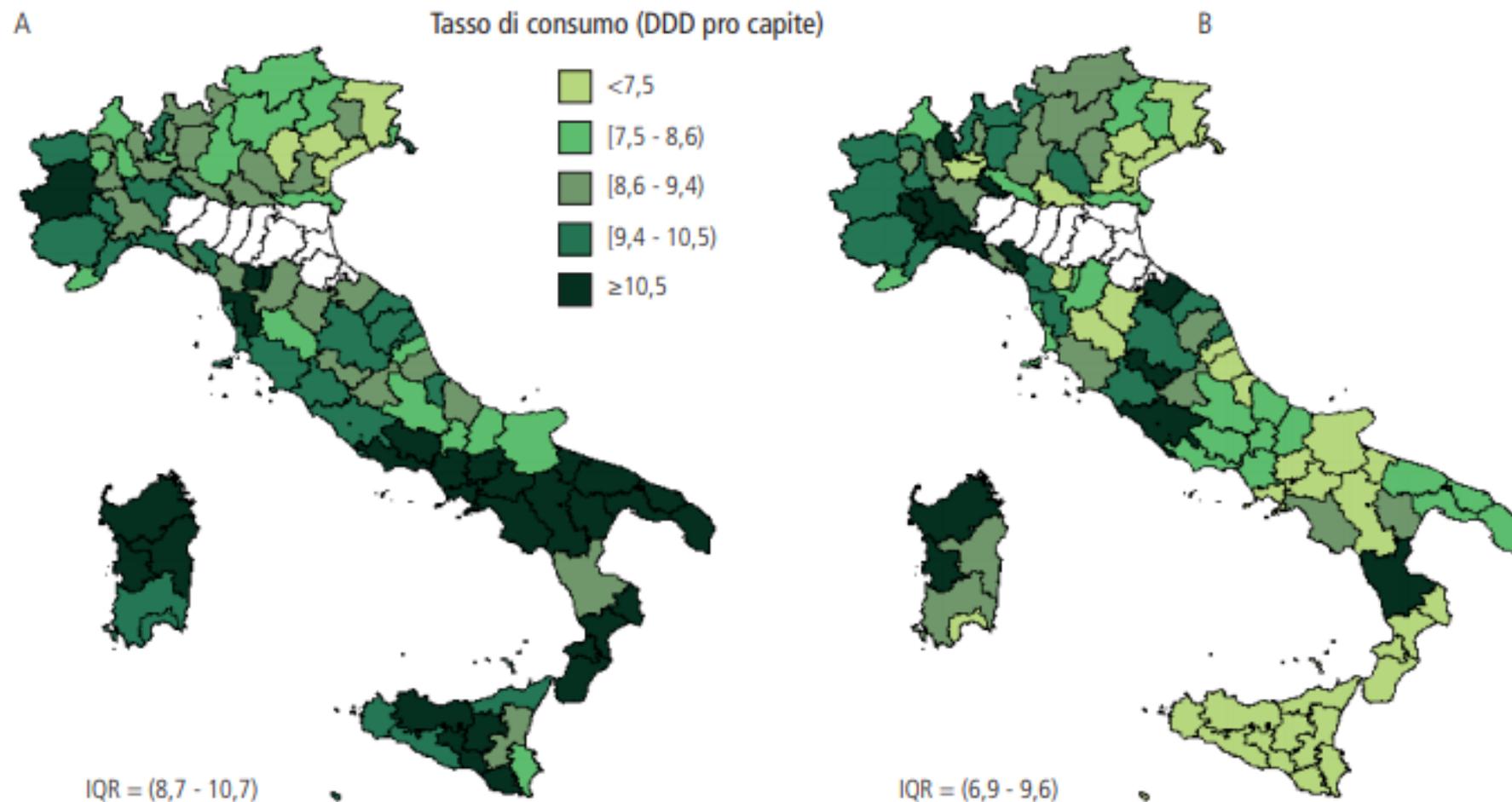
più deprivato

Il consumo di farmaci per BPCO può essere considerato un **proxy di prevalenza**. Infatti, il consumo di tali farmaci risulta maggiore tra gli **uomini** nelle aree geografiche dove è già nota una prevalenza più elevata e nei livelli **socioeconomici più svantaggiati**.

CONSUMO

UOMINI ≥ 18 anni

Figura 12.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci per BPCO, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



