

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
Anno 2025



OSSERVATORIO
NAZIONALE
SULL'IMPIEGO
DEI MEDICINALI



AIFA →

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Prima edizione: luglio 2026

© Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente Rapporto sono consentite fatti salvi la citazione della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

Citare il presente Rapporto come segue:

*"Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia.
Rapporto Nazionale Anno 2025.
Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2026"*

*"The Medicines Utilisation Monitoring Centre.
National Report on Medicines use in Italy. Year 2025.
Rome: Italian Medicines Agency, 2026"*

ISBN: 979-12-80335-97-5

Il Rapporto è disponibile sul portale dell'Agenzia
www.aifa.gov.it

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

Presidente: Robert Nisticò

Direttore Tecnico-Scientifico: Pierluigi Russo

Gruppo di lavoro del Rapporto

Coordinamento

Claudia Bernardini, Agnese Cangini, Alessandro Petrella, Andrea Pierantozzi, Simona Zito
Agenzia Italiana del Farmaco

Roberto Da Cas, Ilaria Ippoliti
Istituto Superiore di Sanità

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

UFFICIO GOVERNANCE DELLA SPESA FARMACEUTICA

Claudia Bernardini, Giovanni Canali, Agnese Cangini, Aurora Di Filippo, Vincenzo Drago, Rosa Maria Esilio, Francesca Gallinella, Maria Alessandra Guerrizio, Mariarosaria Italiano, Serena Perna, Alessandro Petrella, Andrea Pierantozzi, Emanuela Pieroni, Daniela Settesoldi, Simona Zito

UFFICIO PREZZI E RIMBORSO

Eleonora Capannini, Antonio La Greca, Rita Pacello

UFFICIO VALUTAZIONI CLINICHE

Maria Elisabetta Fratto, Pia Rivetti di Val Cervo

AREA PER LA DIGITALIZZAZIONE, IL PROCUREMENT E IL PATRIMONIO

Marco Fontanella, Roberto Marini, Andrea Fabrizi, Adriano Favero, Antonella Sferrazza, Maurizio Trapanese

UFFICIO REGISTRI DI MONITORAGGIO

Simone Celant, Marcello Cuomo, Annalisa Guarcello, Luca Tomassini, Pier Paolo Olimpieri

UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONE

Pina Guglielmino, Cinzia D'Ambrosio, Emanuela Iorio, Giandomenico Piccolo, Filippo Pomponi, Valeria Tellini

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)

CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA E LA VALUTAZIONE PRECLINICA E CLINICA DEI FARMACI

Roberto Da Cas, Giuseppe Marano, Arianna Annunziata, Ilaria Ippoliti

CENTRO NAZIONALE MALATTIE RARE

Per il supporto al commento delle categorie terapeutiche: Maria Luisa Scattoni, Francesca Fulceri

MINISTERO DELLA SALUTE

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL FARMACO
Ufficio 8 - Tracciabilità dei dispositivi medici e dei farmaci
Chiara Brutti

MINISTERO ECONOMIA E FINANZE

DIPARTIMENTO RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO - IGESPE
Angela Stefania Lorella Adduce, Antonietta Cavallo, Sara Guerrini, Marco Martino, Gabriele Adamo

SOGEI - SOCIETÀ GENERALE D'INFORMATICA S.P.A.

Silvio Andreoli, Stefania Chiapparino, Cinzia Friguglietti, Simona Cupellini

RINGRAZIAMENTI

Federfarma e Assofarm per aver fornito i dati di prescrizione farmaceutica convenzionata
Farmadati per aver contribuito all'anagrafica delle specialità medicinali
Pharma Data Factory per l'elaborazione dei dati sull'acquisto privato di fascia A

Sandra Petraglia, Immacolata Pagano, Arianna Pasquazi, Federica Cuppone, Alice De Corato e
Cristiano Niccolini - Area Pre-autorizzazione e ricerca (AIFA) per i dati sull'accesso ai farmaci per
malattie rare ai sensi della Legge 648, fondo AIFA 5% e D.M. 7 settembre 2017

PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO OSMED 2025	7
SINTESI	11
1. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'USO DEI FARMACI IN ITALIA	23
1.1 Dati generali di spesa e consumo	25
1.2 Andamento della spesa farmaceutica nazionale e confronto con il PIL e il Fondo Sanitario Nazionale	34
1.3 Spesa e consumo territoriale dei farmaci	40
1.4 Acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche	52
1.5 Consumo dei farmaci per età e sesso	58
1.6 Utilizzo dei farmaci in età pediatrica	65
La prescrizione di farmaci antiepilettici in pediatria	75
La prescrizione degli psicofarmaci in pediatria	82
La prescrizione dei farmaci per i disturbi respiratori in pediatria	95
1.7 Utilizzo dei farmaci in età geriatrica	102
1.8 Confronto internazionale	112
2. ANALISI DI DETTAGLIO DELLA SPESA E DEL CONSUMO DEI FARMACI	147
2.1 Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari	149
Farmaci a brevetto scaduto in regime di assistenza convenzionata	149
Spesa per la compartecipazione sul prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto	155
Biologici a brevetto scaduto	165
2.2 Note AIFA per l'uso appropriato dei farmaci	177
Analisi dei consumi e della spesa dei farmaci in Nota	180
2.3 Farmaci di classe C rimborsati dal SSN	193
Farmaci di fascia C-nn	193
Farmaci di classe C rimborsati dal SSN acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche	200
2.4 Consumo di farmaci a carico del cittadino	207
Fascia C con ricetta	208
Farmaci di automedicazione	217
Acquisto privato di farmaci di classe A	228
3. CONSUMI E SPESA PER CLASSE TERAPEUTICA	237
Dati generali di spesa e consumo per gruppi ATC	239

Spesa e consumi per categorie ATC al IV livello e per principio attivo	259
Categorie terapeutiche a maggior prescrizione	301
4. REGISTRI DI MONITORAGGIO E ACCORDI DI RIMBORSABILITÀ CONDIZIONATA	329
4.1 Registri di monitoraggio dei farmaci: finalità e contesto normativo	331
4.2 Impatto finanziario degli accordi di rimborsabilità condizionata	339
5. FARMACI INNOVATIVI, TERAPIE AVANZATE E FARMACI ORFANI	347
5.1 Farmaci innovativi e terapie avanzate	349
Farmaci innovativi	349
Spesa e consumo dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa	352
Terapie avanzate	364
Spesa e consumo delle terapie avanzate	366
5.2 Farmaci orfani e malattie rare	379
Farmaci orfani: autorizzazione tramite procedura centralizzata EMA e accesso in Italia	379
Spesa e consumo dei farmaci orfani	383
6. REGOLAMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA IN ITALIA	405
6.1 Principali interventi normativi del 2025	407
6.2 Rimborsabilità dei farmaci e regime di fornitura	410
6.3 Compartecipazione	415
6.4 Prezzo dei farmaci	424
6.5 Margini della distribuzione e sconti a beneficio del SSN	427
6.6 Modalità di erogazione dei medicinali a carico del SSN	431
6.7 Farmaci autorizzati negli anni 2024 e 2025	432

Presentazione del Rapporto OsMed 2025

L'uso dei
Farmaci
in Italia
Rapporto Nazionale
Anno 2025

Il Rapporto OsMed che, grazie alla disponibilità di molteplici sistemi informativi e alla collaborazione di varie istituzioni, dal 2000 fornisce una descrizione sempre più completa dell'assistenza farmaceutica in Italia, è giunto alla XXVI edizione.

Nel corso degli anni, gli obiettivi e i contenuti del Rapporto OsMed hanno, infatti, registrato una significativa evoluzione. Tale trasformazione è stata determinata dai mutamenti intervenuti nell'assetto organizzativo dell'assistenza farmaceutica, dalla crescente disponibilità di nuovi trattamenti e dall'implementazione di nuovi flussi informativi. Anche la necessità di rispondere alle diverse esigenze informative dei molteplici attori coinvolti nell'assistenza farmaceutica ha richiesto un'analisi sempre più ampia e dettagliata dei dati. Tutto ciò ha portato ad un notevole ampliamento delle analisi e delle informazioni contenute nel Rapporto, che, pur rimanendo uno strumento essenziale, rischia di perdere parte della propria fruibilità a causa della progressiva estensione dei contenuti.

Alla luce di tali considerazioni, l'Agenzia ha avviato una nuova organizzazione del Rapporto, finalizzata a rendere il volume principale più agile, immediatamente consultabile e maggiormente focalizzato sui principali indicatori nazionali. Il Rapporto OsMed 2025 inaugura così un modello editoriale più dinamico e modulare: un volume principale dedicato alla lettura dei principali fenomeni nazionali, affiancato da successivi approfondimenti tematici e territoriali, pensati per restituire con maggiore efficacia la complessità dell'assistenza farmaceutica.