BPCO

CONSUMO

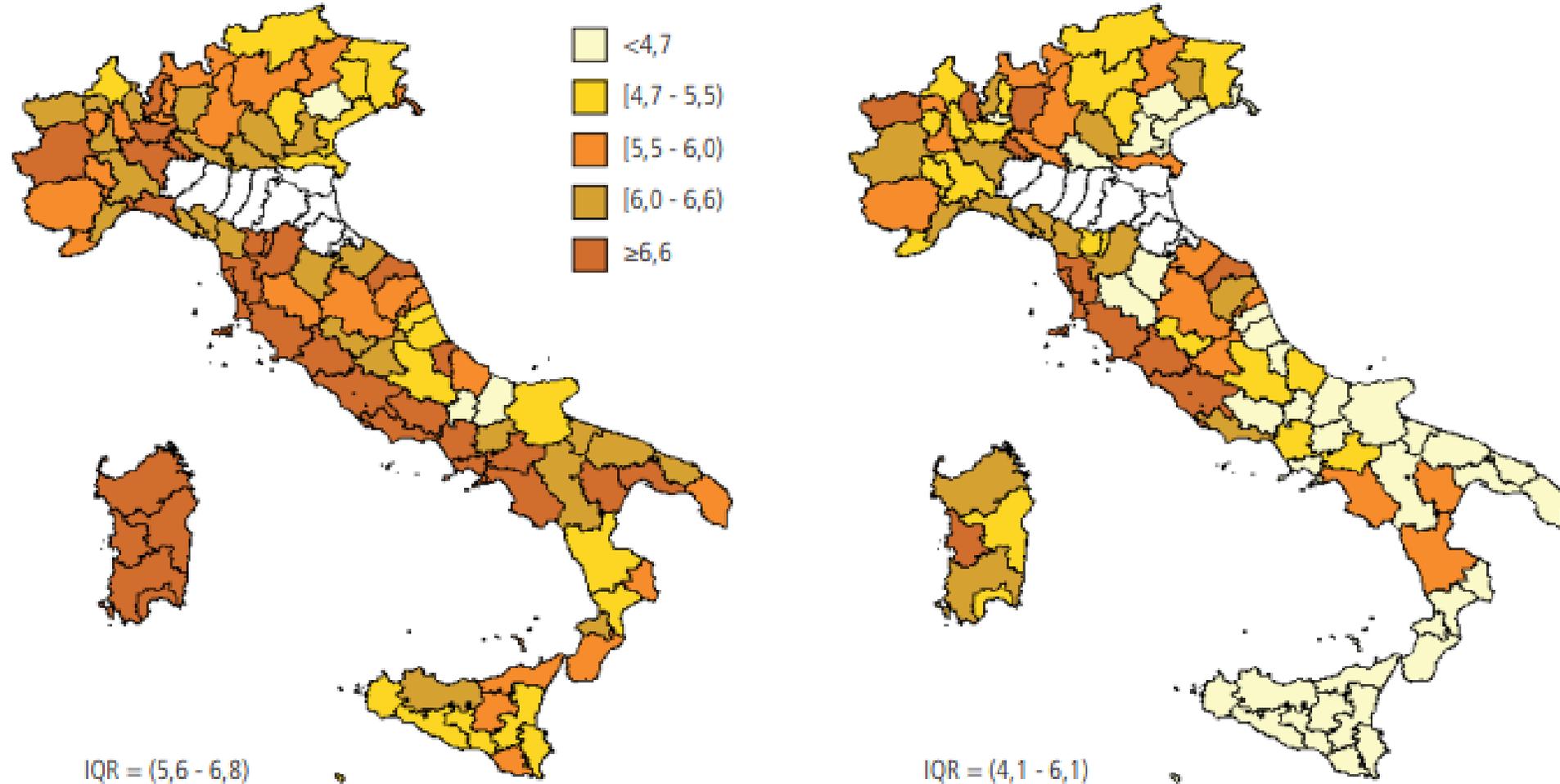
DONNE ≥ 18 anni

Figura 12.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci per BPCO, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

A

Tasso di consumo (DDD pro capite)

B



Aderenza e Persistenza

MASCHI

SCHEDA

12

BPCO

N:B: più bassa tra le donne e tra i residenti nelle aree più depresse

■ Tabella 12.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con farmaci per BPCO nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione*	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Uomini (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%)¹	Aderenza regionale (%)²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%)¹	Persistenza regionale (%)²	Δ (%)
Italia	1	40.013	37,1 (35,8-38,5)	36,1	36,4	0,8	24,8 (24,4-25,3)	23,7	23,7	0,0
	2	46.773	37,2 (36,0-38,5)				25,0 (24,6-25,4)			
	3	67.152	34,8 (33,8-35,8)				22,2 (21,9-22,5)			

più deprivato

FEMMINE

SCHEDA

12

BPCO

Regione*	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Donne (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%)¹	Aderenza regionale (%)²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%)¹	Persistenza regionale (%)²	Δ (%)
Italia	1	42.549	32,1 (30,9-33,3)	30,5	30,7	0,7	19,9 (19,5-20,3)	18,0	18,0	-0,2
	2	52.046	31,2 (30,2-32,3)				18,9 (18,6-19,3)			
	3	70.427	29,0 (28,2-29,9)				16,2 (15,9-16,5)			

più deprivato

VARIABILITA' GEOGRAFICA (mappe per provincia) – permane rimuovendo l'effetto della deprivazione

SEZIONE 2 – Schede per patologia

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Ipertensione | |
| 2 Dislipidemie | |
| 3 Ipotiroidismo | |
| 4 Ipertiroidismo | |
| 5 Depressione | |
| 6 Demenza | |
| 7 Morbo di Parkinson | ETA'
ADULTA |
| 8 Osteoporosi | |
| 9 Ipertrofia prostatica benigna | |
| 10 Iperuricemia e gotta | |
| 11 Diabete | |
| 12 Broncopneumopatia cronica ostruttiva | |
| 13 Asma - Popolazione pediatrica | |
| 14 Epilessia - Popolazione pediatrica | ETA' PEDIATRICA |
| 15 Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività - Popolazione pediatrica | |

➔ Patologie correlate allo stile di vita

IPOTIROIDISMO

L'ipotiroidismo è la **più diffusa malattia della tiroide** caratterizzata da un'insufficiente azione degli ormoni tiroidei a livello tissutale che determina un rallentamento di tutti i processi metabolici.

I dati epidemiologici, soprattutto di prevalenza, presenti in letteratura sulla popolazione italiana **sono alquanto carenti** e spesso riferiti a limitati ambiti territoriali o a casistiche ospedaliere più che all'intero ambito nazionale.

Secondo gli ultimi dati disponibili di **Health Search** (l'istituto di ricerca della SIMG) relativi al 2011, la prevalenza dell'ipotiroidismo (congenito, post-chirurgico e primario) è stata pari al **3,7%**, con una tendenza ad aumentare con l'avanzare dell'età: incidenza nelle donne di 2/1000/anno, negli uomini di 2/10.000/anno, pari a un **rapporto F/M di 10:1**.



FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo) ➤ Sottogruppi di farmaci • Farmaci	Soggetti in terapia cronica
<i>Ormoni tiroidei (ATC: H03AA)</i>	Pazienti con almeno 2 prescrizioni dello stesso sottogruppo di farmaci nell'anno in esame

■ Tabella 3.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci per ipotiroidismo nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	2,95 (2,95-2,95)		11,38 (11,38-11,39)	
	2	3,58 (3,58-3,59)	3,36	13,75 (13,75-13,75)	
	3	3,54 (3,54-3,54)		13,93 (13,93-13,93)	13,02

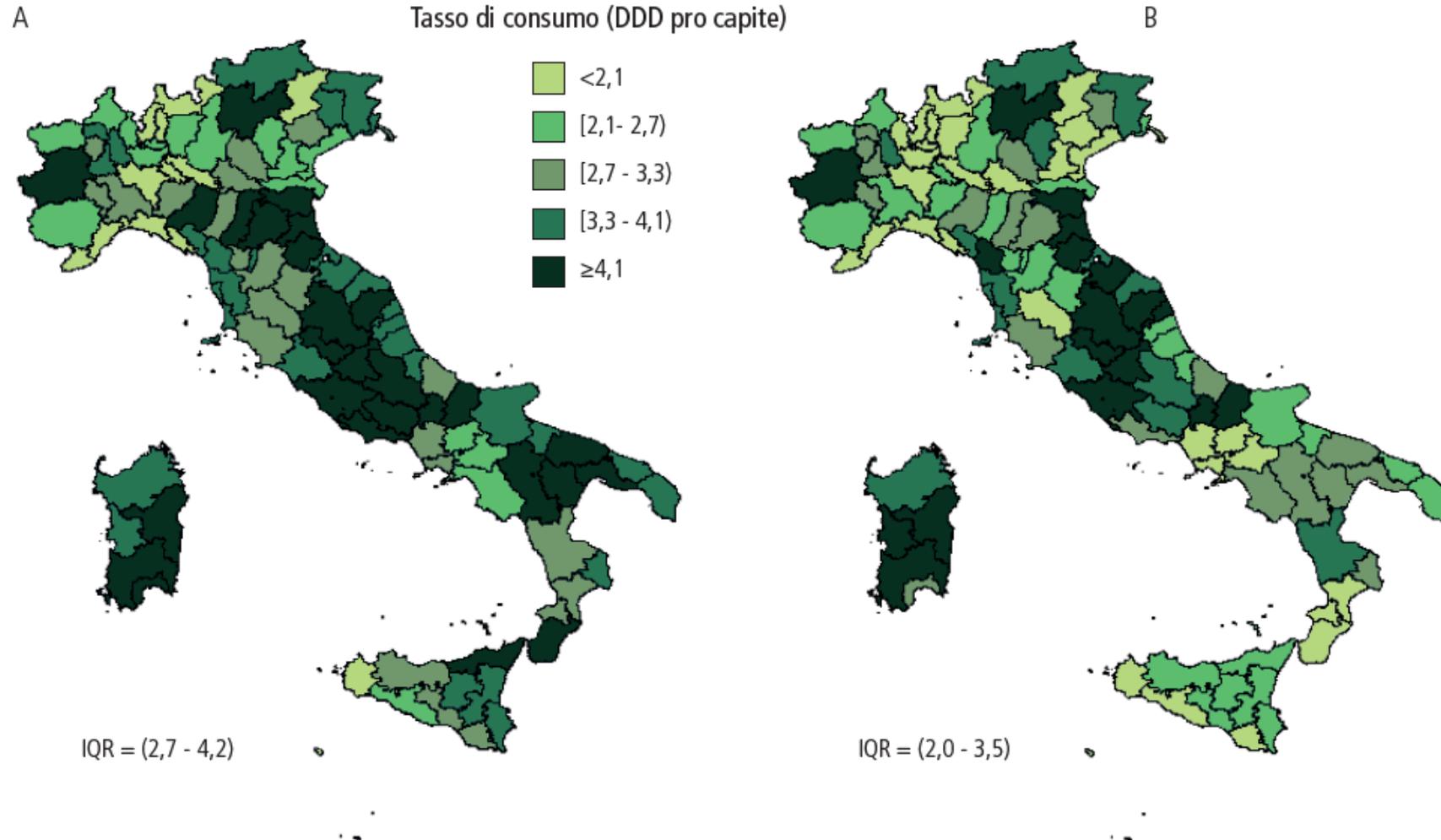
più deprivato

* Terzili di deprivazione a livello nazionale pesati per la popolazione (1: meno deprivato; 3: più deprivato).

- Il consumo di preparati tiroidei per la terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo è più elevato al Centro-Sud, in linea con l'andamento geografico della prevalenza della patologia in Italia; inoltre, è maggiore nelle donne rispetto agli uomini, coerentemente con la nota differenza di genere che si osserva nell'ipotiroidismo.
- Il consumo aumenta con la deprivazione nelle regioni del Centro, in particolare nelle donne residenti nel Lazio e nelle Marche.

CONSUMOUOMINI ≥ 18 anni

Figura 3.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci per ipotiroidismo, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