In questa prima pubblicazione, il Rapporto privilegia una rappresentazione sintetica e organica dei fenomeni principali, offrendo una lettura complessiva della spesa e dei consumi farmaceutici a livello nazionale, con un inquadramento dei principali andamenti regionali. Sono prese in esame sia l'assistenza territoriale sia quella erogata attraverso le strutture sanitarie pubbliche, valutando contestualmente la componente a carico del Servizio Sanitario Nazionale e quella sostenuta direttamente dal cittadino. Vengono, inoltre, presentate le analisi sull'uso dei farmaci per fascia d'età e sesso, con un focus sulla popolazione pediatrica e su quella geriatrica, nonché i dati generali di spesa e consumo per il livello ATC, categoria terapeutica e principio attivo, indispensabili per disporre di una prima panoramica dei principali andamenti nelle diverse aree terapeutiche. La scelta di concentrare il volume sui dati di livello nazionale consente di rafforzarne la leggibilità, favorire una più immediata individuazione delle tendenze rilevanti e rendere più efficace l'utilizzo del Rapporto quale strumento di supporto alle valutazioni di governance. Si presentano anche i dati sull'utilizzo dei farmaci equivalenti in regime di assistenza convenzionata e sul livello di penetrazione nel mercato dei farmaci biosimilari, alla luce del loro ruolo cruciale nel contribuire alla sostenibilità; si confermano gli approfondimenti sui farmaci orfani, innovativi e sulle terapie avanzate, in virtù del loro impatto sulla spesa farmaceutica e soprattutto della loro rilevanza terapeutica.

Nonostante l'intento di snellire il Rapporto per migliorarne la fruibilità, questa prima fase non manca di importanti novità. Tra queste spiccano l'approfondimento sui farmaci per i disturbi respiratori in ambito pediatrico e l'analisi di nuove categorie terapeutiche ad alta prescrizione, unitamente all'ampliamento della valutazione della variabilità regionale. I vantaggi della nuova impostazione risiedono nella maggiore chiarezza espositiva, nella più agevole consultazione dei principali risultati e nella possibilità di programmare successivi focus di approfondimento su dati regionali di dettaglio e sulle categorie terapeutiche.

Nel 2025, la spesa farmaceutica pubblica ha raggiunto complessivamente i 28,4 miliardi di euro. L'incremento, stimato al 5,8%, seppur più contenuto rispetto a quello registrato nel 2024, è stato determinato principalmente dalla spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, dove si concentrano i nuovi medicinali, spesso rivolti a patologie a più alto carico assistenziale.

L'incremento della spesa è stato guidato, infatti, da un maggior orientamento della prescrizione verso medicinali di più recente introduzione e più costosi, mentre i prezzi medi registrano una riduzione per effetto delle rinegoziazioni e delle scadenze brevettuali, soprattutto dei farmaci biologici.

Questi dati suggeriscono ancor di più l'esigenza di disporre di strumenti ed elementi adeguati a interpretare le dinamiche e valutare le politiche adottate. In questo scenario appare dunque prioritario preservare e valorizzare il ruolo del Rapporto, non solo come mera descrizione degli andamenti, ma come risorsa fondamentale di orientamento e governance dell'assistenza farmaceutica, capace di guidare i decisori politici nella definizione delle future strategie in ambito farmaceutico e le Regioni nel governo dell'appropriatezza prescrittiva e controllo delle prescrizioni.

Buona lettura.

Pierluigi Russo
Direttore Tecnico Scientifico

Sintesi

L'uso dei
Farmaci
in Italia
Rapporto Nazionale
Anno 2025

Il presente Rapporto fornisce una descrizione analitica dell'uso dei farmaci nell'anno 2025, nel contesto nazionale e regionale, mediante l'elaborazione di diversi flussi informativi che consentono di ricomporre il quadro dell'assistenza farmaceutica in ambito territoriale e ospedaliero, sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che tramite l'acquisto privato da parte del cittadino.

Per l'analisi dei consumi in regime di assistenza convenzionata è stato utilizzato il flusso OsMed, mentre l'analisi dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata condotta utilizzando il flusso della Tracciabilità del Farmaco.

Inoltre, per l'analisi delle prescrizioni per età e sesso e di esposizione sono stati analizzati i dati individuali provenienti da tutte le Regioni italiane, raccolti nel flusso informativo delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN (Tessera Sanitaria).

Questa edizione del Rapporto OsMed utilizza, per la prima volta nell'analisi dell'acquisto privato dei farmaci di classe A per il periodo 2023-2025, i dati di *sell-out* provenienti dal dataset Federfarma, Assofarm, Farmacie Unite e Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory e successivamente analizzati e integrati da AIFA con le necessarie fonti informative. La banca dati, con una copertura dichiarata di circa il 95% delle farmacie italiane, basandosi sui flussi di *sell-out*, consente di misurare le effettive dispensazioni a carico dei cittadini e di superare le criticità dei dati di *sell-in*, legate ai fenomeni di accumulo e smaltimento delle scorte presso le farmacie.

Sezione 1. Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci in Italia

La **spesa farmaceutica nazionale totale** (pubblica e privata) è stata nel 2025 pari a 39,3 miliardi di euro, in aumento del 6,0% rispetto al 2024, rappresentando un'importante componente della spesa sanitaria nazionale, che incide per l'1,7% sul Prodotto Interno Lordo (PIL). La **spesa farmaceutica pubblica**, con un valore di 28,4 miliardi, tiene conto del 72% della spesa farmaceutica complessiva e del 20% della spesa sanitaria pubblica, ed è in aumento rispetto al 2024 (+5,8%) (**Tabella 1.1.1**). La voce a maggior incidenza è rappresentata dalle ASL, aziende ospedaliere, RSA e penitenziari (46,8% della spesa pubblica, pari 13,3 miliardi di euro).

Nel 2025 la **spesa farmaceutica territoriale complessiva**, pubblica e privata, ha raggiunto i 25,0 miliardi di euro, con un aumento del 5,2% rispetto all'anno precedente (**Tabella 1.3.1**).

La **spesa territoriale pubblica**, comprensiva della spesa dei farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto, è stata di 14,3 miliardi di euro, registrando un aumento del 3,5% rispetto al 2024; tale andamento è stato prevalentemente determinato dall'incremento della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata (+4,8%) e di quelli di classe A erogati in distribuzione diretta (+4,1%), mentre la spesa per la distribuzione per conto registra una lieve flessione (-0,9%). La **spesa a carico dei cittadini**, comprendente la compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo al pubblico del medicinale prescelto e il corrispondente prezzo di riferimento), l'acquisto privato dei medicinali di classe A e quella dei farmaci di classe C, è stata pari a 10,7 miliardi di euro, in aumento del 7,5% rispetto al 2024. A influire su questo

andamento è l'aumento della spesa dei farmaci di **classe A** acquistati privatamente dal cittadino (+16,2%), di quelli di **fascia C con ricetta** (+7,4%) e quelli di **automedicazione** (+6,5%). Tra il 2019 e il 2025, l'incidenza sul PIL della spesa farmaceutica (sia pubblica sia totale) ha mostrato una sostanziale stabilità, salvo un lieve incremento nel 2020 che ha interessato maggiormente la spesa farmaceutica totale. Nel 2025, la spesa pubblica si è attestata all'1,3% del PIL, registrando una lieve crescita rispetto all'1,2% del quadriennio precedente. L'incidenza della spesa totale è rimasta invece invariata nell'ultimo triennio (**Figura 1.2.1**). Relativamente all'incidenza della spesa farmaceutica sul Fondo Sanitario Nazionale (FSN), si nota come gli ultimi quattro anni siano caratterizzati da un andamento crescente e nel 2025 raggiunge un valore di 17,3% (**Figura 1.2.2**).

Nel 2025 sono state consumate mediamente, in regime di assistenza convenzionata, circa **18 confezioni** per ciascun cittadino e **1.148,2 dosi** per mille abitanti ogni giorno (+1,0% rispetto al 2024) (**Tabella 1.3.2**). Considerando l'intera assistenza territoriale, quella pubblica e privata, **le confezioni dispensate sono state circa 1,9 miliardi**, in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (-0,5%).

Le **principali componenti della variazione della spesa farmaceutica** lorda prezzi al pubblico evidenziano, rispetto all'anno precedente, un incremento della spesa (+5,0%), dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità più costose (effetto mix: +4,7%), mentre sia i consumi (+0,7% in termini di DDD) che i prezzi (-0,4%) rimangono stabili (**Tabella 1.3.6**).

La Regione con il valore più elevato di spesa lorda prezzi al pubblico per i farmaci di classe A-SSN è stata la Campania con 208,0 *euro pro capite*, mentre il valore più basso si registra nella PA di Bolzano (129,7 *euro pro capite*), con una differenza tra le due Regioni del 60% (**Tabella 1.3.4**). Anche sul lato dei **consumi**, la Regione che evidenzia i livelli più elevati è Campania con 1.266,0 DDD/1000 abitanti *die* mentre la PA di Bolzano si conferma quella con i consumi più bassi (915,5 DDD/1000 abitanti *die*).

La spesa **per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche** è stata di circa 18,9 miliardi di euro (320,67 *euro pro capite*) e ha registrato un incremento del 6,2% rispetto al 2024, a fronte di una riduzione dei consumi (-0,8%; 203,6 DDD/1000 abitanti *die*) e un aumento del costo medio per DDD del 7,4% (**Tabella 1.4.1**).

Nel 2025 **circa 7 cittadini su 10 (66,9% degli assistiti) hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci**, con una spesa *pro capite* di 221,86 euro e un consumo di 1.202,9 DDD/1000 abitanti *die*; si evidenzia una lieve differenza di esposizione ai farmaci tra i due sessi, con una prevalenza che raggiunge il 62,6% nei maschi e il 71,1% nelle femmine (**Tabella 1.5.1 e Figura 1.5.1**). La spesa *pro capite* e i consumi crescono con l'aumentare dell'età, in particolare la popolazione con più di 64 anni assorbe oltre il 60% della spesa e quasi il 70% delle dosi. Le Regioni del Nord registrano una prevalenza inferiore (63,5%) rispetto al Centro (68,9%) e Sud Italia (70,4%) (**Tabella 1.5.2**). Per ciascun utilizzatore è stata sostenuta una spesa più elevata al Sud (353,07 euro) rispetto al Centro (327,72 euro) e al Nord (316,42 euro).

Nel corso del 2025, 4,1 milioni di **bambini e adolescenti assistibili** hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica, pari al 46,3% della popolazione pediatrica italiana, con una prevalenza leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine (47,3% vs 45,3%)

(Tabella 1.6.1). Gli **antinfettivi per uso sistemico** si confermano la categoria terapeutica a maggiore consumo in età pediatrica, seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio e dai farmaci del sistema nervoso centrale (Figura 1.6.3). Mentre per gli antinfettivi per uso sistemico e per i farmaci del sistema respiratorio si registra un'importante riduzione dei consumi rispetto all'anno precedente, i farmaci del sistema nervoso centrale fanno rilevare un nuovo incremento, in particolare per antiepilettici e psicofarmaci (Tabella 1.6.2).

Nella **popolazione anziana** la spesa media per utilizzatore è stata di 591,10 euro (648,23 nei maschi e 545,72 euro nelle femmine), in aumento rispetto al 2024 (+3,7%) e quasi la totalità degli ultrasessantacinquenni (97,2%) ha ricevuto nel corso dell'anno almeno una prescrizione farmacologica (Tabella 1.7.1). Ogni utilizzatore ha consumato in media oltre 3,4 dosi al giorno (con maggiori livelli negli uomini rispetto alle donne) e assunto 7,5 sostanze diverse, con un valore più basso (5,9 sostanze per utilizzatore) nella fascia di età tra 65 e 69 anni e più elevato (8,7 sostanze per utilizzatore) nella fascia di età pari o superiore agli 85 anni (Tabella 1.7.4). Per entrambi i sessi si è assistito a un progressivo incremento all'aumentare dell'età del numero di principi attivi assunti. Il 67,7% degli utilizzatori di età pari o superiore ai 65 anni ha ricevuto prescrizioni di almeno 5 diverse sostanze nel corso dell'anno 2025 e circa uno su tre (27,9%) ha assunto almeno 10 principi attivi diversi (Figura 1.7.2). Inoltre, è emerso che il 33,2% della popolazione anziana (3 pazienti su 10) assume almeno 5 farmaci diversi per almeno 6 mesi nel corso di un anno (definizione di politerapia cronica), con un andamento crescente all'aumentare dell'età fino agli 89 anni, dove raggiunge il picco massimo del 44,0% (un paziente su due) (Tabella 1.7.6).

Nel **confronto internazionale** si è valutata l'assistenza farmaceutica italiana rispetto ad altri nove Paesi Europei per i farmaci distribuiti sia a livello territoriale che tramite il canale ospedaliero.

La spesa farmaceutica totale italiana, comprensiva della spesa territoriale pubblica e privata e della spesa ospedaliera, con un valore di 750 euro *pro capite*, è inferiore rispetto a quella registrata in Germania (779 euro) e Austria (795 euro); risulta invece lievemente superiore a quella di Belgio (738 euro) e Spagna (727 euro) e nettamente superiore a quella di Polonia (388 euro), Svezia (536 euro), Portogallo (541 euro) e Gran Bretagna (575 euro) (Figura 1.8.3).

L'Italia evidenzia ancora una bassa incidenza della spesa per i farmaci equivalenti (Figura 1.8.8) rispetto agli altri Paesi europei, mentre è al primo posto nell'incidenza della spesa (70,3%) e del consumo (71,4%) di farmaci biosimilari, rispetto a una media EU10 del 60,9% per la spesa e del 45,9% per i consumi (Figure 1.8.10 e 1.8.11). Dal 2024, per quasi tutte le molecole è stata registrata in EU10 una crescita del tasso di penetrazione, con incrementi più elevati osservati per l'eculizumab e l'ustekinumab, il primo passato dal 22% al 64% del 2025, mentre il secondo dal 6% al 47% del 2025 (Tabella 1.8.7).

L'Italia, con 52,9 euro *pro capite*, si conferma al quarto posto per la spesa dei **farmaci orfani**, dopo Francia (77,9 euro), Austria (74,0 euro) e Belgio (73,0 euro) (Figura 1.8.12). Tutti i Paesi mostrano una crescita nell'ultimo quadriennio e l'incremento medio annuo (CAGR) nel periodo 2022-2025 a livello europeo è stato del 10%, con le più elevate variazioni in Polonia (+19%), Portogallo (+18%) e Spagna (+16%) (Figura 1.8.12).

Infine, è stato condotto un confronto sui prezzi, considerando i medicinali identici o con confezionamento più prossimo a quelli commercializzati in Italia. Per Italia e Germania, Paesi per cui erano disponibili, l'analisi è stata condotta utilizzando i prezzi effettivi di acquisto. Considerando i farmaci territoriali (**Figura 1.8.13**), si evidenzia che tutti i paesi presentano prezzi medi superiori a quelli italiani; in ambito ospedaliero, invece, Germania, Francia, Portogallo, Belgio e Spagna presentano prezzi inferiori a quelli applicati in Italia, con differenze che oscillano tra il -64,5% della Germania e il -3,1% della Spagna (**Figura 1.8.14**). Se consideriamo il mercato complessivo, comprensivo dei farmaci erogati sia in ambito territoriale che ospedaliero, si osserva come, rispetto all'Italia, Belgio (+83,7%), Germania (+80,0%), Austria (+24,2%), Svezia (+17,3%), Gran Bretagna (+8,9%) e Spagna (+4,1%) hanno prezzi superiori, mentre Francia (-17,9%), Polonia (-29,6%) e Portogallo (-37,8%) inferiori (**Figura 1.8.15**).

Sezione 2. Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Nel 2025 i **farmaci a brevetto scaduto** hanno costituito il 72,9% della spesa e l'88,1% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A. La quota percentuale dei farmaci equivalenti, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ha rappresentato il 23,5% della spesa e il 32,1% dei consumi (**Figure 2.1.1 e 2.1.2**).

Analizzando i primi 30 principi attivi di classe A-SSN per spesa relativa ai farmaci a brevetto scaduto, anche nel 2025 la metà appartiene all'area cardiovascolare, seguita dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (**Tabella 2.1.3**).

La **spesa per la compartecipazione** relativa alla quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto (di seguito compartecipazione) è stata nel 2025 pari a 17,71 euro *pro capite* (circa 1,04 miliardi di euro), rappresentando il 68,5% della compartecipazione totale del cittadino ed evidenziando un valore *pro capite* maggiore al Sud e nelle Isole (22,35 euro) rispetto al Centro (19,43 euro) e al Nord (13,73 euro) (**Tabella 2.1.4**). Da un'analisi di correlazione tra la spesa per compartecipazione e il reddito *pro capite* regionale emerge che le Regioni a più basso reddito sono quelle che presentano una maggiore compartecipazione (**Figura 2.1.7**).