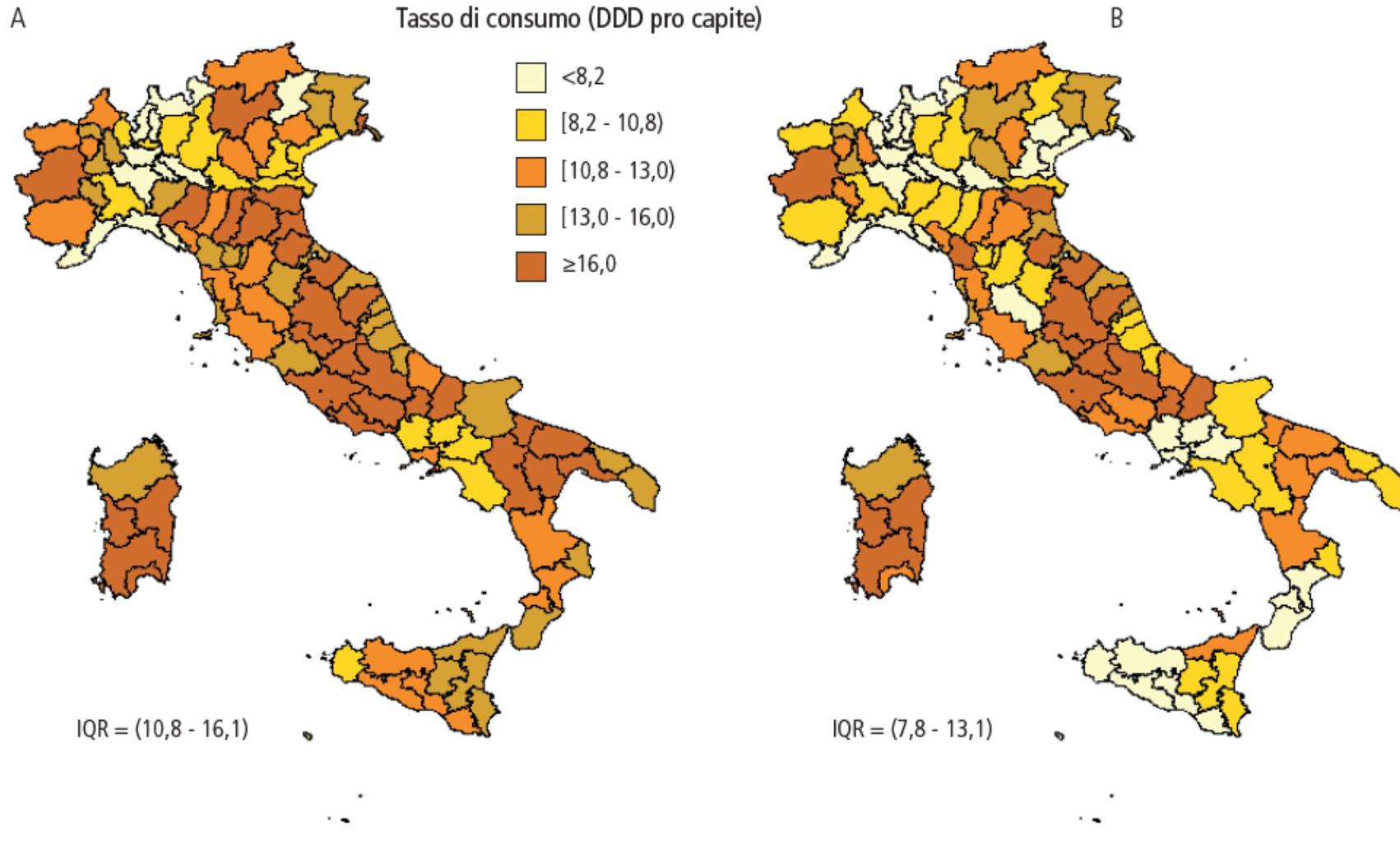


IPOTIROIDISMO

CONSUMO

DONNE ≥ 18 anni

Figura 3.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci per ipotiroidismo, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



Aderenza e Persistenza

MASCHI

N:B: più bassa tra le donne,
non differenze chiare per deprivazione

SCHEDA

3

IPOTIROIDISMO

■ Tabella 3.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con farmaci per ipotiroidismo nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (95 IC)	Uomini (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (95 IC)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	13.001	18,1 (16,3-20,0)	19,1	19,0	-0,3	22,0 (21,3-22,7)	23,9	23,9	-0,1
	2	15.712	19,3 (17,6-21,1)				24,6 (23,9-25,3)			
	3	16.541	19,8 (18,1-21,6)				24,7 (24,1-25,4)			

più deprivato

FEMMINE

SCHEDA

3

IPOTIROIDISMO

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Donne (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	55.352	11,0 (10,3-11,7)	11,4	11,4	-0,2	15,3 (15,0-15,7)	17,4	17,4	-0,1
	2	63.844	11,1 (10,5-11,8)				17,6 (17,3-17,9)			
	3	67.208	12,1 (11,4-12,8)				18,9 (18,6-19,2)			

più deprivato

* Terzili di deprivazione a livello nazionale pesati per la popolazione (1: meno deprivato; 3: più deprivato).

† L'aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥75% del periodo di osservazione (mediana IQR): 284 (139-337). Le percentuali di aderenza e persistenza sono state aggiustate per età. Per la definizione di aderenza e persistenza consultare la sezione 1.

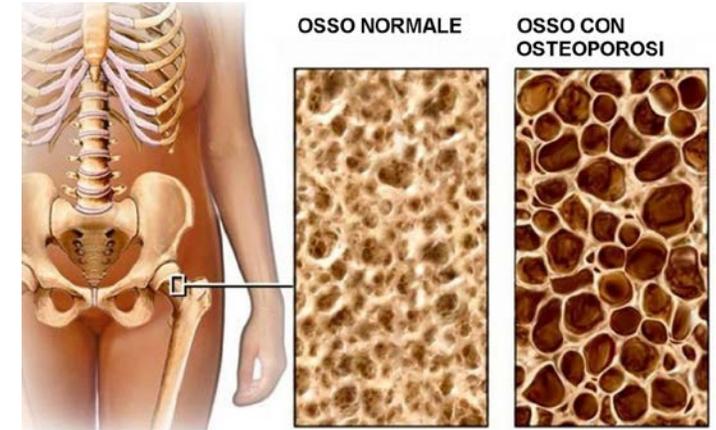
¹ Aggiustata per età; ² aggiustata per età e indice di deprivazione.

OSTEOPOROSI

L'osteoporosi è definita come una condizione caratterizzata da **ridotta massa e deterioramento dell'architettura del tessuto osseo** che conduce ad un'umentata fragilità e quindi ad un maggiore rischio di fratture.

Complessivamente, l'8,1% della popolazione italiana riferisce di soffrire di osteoporosi, un valore solo lievemente aumentato rispetto a 10 anni prima (era il 7,0% nel 2010), ma con importanti differenze per sesso ed età.

Le **donne** sono di gran lunga più colpite rispetto agli uomini: **13,7%** contro 2,3%.



FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo)

- Sottogruppi di farmaci
- Farmaci

Soggetti in terapia cronica

Farmaci antiosteoporotici

- Modulatore selettivo del recettore dell'estrogeno (ATC: G03XC)
 - Raloxifene (ATC: G03XC01)
 - Bazedoxifene (ATC: G03XC02)
- Bifosfonati (ATC: M05BA)
- Bifosfonati, combinazioni (ATC: M05BB)
- Ormoni paratiroidei e analoghi
 - Teriparatide (ATC: H05AA02)

Pazienti con almeno 2 prescrizioni dello stesso sottogruppo di farmaci nell'anno in esame

■ Tabella 8.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di antiosteoporotici nei soggetti in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione	Terzili di deprivazione*	Uomini (≥18 anni)		Donne (≥18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	0,59 (0,59-0,59)	0,56	5,52 (5,52-5,53)	6,57
	2	0,56 (0,56-0,56)		6,32 (6,32-6,32)	
	3	0,51 (0,51-0,51)		7,97 (7,97-7,98)	

più deprivato

* Terzili di deprivazione a livello nazionale pesati per la popolazione (1: meno deprivato; 3: più deprivato).

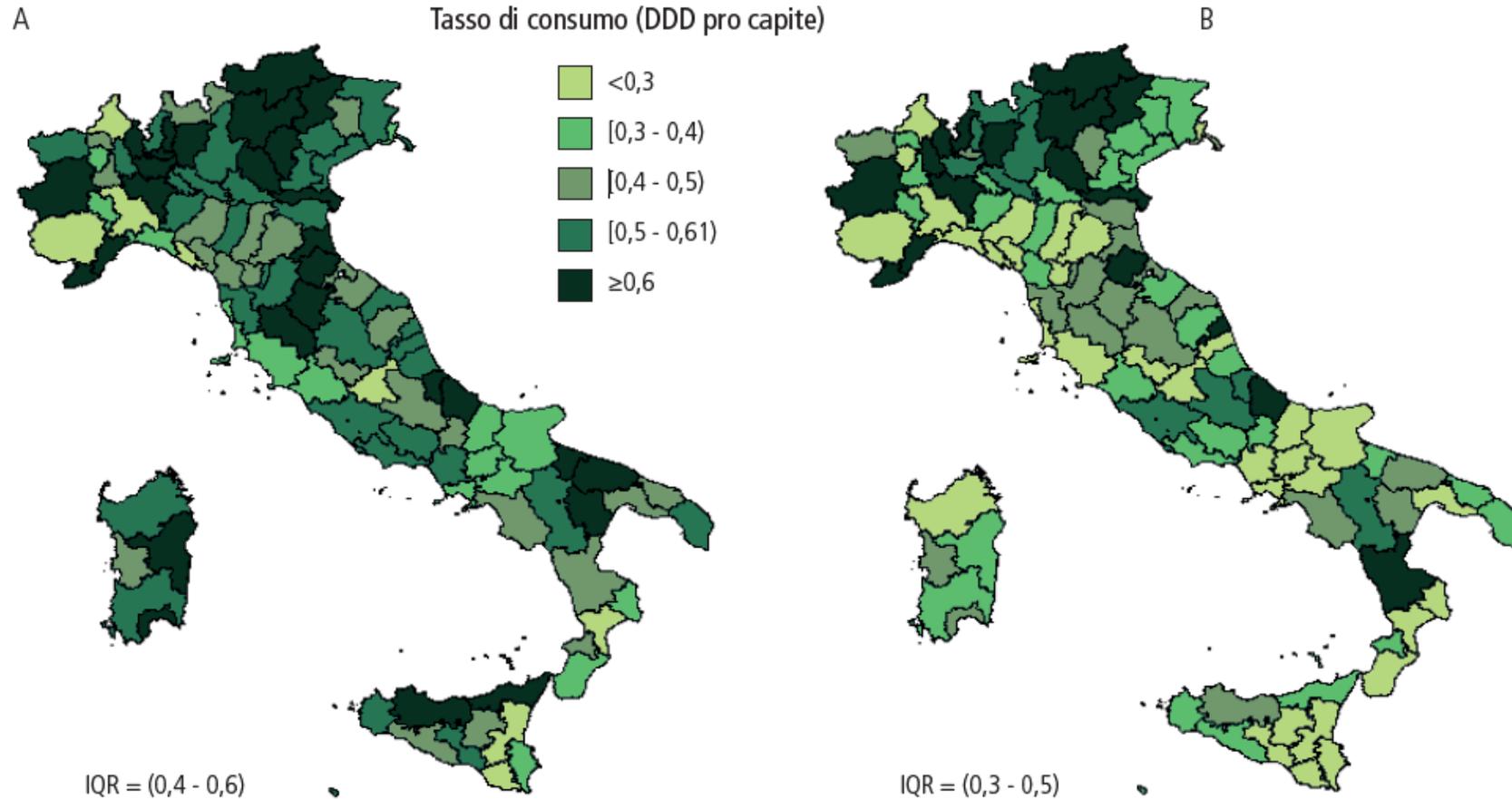
Il consumo di farmaci antiosteoporotici in Italia, coerentemente con le caratteristiche epidemiologiche della condizione, è molto più elevato nelle **donne** rispetto agli uomini **Sud** rispetto al Nord.

Il consumo è maggiore nella popolazione residente nei comuni **maggiormente deprivati** soprattutto nelle **donne**.

CONSUMO

UOMINI ≥ 18 anni

Figura 8.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di antiosteoporotici, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