Per quanto concerne i **biologici a brevetto scaduto** si conferma un'ampia variabilità regionale: Sardegna, Lombardia, PA Bolzano, Molise e Calabria tendono a consumare quantità superiori alla media nazionale di *ex originator*, mentre Liguria, Marche, Umbria, Sicilia, Toscana, Basilicata e Puglia mostrano una maggiore propensione all'utilizzo dei biosimilari. Emilia Romagna e Campania evidenziano consumi superiori alla media nazionale per entrambe le categorie (**Figura 2.1.24**). Si evidenzia una marcata eterogeneità nel livello di concorrenza tra le diverse molecole, con una maggiore concentrazione per quelle di più recente scadenza brevettuale, quali omalizumab e tocilizumab, nonché per le insuline.

Nel 2025 sono state aggiornate quattro **Note AIFA** (51, 79, 98 e 100) e abrogate sei (2, 4, 8, 41, 92 e 101) (**Tabella 2.2.1**). La spesa territoriale (inclusiva della spesa convenzionata e di quella in DD e DPC) dei **farmaci in Nota AIFA** è stata pari a 6,1 miliardi di euro, in crescita del 6,3% rispetto al 2024 (**Tabella 2.2.2**). Tale valore è prevalentemente riferibile all'assistenza convenzionata (67,9%) e per una quota minore alla distribuzione diretta e per

conto (32,1%). La spesa territoriale è stata maggiore per i farmaci sottoposti a Nota 100 (antidiabetici) e in Nota 13 (ipolipemizzanti), con valori assoluti rispettivamente di 1.593,7 e 1.117,9 milioni di euro.

La **spesa totale dei farmaci di classe C-nn** rimborsati dal SSN e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2025 è stata pari a circa 13,9 milioni di euro, corrispondenti a una spesa *pro capite* di 0,24 euro, in crescita del 39,1% rispetto all'anno precedente, attribuibile a un aumento del consumo (+17,5%) e del costo medio DDD (+18,7%). Si evidenzia, in particolare, uno spostamento della spesa su farmaci che rientrano nelle fasce di prezzo superiori a 2 euro (**Tabelle 2.3.1 e 2.3.4**). Nel caso dei medicinali di **classe C erogati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche** la spesa è stata pari a 843,6 milioni di euro, corrispondenti a un valore *pro capite* di 14,31 euro, in aumento del 9,5% rispetto all'anno precedente. A fronte di una contrazione dei consumi (-12,1%), l'incremento di spesa è riconducibile all'aumento del costo medio DDD (+24,8%) (**Tabella 2.3.5**).

Nel 2025 la **spesa per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino**, comprendente i farmaci di classe C con ricetta, di automedicazione (SOP e OTC) e di fascia A acquistati dal cittadino, è stata pari a 9.222,0 milioni di euro, con un incremento dell'8,6% rispetto all'anno precedente. Il 42,5% della spesa (3,9 miliardi di euro) è relativo a farmaci con obbligo di prescrizione medica (fascia C), il 38,7% (3,6 miliardi di euro) a farmaci di automedicazione (SOP e OTC) e il restante 18,8% (1,7 miliardi di euro) ai farmaci di fascia A acquistati privatamente dal cittadino (**Tabella 1.1.1 e Figura 2.4.1**).

Per quanto riguarda i **farmaci di fascia C con ricetta**, i derivati benzodiazepinici ad attività ansiolitica sono la categoria a maggior spesa, con 376,7 milioni di euro, seguiti dalle anilidi (ATC N), con 265,6 milioni di euro, e dai farmaci usati nella disfunzione erettile, con 256,1 milioni di euro (**Tabella 2.4.2**).

Tra i **farmaci di automedicazione**, i derivati dell'acido propionico rappresentano il 12,3% della spesa complessiva, con un valore di 337,9 milioni di euro, in lieve crescita rispetto al 2024. I primi principi attivi per spesa si confermano ibuprofene e diclofenac, che mostrano rispettivamente una leggera riduzione (-0,5%) e un consistente aumento (8,7%) (**Tabella 2.4.9**).

Tra i **farmaci di fascia A acquistati privatamente dal cittadino** nel 2025, al primo posto compare la tirzepatide, che con 225 milioni di euro incide per il 13% sulla spesa privata dei farmaci di classe A. Seguono, a notevole distanza, il colecalciferolo, il pantoprazolo e l'ibuprofene, che registrano, rispetto all'anno precedente, un incremento della spesa determinato da una crescita dei consumi. L'associazione amoxicillina/acido clavulanico, che rappresenta il quinto principio attivo per spesa, continua a evidenziare un andamento decrescente sia nella spesa che nei consumi. Tale *trend* potrebbe rappresentare un lieve segnale di miglioramento dell'appropriatezza d'uso di questo medicinale (**Tabelle 2.4.17 e 2.4.18**).

Sezione 3. Consumi e spesa per classe terapeutica

Nel 2025 la spesa farmaceutica *pro capite* a carico del SSN ha raggiunto 497,89 euro, con un incremento del 5,8% rispetto al 2024 (Tabella 3.1). Questo andamento è stato determinato sia dall'incremento della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (+6,2%), pari a 320,67 euro *pro capite* e corrispondente al 64% della spesa complessiva, sia dalla spesa dell'assistenza convenzionata (+5,0%), che si è attestata a 177,22 euro *pro capite*. I consumi sono rimasti sostanzialmente stabili, raggiungendo 1.351,59 DDD per 1.000 abitanti al giorno (+0,7% rispetto al 2024), con circa l'85% delle dosi erogate attraverso il canale della farmaceutica convenzionata (Tabella 3.2).

Anche nel 2025, i **farmaci cardiovascolari si confermano la classe terapeutica a maggiore spesa** (54,30 euro *pro capite*,) e **consumo** (508,93 DDD) **nel canale della convenzionata**. Tra i **farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche**, invece, la spesa è concentrata soprattutto negli **antineoplastici e immunomodulatori** (144,36 euro *pro capite*) mentre i **farmaci del sangue e organi emopoietici** rappresentano **la categoria a maggior utilizzo** (54,87 DDD).

Nell'**assistenza convenzionata**, l'aumento più marcato **dei consumi** ha riguardato i **farmaci del sistema genito-urinario e ormoni sessuali** (+4,2%), i **farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo** (+2,7%), e i **farmaci del sistema nervoso centrale** (+2,1%). Si osserva, inoltre, una marcata riduzione delle DDD per gli **antimicrobici per uso sistemico** (-7,9%) (Tabella 3.11). Tra i farmaci acquistati dalle **strutture pubbliche a maggior spesa**, invece, si osservano **incrementi nel consumo per i farmaci antineoplastici e immunomodulatori** (+8,1%), del **sistema respiratorio** (+6,1%) e degli **antimicrobici generali per uso sistemico** (+2,4%), mentre si registra una **riduzione per i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo** (-11,5%), del **sistema nervoso centrale** (-6,4%) e dei **farmaci del sangue ed organi emopoietici** (-1,1%) (Tabella 3.18).

Gli **inibitori della pompa protonica** rimangono la categoria a maggiore spesa nell'**assistenza convenzionata** (9,65 euro *pro capite*), sebbene in diminuzione del 7,7% rispetto al 2024, seguiti dagli **inibitori della HMG CoA reduttasi** (7,58 euro *pro capite*; -4,1%) (Tabella 3.11). Tra i principi attivi, **atorvastatina** (257,0 milioni di euro) e **pantoprazolo** (241,4 milioni di euro) si confermano ai primi due posti per spesa, mentre l'associazione **ezetimibe/rosuvastatina** sale al terzo posto con 227,6 milioni (Tabella 3.13). I farmaci con il **costo medio per DDD** più elevato nel canale della **farmaceutica convenzionata** sono risultati **tirzepatide** (25,23 euro), **ceftriaxone** (11,23 euro) e **teriparatide** (10,31 euro) (Tabella 3.14).

Per i **farmaci acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche**, le categorie a maggiore impatto sulla spesa sono gli **inibitori di PD-1/PD-L1** (19,14 euro *pro capite* e gli **inibitori dell'interleuchina** (14,25 euro *pro capite*), entrambe in crescita rispetto al 2024 (+9,1% e +2,8% rispettivamente) (Tabella 3.18). Tra i principi attivi, **pembrolizumab** (554,1 milioni di euro) e **daratumumab** (553,5 milioni di euro) si confermano i farmaci a maggiore spesa e, insieme, rappresentano il 5,8% della spesa complessiva per gli acquisti diretti. Al terzo posto si colloca la **semaglutide**, con 335,4 milioni di euro, seguita da **dupilumab**, con 312,4 milioni di euro (Tabella 3.20).