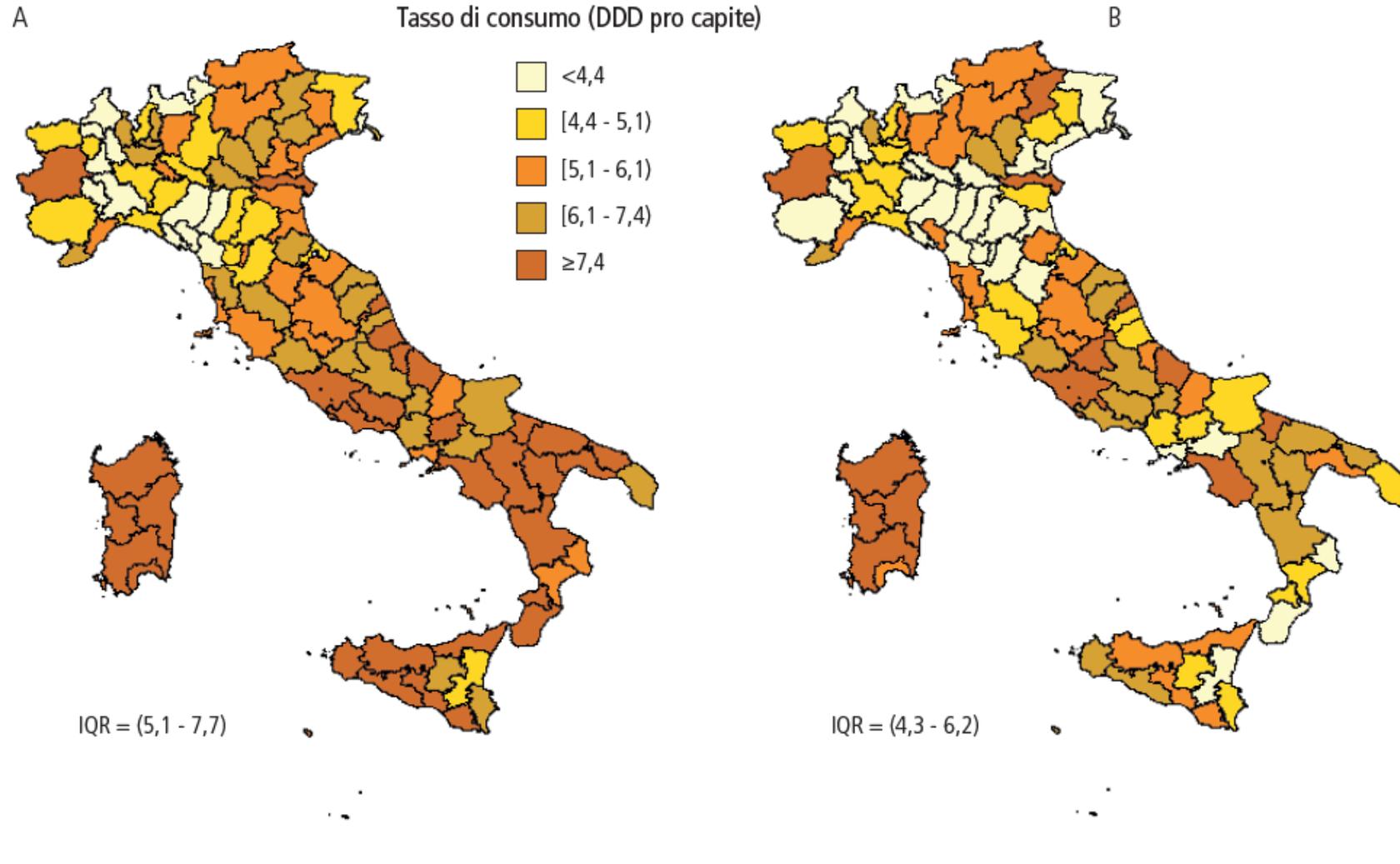


OSTEOPOROSI

CONSUMO

DONNE ≥ 18 anni

Figura 8.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di antiosteoporotici, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



Aderenza e Persistenza

N:B: maggiore nelle donne, minore tra i residenti nelle aree più depresse

MASCHI

SCHEDA

8

OSTEOPOROSI

■ Tabella 8.2. Aderenza e persistenza a 12 mesi (%) al trattamento con antiosteoprotici nei soggetti nuovi utilizzatori stratificati per genere, ripartizione geografica e terzile di deprivazione.

Ripartizione geografica	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Uomini (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	5.056	72,0 (69,6-74,4)	67,8	67,8	0,1	49,5 (48,1-50,9)	43,4	43,0	-0,9
	2	4.969	68,2 (65,9-70,5)				44,5 (43,2-45,9)			
	3	5.212	63,6 (61,5-65,8)				36,6 (35,3-37,9)			

più deprivato

FEMMINE

Regione	Terzili di deprivazione*	Nuovi utilizzatori (n)	Aderenza (%)† (IC 95%)	Donne (≥18 anni)						
				Aderenza regionale (%) ¹	Aderenza regionale (%) ²	Δ (%)	Persistenza (%)† (IC 95%)	Persistenza regionale (%) ¹	Persistenza regionale (%) ²	Δ (%)
Italia	1	39.514	71,4 (70,0-73,0)	69,8	70,1	0,4	55,4 (54,9-55,9)	51,8	51,9	0,2
	2	44.308	70,7 (69,2-72,1)				53,0 (52,6-53,5)			
	3	54.808	68,2 (66,9-69,7)				48,3 (47,8-48,7)			

più deprivato

* Terzili di deprivazione a livello nazionale pesati per la popolazione (1: meno deprivato; 3: più deprivato).

† L'aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥75% del periodo di osservazione (mediana IQR): 284 (139-337). Le percentuali di aderenza e persistenza sono state aggiustate per età. Per la definizione di aderenza e persistenza consultare la sezione 1.

¹ Aggiustata per età; ² aggiustata per età e indice di deprivazione.

VARIABILITA' GEOGRAFICA (mappe per provincia) – permane rimuovendo l'effetto della deprivazione

Epilessia – Popolazione pediatrica

L'epilessia è una delle malattie neurologiche croniche più diffuse nel mondo, con impatto sociale e sulla qualità della vita.

In particolare, la prevalenza di epilessia in **età pediatrica** (<15 anni) è stata pari a **10,2 per 1.000 abitanti**, con valori leggermente superiori nei **maschi** (10,6) rispetto alle femmine (9,7), mentre l'**incidenza** è stata pari a 30,6 nuovi casi per 100.000 all'anno, con valori nettamente superiori nelle **femmine** (48,3) rispetto ai maschi (14,6).

Differenze significative nella prevalenza della malattia tra le regioni del Centro Italia e quelle di Sud e Isole (7,1 vs 8,4) e un gradiente non significativo per quanto riguarda l'incidenza (Nord: 31,9; Centro: 33,3; Sud: 35,6).

Health Search 2011



FARMACI

CATEGORIA TERAPEUTICA (in corsivo) <ul style="list-style-type: none">➤ Sottogruppi di farmaci• Farmaci	Soggetti in terapia cronica
<i>Antiepilettici (ATC : N03)</i>	Pazienti con almeno 2 prescrizioni della stessa categoria nell'anno in esame

■ Tabella 14.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antiepilettici nella popolazione pediatrica in terapia cronica, standardizzato per età e stratificato per genere, regione e terzile di deprivazione.

Regione ⁺	Terzili di deprivazione*	Maschi (<18 anni)		Femmine (<18 anni)	
		Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo	Tasso di consumo (IC 95%)	Tasso di consumo
Italia	1	0,83 (0,83-0,83)	0,91	0,71 (0,71-0,71)	0,79
	2	0,85 (0,85-0,86)		0,76 (0,76-0,77)	
	3	1,02 (1,02-1,02)		0,87 (0,87-0,87)	

più deprivato

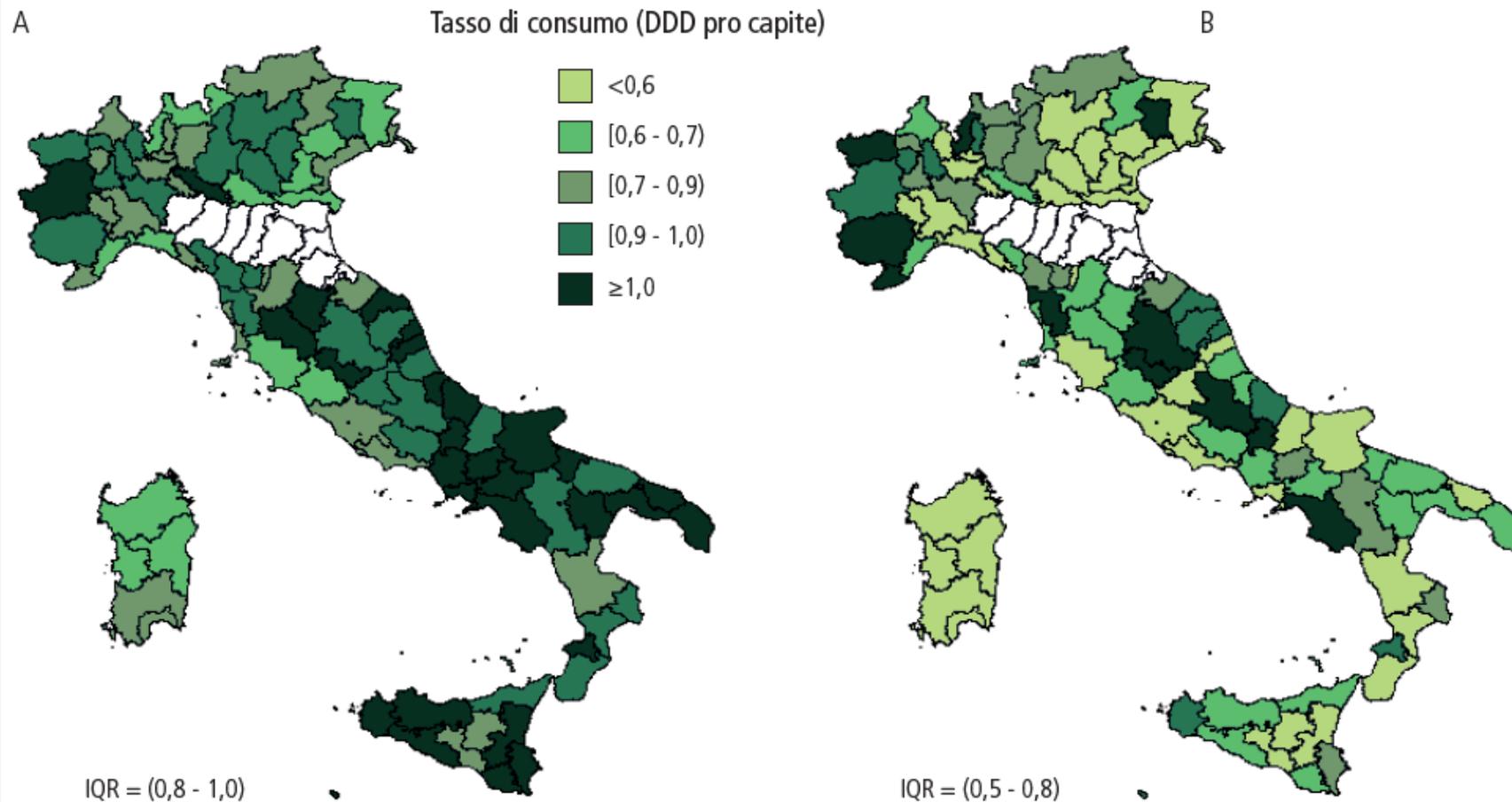
* Terzili di deprivazione a livello nazionale pesati per la popolazione (1: meno deprivato; 3: più deprivato).

Il **consumo degli antiepilettici** in età pediatrica segue un gradiente geografico crescente Nord-Centro-Sud ed è **leggermente maggiore tra i maschi** rispetto alle femmine; tali andamenti sono **in linea con l'epidemiologia** della malattia.

Il consumo dei farmaci **non sembra essere influenzato dal livello di deprivazione** dell'area di residenza dei pazienti pediatrici, pertanto il trattamento dell'epilessia in età pediatrica non risulta essere influenzato da fattori di tipo socioeconomico.

CONSUMO**MASCHI <18 anni**

Figura 14.1. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antiepilettici, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.