Sezione 4. Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

Nel 2025 sono stati attivi (almeno 1 giorno di monitoraggio) 314 registri (+3,3% rispetto al 2024), 21 Piani Terapeutici *web based* (-19,2%) e 23 Registri di monitoraggio semplificato (>100%) (**Tabella 4.1.1**).

Per la categoria ATC A “*Apparato gastrointestinale e metabolismo*” continua l’incremento del numero di pazienti avviati (+28%); anche per le categorie C “*Sistema Cardiovascolare*” (+28%), N “*Sistema Nervoso*” (+30%) e V “*Vari*” (+34%) si registrano importanti incrementi (**Tabella 4.1.2**). La categoria B “*Sangue ed organi emopoietici*” resta quella che comprende il più alto numero di pazienti inseriti all’interno della piattaforma dei Registri di Monitoraggio.

I rimborsi versati dalle aziende nell’anno 2025 a seguito dell’applicazione degli **accordi di rimborsabilità condizionata**, sia per quelli gestiti tramite i Registri (ad esempio, l’accordo *Payment by result*) sia per quelli gestiti tramite i flussi informativi di monitoraggio della spesa e dei consumi (ossia i **tetti di spesa per prodotto e gli accordi prezzo-volume**) sono stati pari a 262,4 milioni di euro, per l’80% generati a seguito dell’applicazione dei tetti di spesa e degli accordi prezzo/volume.

Sezione 5. Farmaci innovativi, terapie avanzate e farmaci orfani

Anche in questa edizione del Rapporto è stata condotta un’analisi su spesa e consumi dei medicinali che hanno avuto accesso al Fondo dei **farmaci innovativi** nel triennio 2023-2025, includendo, per i primi due anni, i soli farmaci con innovatività piena e, per l’ultimo, anche quelli con innovatività condizionata, in linea con le modifiche normative intervenute. Sono 53 i farmaci che nel triennio 2023-2025 hanno beneficiato del **requisito di innovatività** per almeno una indicazione terapeutica: il 37,7% presentano almeno un’indicazione per la quale è stata riconosciuta un’innovatività condizionata (20), più della metà sono farmaci oncologici (26) o orfani (28), mentre il 17% circa (9) è rappresentato da terapie avanzate (**Tabella 5.1.1**). La **spesa** per le sole indicazioni innovative si è ridotta del 19,4% nel 2025 rispetto all’anno precedente, raggiungendo il valore di 700 milioni di euro. Parallelamente, **l’incidenza delle indicazioni innovative sul totale della spesa** dei farmaci di classe A e H (al lordo dei *payback*) acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche è diminuita, passando dal 6,6% del 2023 al 4,0% del 2025, con una riduzione di 2,6 punti percentuali solamente nell’ultimo anno (**Tabella 5.1.2**). Diminuisce nel 2025 anche la **quota della spesa riferibile alle sole indicazioni innovative** sul totale delle indicazioni rimborsate degli stessi medicinali; ciò potrebbe essere la conseguenza della scadenza del requisito dell’innovatività per alcune indicazioni e dell’ingresso nel 2025 di alcuni medicinali (anche con innovatività condizionata) che presentano una percentuale più bassa di spesa riferibile alle sole indicazioni innovative.

Nel triennio di riferimento, i **farmaci per la fibrosi cistica** hanno registrato un forte impatto sulla spesa per le indicazioni innovative. Nello specifico, la triplice associazione ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor e ivacaftor in monoterapia si sono posizionati, rispettivamente, al primo e al terzo posto tra i medicinali con la maggiore spesa, con un

valore, rispettivamente, pari a 371 e 259 milioni di euro nel triennio; per entrambi i farmaci si registra una riduzione della spesa nel 2025 rispetto al 2024 per effetto della scadenza dell'innovatività di alcune delle indicazioni. Il secondo principio attivo per spesa nel triennio 2023-2025 è rappresentato da trastuzumab deruxtecan, che, con un valore di 185 milioni di euro rilevati nel 2025, ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente di oltre il 23%. Sul fronte dei consumi, espressi in DDD per milione di abitanti *die*, tafamidis ha registrato il livello più elevato, pari a 208,38 DDD relative al triennio 2023-2025; tuttavia, nel 2025 non sono stati rilevati consumi, in quanto il medicinale ha perso il requisito di innovatività nel corso del 2024; seguono trastuzumab deruxtecan (81,55 DDD e incidenza del 11,2%) e daratumumab (70,53 DDD e incidenza del 9,7%); questi tre principi attivi sono responsabili di quasi la metà dei consumi delle indicazioni innovative di tutti i farmaci considerati nel periodo di riferimento (**Tabella 5.1.5**).

Nel corso degli anni il numero di **terapie avanzate autorizzate in Italia** è aumentato progressivamente, passando da quattro terapie nel 2019 a un totale di 15 rimborsate nel 2025, il 71,4% di quelle autorizzate da EMA (in totale 21) al 31 dicembre 2025 (**Tabella 5.1.6**). Di queste, 13 sono state commercializzate nel periodo 2019-2025 e due nuove terapie hanno fatto ingresso nel mercato per la prima volta nel 2025: tabellecleucel per malattia linfoproliferativa post-trapianto positiva al virus di Epstein-Barr e etranacogene dezaparvovec per il trattamento dell'emofilia B. Al crescere delle terapie disponibili sono aumentati anche i valori di spesa e consumo: la **spesa** è passata da un valore complessivo di 1,38 milioni di euro nel 2019 a un valore di 222,60 milioni nel 2025, in aumento del 14,5% rispetto all'anno precedente; tale variazione risulta più contenuta in confronto a quella registrata nel 2024 (+60,2%), anno in cui erano entrate in commercio 5 nuove terapie avanzate. Anche i **consumi** aumentano, passando dalle 14 confezioni erogate nel 2019 alle 1.195 erogate nel 2025, con un aumento del 17,6% rispetto all'anno precedente (**Tabella 5.1.8**). Axicabtagene ciloleucel, una terapia CAR-T indicata nel trattamento del linfoma non Hodgkin a cellule B aggressivo e in quello follicolare, rappresenta la prima terapia per spesa e, con un valore di 72,7 milioni di euro, incide per il 32,7% sulla spesa totale delle terapie avanzate (**Tabelle 5.1.11**).

I **farmaci orfani** sono medicinali utilizzati per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento delle malattie rare. Nel 2025 l'EMA ha concesso complessivamente l'autorizzazione per 18 nuovi farmaci orfani. Al 31 dicembre 2025, su un totale di 157 farmaci orfani autorizzati dall'EMA, 148 erano disponibili in Italia (**Figure 5.2.1 e 5.2.2**). La **spesa dei farmaci orfani** nel 2025, comprensiva dell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche e dell'erogazione in regime di assistenza convenzionata, ha fatto registrare un incremento del 7,9% rispetto al 2024, attestandosi al valore di 2,55 miliardi di euro, corrispondente all'8,6% della spesa farmaceutica a carico del SSN (**Tabella 5.2.1**). La categoria terapeutica che si attesta al primo posto sia per la spesa che per i consumi è rappresentata dai **farmaci antineoplastici ed immunomodulatori** (rispettivamente 46,5% e 47,7%) (**Figura 5.2.3**). La più alta incidenza sulla spesa riguarda i farmaci utilizzati per le malattie genetiche e nei linfomi, mielomi e altre malattie onco-ematologiche (rispettivamente 32,0% e 31,6%), invertendo l'andamento dello scorso anno. Le medesime aree terapeutiche registrano anche i consumi più elevati, sebbene i farmaci per le malattie genetiche registrino valori

notevolmente inferiori rispetto a quelli osservati per i linfomi, mielomi e altre malattie oncoematologiche (**Tabella e Figura 5.2.11**).

Sezione 6. Regolamentazione dell'assistenza farmaceutica in Italia

La legge di Bilancio per il 2026 ha previsto diversi interventi in materia di assistenza farmaceutica. Tra le principali misure, è stato stabilito che l'Agenzia Italiana del Farmaco provveda annualmente alla revisione e all'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN). Contestualmente, sono stati incrementati i tetti della spesa farmaceutica per acquisti diretti e per la farmaceutica convenzionata, mentre sono state ridotte le risorse destinate al Fondo per i farmaci innovativi per un importo pari a 140 milioni di euro annui. Sono stati inoltre modificati i meccanismi di *payback*, con l'eliminazione della facoltà per le aziende farmaceutiche di avvalersi della sospensione della riduzione del 5% del prezzo al pubblico e con la soppressione del c.d. *payback* 1,83%. Nel biennio 2024-2025 sono state autorizzate dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) 89 nuove entità terapeutiche, di cui 34 sono farmaci orfani, 29 appartengono all'area oncologica (ATC L01) e 4 sono terapie avanzate (**Tabella 6.3**).