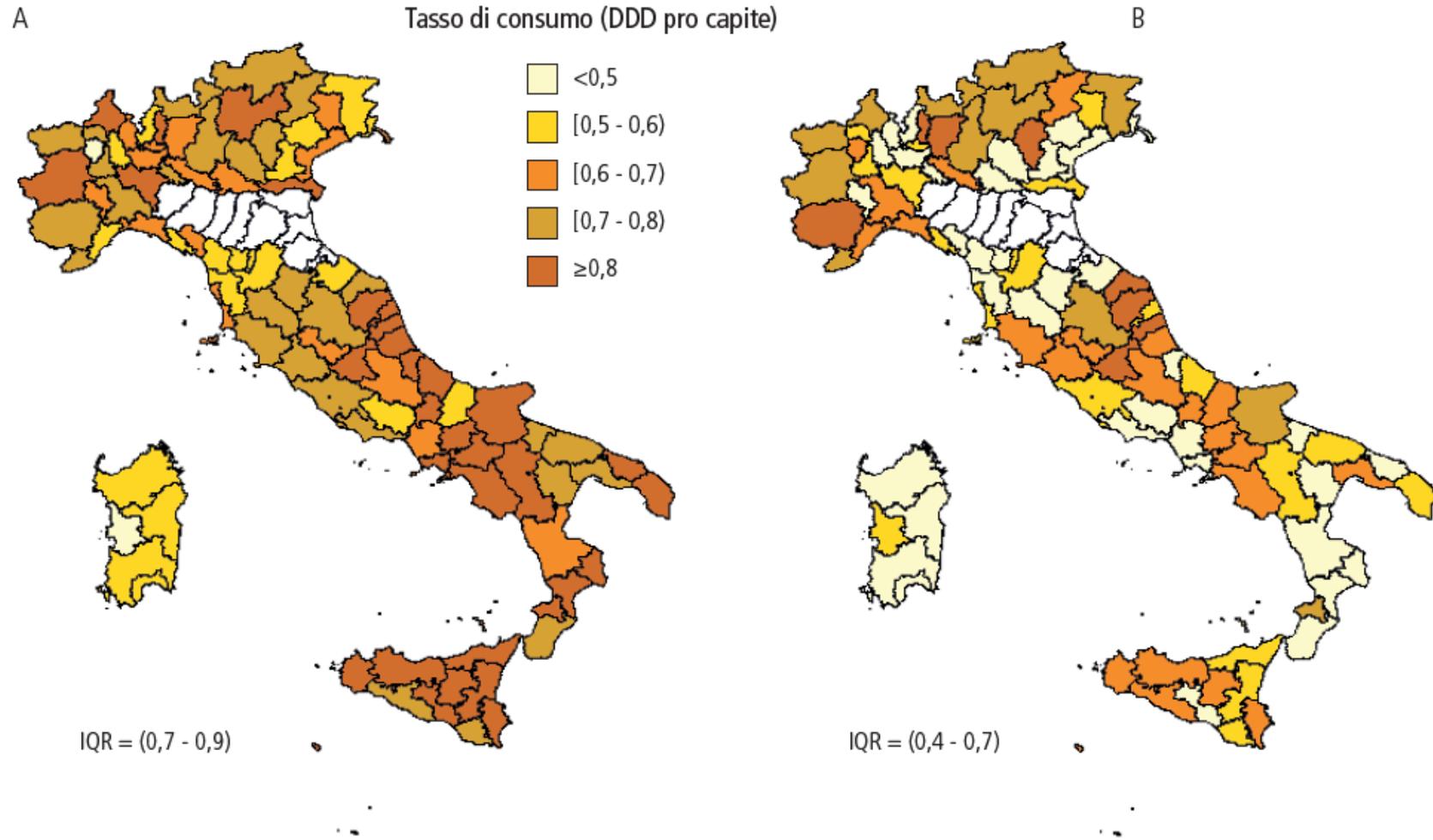


EPILESSIA – età pediatrica

CONSUMO

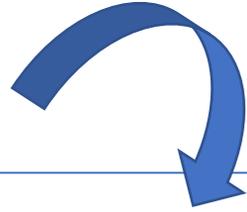
FEMMINE <18 anni

Figura 14.2. Tasso di consumo (DDD pro capite) di farmaci antiepilettici, per provincia, standardizzato: (A) solo per età; (B) per età e terzile di deprivazione.



SINTESI DEI RISULTATI E CONSIDERAZIONI

CONSUMO

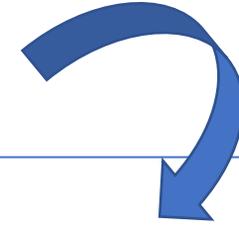


- **Buon proxy di malattia**, in linea con i dati di occorrenza, in termini di rapporto M/F e comparativi geografici
- **Maggiori tassi di consumo per antipertensivi e ipolipemizzanti**
- Maggiori tassi di consumo **tra gli uomini in generale**, ma antidepressivi, antiosteoporotici e farmaci per patologie tiroidee maggiore consumo tra le donne
- Maggiore consumo al **Sud e nelle Isole** per la maggior parte delle condizioni
- Supporto per **politiche sanitarie** (programmi prevenzione, specie patologie stili di vita correlate)
- Base informativa per **monitoraggio nel tempo**
- **Variabilità** nei consumi: dovuta in parte con la diversa prevalenza di malattia e in parte da altri fattori, come la differente capacità diagnostica, i diversi comportamenti prescrittivi e l'organizzazione locale dei servizi, nonché fattori individuali (consapevolezza, compliance)

CONSUMO e POSIZIONE SOCIOECONOMICA

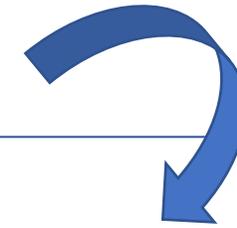
- **Primo quadro comparativo strutturato** tra consumo e posizione socioeconomia per condizioni croniche
- Contributo alle **conoscenze** sul tema
- Posizione socioeconomica **fortemente correlata** ad uso dei farmaci in quanto *proxy* di malattia
- Rimuovendo l'effetto della deprivazione **i consumi si riducono** nelle aree maggiormente deprivate
- Variabilità del *gap* tra regioni e tra condizioni, molti spunti per approfondimenti

Aderenza e persistenza



- Fenomeno complesso e SPECIFICO di ogni condizione
- Conferma in generale **BASSA** aderenza e persistenza per patologie croniche, specie tra le **donne**

Aderenza – persistenza e posizione socioeconomica



- **Primo quadro comparativo strutturato** tra aderenza-persistenza e posizione socioeconomia per condizioni croniche
- **Conferma** dati (pochi) sul tema delle disuguaglianze sociali nell'aderenza-persistenza, **NON SEMPRE** chiaro e omogeneo tra regioni, e **nuove evidenze** per alcune condizioni
- A livello nazionale, aderenza e persistenza **maggiori nelle aree meno deprivate** ma gradiente non univoco a livello delle singole regioni
- Rimuovendo l'effetto della deprivazione, i livelli di aderenza e persistenza **non si modificano** sostanzialmente e la variabilità geografica permane
- **Differenze geografiche** spiegate da altri fattori: comportamento prescrittivo del medico, gravità clinica dei pazienti, differente modalità di presa in carico, diverse politiche di assistenza farmaceutica a livello locale

LIMITI

- Indicatore di tipo aggregato vs individuale (*distorsione ecologica*)
- Fonte dei dati (*farmaci ospedalieri, distribuzione diretta, acquisto privato*)
- Unità di misura DDD meno adeguata in età pediatrica
- In alcuni casi scarsa numerosità tra i nuovi utilizzatori
- Interpretazione del consumo non omogeneo tra le patologie

Futuro

- Banca farmaceutica nazionale strumento informativo potente
- Qualità dei dati, disponibilità e tempestività
- Nuovi sviluppi della metodologia → nuove banche dati
- Studi Longitudinali Metropolitan
- Studi epidemiologici di coorte → Integrazione Sistemi Informativi Sanitari

GRAZIE A TUTTI PER L'ATTENZIONE

n.agabiti@deplazio.it

www.deplazio.net