Sezione 1

Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci in Italia

1.1 Dati generali di spesa e consumo

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) nel 2025 è stata pari a 39,3 miliardi di euro, in aumento del 6,0% rispetto al 2024. Tale spesa rappresenta un'importante componente della spesa sanitaria e incide per l'1,7% sul Prodotto Interno Lordo nazionale (PIL) a prezzi correnti. La spesa farmaceutica pubblica, pari a 28,4 miliardi di euro, in aumento del 5,8% rispetto al 2024, rappresenta il 72,2% della spesa farmaceutica complessiva e il 20,0% della spesa sanitaria pubblica (Tabella 1.1.1). La voce a maggior incidenza è rappresentata dalle ASL, aziende ospedaliere, RSA e penitenziari (13,3 miliardi di euro; 46,8% della spesa pubblica). La spesa privata, comprensiva della compartecipazione alla spesa farmaceutica convenzionata a carico del cittadino, è stata di 10,8 miliardi di euro, attribuibile soprattutto a quella per farmaci di classe C con obbligo di ricetta medica (3,9 miliardi di euro; 36,5% della spesa privata) e per automedicazione (3,2 miliardi di euro; 29,7% della spesa privata). L'incremento della spesa farmaceutica totale rispetto al 2024 è dovuto principalmente all'andamento della spesa dei medicinali erogati da ASL, aziende ospedaliere, RSA e penitenziari (+8,2%, corrispondente ad una differenza in valore assoluto di 1.009 milioni di euro), che incide del 33,7% sulla spesa totale, della spesa convenzionata netta (+4,8%, corrispondente ad una differenza in valore assoluto di 383 milioni di euro) e della spesa dei medicinali di classe A erogati in Distribuzione Diretta (DD) (+4,1%, corrispondente ad una differenza in valore assoluto di 120,6 milioni di euro), mentre la spesa dei farmaci distribuiti in Nome e Per Conto (DPC) mostra una lieve flessione (-0,9%). Si nota un importante incremento della spesa per i farmaci importati (>100%), mentre risulta in riduzione la spesa per le preparazioni galeniche (-11,5%) e dei farmaci extra-tariffa (-3,0%) (Tabella 1.1.1). Si registra anche un incremento per i farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino (+16,2%), dei farmaci di classe C con ricetta (+7,4%) e per i farmaci di automedicazione (+6,5%). Per quanto riguarda la spesa pubblica, 2.458 milioni di euro si riferiscono alla spesa che non contribuisce al tetto della farmaceutica, relativa principalmente ai farmaci di fascia C (814 milioni di euro), inclusa la C-nn, ai vaccini (796 milioni di euro) e ai farmaci extra tariffa (663 milioni di euro) (Figura 1.1.1). Esaminando il periodo 2021-2025 si riscontrano importanti incrementi per le importazioni (+217,9%), per i farmaci acquistati dalle strutture pubbliche ed erogati in DD (+41,9%), in DPC (+27,0%) o direttamente dalla Aziende sanitarie, ospedali, RSA e istituti penitenziari (cd. acquisti diretti, +36,9%). Si evidenziano incrementi importanti anche per la spesa privata, soprattutto di automedicazione (SOP e OTC, +36,4%) ed esercizi commerciali (+33,8%) e in misura minore per l'acquisto privato dei farmaci di classe A (+5,1%). Le componenti della spesa che registrano una riduzione sono gli sconti (-72,1%), i farmaci galenici (-22,4%) e la compartecipazione relativa alla quota eccedente il prezzo di riferimento (-3,6%) (Figura 1.1.2).

La marcata riduzione della componente "sconti" è riconducibile all'entrata in vigore, dal 1° marzo 2024, del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per l'erogazione dei medicinali in regime di assistenza farmaceutica convenzionata, introdotto dalla Legge di Bilancio 2024 (art. 1, commi 225-227, della legge 30 dicembre 2023, n. 213). La riforma ha infatti sostituito il precedente sistema di sconti applicati al Servizio Sanitario Nazionale con un nuovo modello di remunerazione, determinando l'abrogazione degli sconti progressivi

previsti dall'art. 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, dello sconto introdotto dalla Determinazione AIFA del 9 febbraio 2007 e dell'extra-sconto previsto dalla Determinazione AIFA del 15 giugno 2012 e dall'art. 15, comma 2, della legge 7 agosto 2012, n. 135. Restano invece applicati lo sconto a carico delle aziende farmaceutiche previsto dalla Determinazione AIFA del 30 dicembre 2005 e il *payback* dell'1,83% a carico delle aziende (art. 11, comma 6, della legge n. 122/2010). Si evidenzia, tuttavia, che la Legge di Bilancio 2026 ha disposto l'abrogazione di tale *payback* a decorrere dal 1° gennaio 2026. La Tabella 1.1.2 riporta la composizione della spesa farmaceutica totale regionale per canale di erogazione e regime di rimborsabilità. La spesa convenzionata lorda si riferisce ai dati provenienti dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR) trasmesse mensilmente dalle Regioni all'AIFA. A livello territoriale, le Regioni del Sud presentano una maggiore incidenza della spesa convenzionata lorda (28,4%). La quota di spesa relativa ai medicinali erogati dalle strutture sanitarie pubbliche risulta, invece, sostanzialmente uniforme sul territorio nazionale, pur in presenza di differenze regionali. L'incidenza della spesa per i medicinali acquistati privatamente è più elevata nelle Regioni del Centro e del Nord, sia per i farmaci di classe C con ricetta (10,6% e 10,4%) sia per i medicinali di automedicazione (8,5% e 8,9%), rispetto al Sud (9,3% e 7,1%). Dalla Figura 1.1.3 emerge come la spesa territoriale pubblica abbia registrato una riduzione tra il 2017 e il 2021, seguita da lievi incrementi negli ultimi quattro anni, contrariamente alla spesa ospedaliera, che mostra un andamento in costante crescita, risultando trainante per la spesa totale.

Per quanto riguarda i consumi, i farmaci di classe A-SSN erogati in regime di assistenza convenzionata hanno mostrato un andamento crescente fino al 2020, anno in cui si è registrata una riduzione del 3,9% rispetto al 2019 (1.096,0 DDD/1000 abitanti *die* nel 2020 rispetto a 1.140,7 nel 2019), ascrivibile all'impatto della pandemia da COVID-19 (Figura 1.1.4 e Tabella). Nel biennio 2021-2022 è stato osservato un progressivo incremento, che ha riportato i livelli di consumo a quelli pre-pandemici (1.130,8 DDD nel 2021 e 1.139,7 nel 2022). Dopo la riduzione evidenziata nel 2023 (-1,2%), l'utilizzo dei medicinali ha ripreso a crescere negli ultimi due anni (+1,0% in entrambi gli anni). I farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche mostrano un *trend* crescente dei consumi dal 2006 al 2012, che diventa stabile negli anni successivi, per poi aumentare nuovamente nel 2019 e raggiungere il valore più alto nel 2024, pari a 205,3 DDD/1000 abitanti *die* (+4,8%), rimanendo stabili nell'ultimo anno (-0,8%). Per quanto riguarda i consumi dei farmaci di classe C con ricetta, non si rilevano importanti modifiche nel periodo 2004-2020. Nel quadriennio 2020-2023 si registra un *trend* in crescita, mentre negli ultimi due anni si evidenzia una riduzione più marcata nell'ultimo anno (-4,0% tra il 2025 e il 2024).

Dall'analisi dell'andamento del costo medio per giornata di terapia, si nota come per i farmaci di fascia A erogati in assistenza convenzionata sia stata osservata, nel periodo 2002-2019, una riduzione (CAGR 2002-2019: -4,5%), dovuta essenzialmente alle scadenze brevettuali di importanti molecole avvenute in tale periodo (ad esempio valsartan e atorvastatina), alle manovre di riduzione dei prezzi messe in atto negli anni e alle rinegoziazioni (Figura 1.1.5). Nei periodi successivi si evidenzia, invece, una discreta stabilità (CAGR 2020-2025: +0,8%) e nell'ultimo anno è stata registrata una lieve crescita (+4,3% rispetto al 2024).

I farmaci di classe C con ricetta, al contrario, dopo un primo periodo di stabilità, dal 2011 hanno cominciato a mostrare un *trend* in crescita. Le variazioni più importanti sono state registrate nell'ultimo quinquennio (2020-2025), periodo in cui è stata osservata una crescita media annua del 4,6%.

Il costo medio per DDD dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, dopo l'incremento osservato tra il 2006 e il 2009, è rimasto sostanzialmente stabile fino al 2014. Dal 2015 si osserva una nuova fase di crescita, che ha determinato un incremento complessivo del 70% nel periodo 2015-2025. Tale andamento riflette il progressivo aumento del peso delle terapie ad elevato costo unitario tra i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche. Nell'ultimo quinquennio (2020-2025), è stato osservato un incremento medio annuo pari a circa il 4% (Figura 1.1.6).

Tabella 1.1.1 Composizione della spesa farmaceutica: confronto 2025-2024
(Tabella e Figura)

	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%°	%°°
Spesa convenzionata netta^	8.341,8	4,8	21,2	29,4
di cui ossigeno e vaccini	51,8	-21,3	0,1	0,2
Distribuzione diretta classe A*	3.093,9	4,1	7,9	10,9
Distribuzione per conto classe A*	2.816,8	-0,9	7,2	9,9
ASL, Aziende ospedaliere, RSA e penitenziari**	13.261,3	8,2	33,7	46,8
di cui ossigeno e vaccini	1.066,2	4,5	2,7	3,8
Importazioni	152,3	>100	0,4	0,5
Galenici	32,9	-11,5	0,1	0,1
Extra tariffa	663,1	-3,0	1,7	2,3
Spesa pubblica	28.362,1	5,8	72,2	100,0
Ticket fisso	480,8	9,0	1,2	4,5
Quota prezzo di riferimento	1.043,7	-1,6	2,7	9,7
A privato [§]	1.727,1	16,2	4,4	16,1
C con ricetta	3.923,6	7,4	10,0	36,5
SOP e OTC	3.187,5	6,5	8,1	29,7
Esercizi commerciali	383,8	5,5	1,0	3,6
Spesa privata	10.746,5	7,5	27,3	100,0
Sconti^^	197,6	-27,7	0,5	
Totale	39.306,3	6,0	100,0	

^ derivante da DCR; al lordo del valore delle retrocessioni derivanti dagli sconti confidenziali, relativi alle AIC elencate nell'allegato 1 alla determina AIFA del 3 maggio 2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 108 del 10 maggio 2024, "Aggiornamento del Prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) per il transito dal regime di classificazione «A-PHT» alla fascia «A» di medicinali afferenti a specifiche classi farmacologiche" (69,8 milioni di euro), *payback* del 5% e dei ripiano sfondamenti tetti di prodotto di fascia A e *payback* di manovra ed è comprensiva della spesa dei farmaci di classe C rimborsata (16,8 milioni di euro)

* il valore non comprende il costo del servizio per l'erogazione/dispensazione del medicinale

° calcolata sul totale

°° calcolato su totali parziali (spesa pubblica o spesa privata)

** il valore non comprende la spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto

^^ comprende Sconto Det. AIFA 30/12/05, *payback* dell'1,83% e le rettifiche regionali

§ Analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

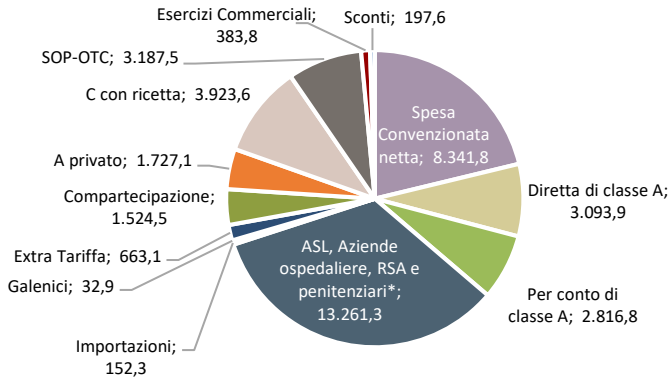


Figura 1.1.1 Composizione della spesa farmaceutica pubblica e della spesa farmaceutica pubblica non compresa nel tetto della spesa farmaceutica (2025)

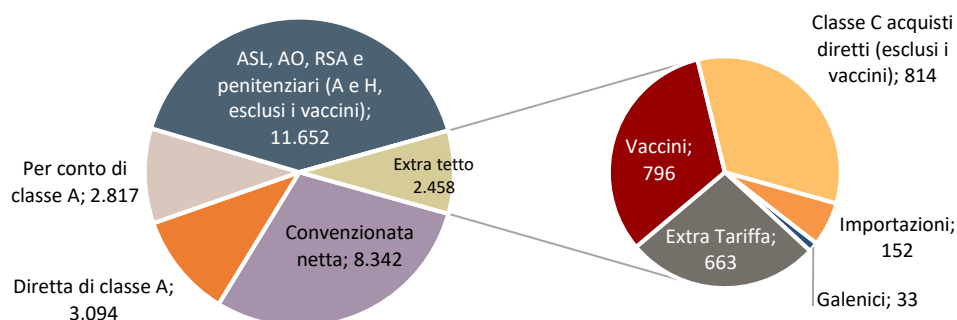


Figura 1.1.2 Variazione % 2025-2021 delle componenti della spesa farmaceutica

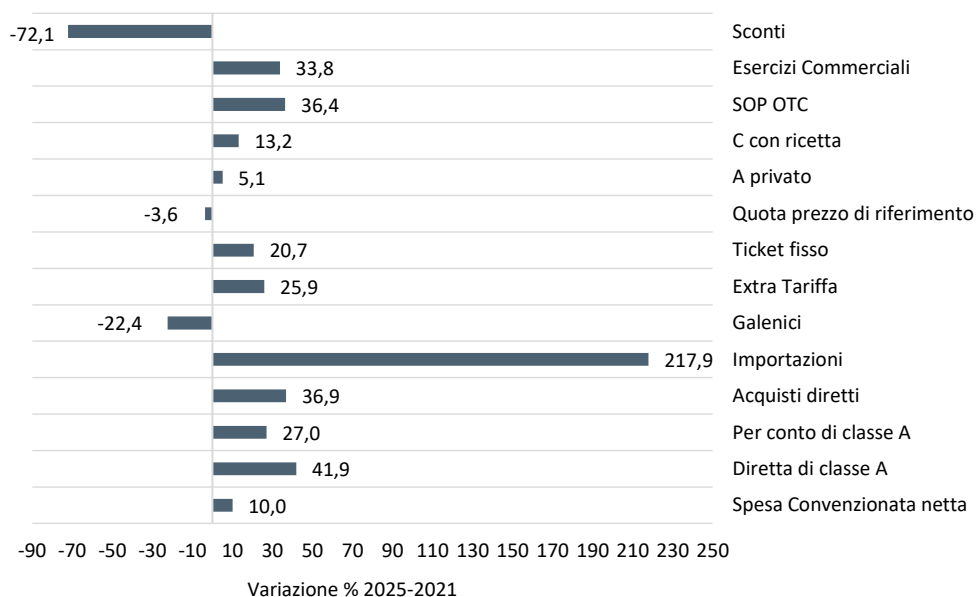
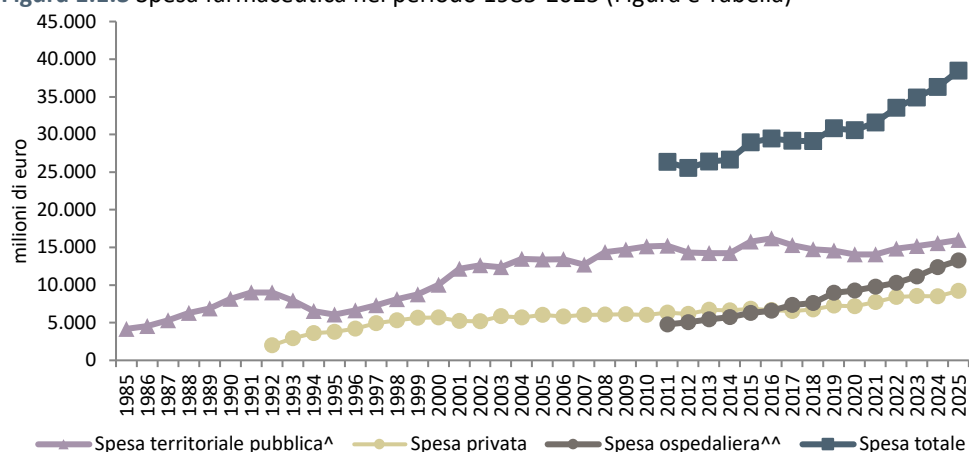


Tabella 1.1.2 Composizione della spesa farmaceutica totale per Regione (anno 2025)

Regione	Spesa convenzionata lorda		Classe A privato		Classe C con ricetta		Auto-medicazione (farmacie pubbliche e private)		Esercizi commerciali		Strutture pubbliche		Totale
	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%	€°
Piemonte	645	24,3	120	4,5	289	10,9	234	8,8	16,10	0,6	1.352	50,9	2.657
Valle d'Aosta	18	24,5	5	6,7	8	10,8	8	11,5	0,59	0,8	33	45,7	73
Lombardia	1.895	29,6	297	4,6	674	10,6	564	8,8	126,61	2,0	2.834	44,3	6.390
PA Bolzano	62				25		32		0,55		157		
PA Trento	80	24,3	16	2,8	30	9,4	33	11,2	1,23	0,3	147	52,0	583
Veneto	677	23,6	121	4,2	304	10,6	279	9,7	18,46	0,6	1.471	51,3	2.871
Friuli VG	190	24,8	21	2,8	71	9,3	65	8,4	3,61	0,5	415	54,2	765
Liguria	243	22,1	66	6,0	136	12,3	103	9,4	5,58	0,5	545	49,6	1.099
Emilia R.	616	21,6	106	3,7	287	10,1	236	8,3	23,35	0,8	1.581	55,5	2.849
Toscana	531	22,4	123	5,2	244	10,3	210	8,9	13,33	0,6	1.243	52,6	2.364
Umbria	138	24,1	27	4,8	62	10,8	45	7,9	4,09	0,7	297	51,7	574
Marche	266	26,0	42	4,1	103	10,1	78	7,7	6,32	0,6	527	51,6	1.022
Lazio	1.019	26,3	190	4,9	432	11,2	336	8,7	19,06	0,5	1.871	48,4	3.866
Abruzzo	241	27,8	34	4,0	75	8,7	62	7,2	6,97	0,8	448	51,6	867
Molise	57	30,7	8	4,1	14	7,6	11	5,8	1,78	1,0	95	50,8	186
Campania	1.050	26,1	177	4,4	389	9,7	330	8,2	72,80	1,8	2.001	49,8	4.019
Puglia	733	28,5	102	4,0	220	8,6	173	6,7	18,51	0,7	1.321	51,5	2.567
Basilicata	108	31,4	11	3,1	23	6,8	21	6,2	3,42	1,0	178	51,6	345
Calabria	368	29,4	63	5,0	111	8,9	81	6,5	8,96	0,7	619	49,5	1.250
Sicilia	833	27,9	167	5,6	317	10,6	209	7,0	16,15	0,5	1.443	48,3	2.985
Sardegna	296	26,3	33	2,9	109	9,7	75	6,7	16,37	1,5	595	52,9	1.124
Italia	10.064	26,2	1.727	4,5	3.924	10,2	3.187	8,3	383,84	1,0	19.172	49,9	38.458
Nord	4.654	26,6	752	4,3	1.824	10,4	1.555	8,9	196,08	1,1	8.536	48,7	17.517
Centro	2.024	25,6	382	4,8	841	10,6	670	8,5	42,80	0,5	3.937	49,9	7.895
Sud e Isole	3.836	28,4	594	4,4	1.259	9,3	963	7,1	144,96	1,1	6.699	49,6	13.496

Fonte: Spesa convenzionata lorda proveniente da Distinte Contabili Riepilogative (DCR) (Agenzia Italiana del Farmaco); acquisto privato di fascia A: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory. Nota: a differenza della Sezione 2, basata esclusivamente sul regime di fornitura, questa tabella analizza l'acquisto privato di farmaci di fascia C (con ricetta e automedicazione) in base al canale di erogazione, distinguendo tra farmacie ed esercizi commerciali; ° milioni di euro; * calcolata sul totale della spesa regionale

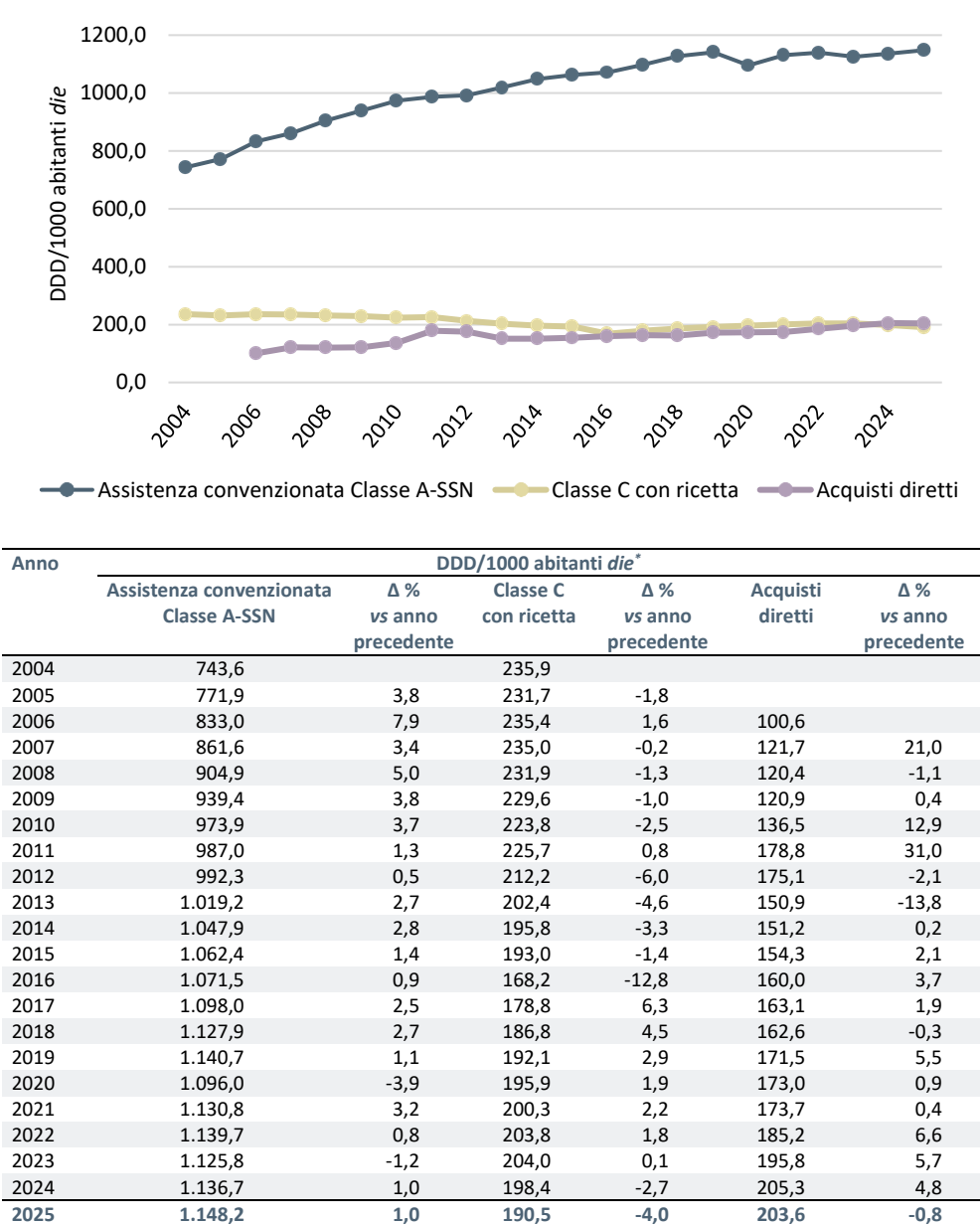
Figura 1.1.3 Spesa farmaceutica nel periodo 1985-2025 (Figura e Tabella)



Anno	Spesa convenzionata lorda*	DD e DPC di fascia A	Spesa territoriale pubblica^ (1)	Spesa privata (2)	Strutture sanitarie	Spesa ospedaliera^^ (3)	Spesa totale (1+2+3)
1995	6.087		6.087	3.785			
1996	6.638		6.638	4.216			
1997	7.321		7.321	4.919			
1998	8.113		8.113	5.332			
1999	8.760		8.760	5.640			
2000	10.041		10.041	5.684			
2001	12.154		12.154	5.232			
2002	12.644		12.644	5.204			
2003	12.354		12.354	5.849			
2004	13.491		13.491	5.694			
2005	13.408		13.408	6.046			
2006	13.440		13.440	5.814			
2007	12.712		12.712	6.046			
2008	12.724	1.651	14.375	6.088			
2009	12.928	1.767	14.695	6.122			
2010	12.985	2.144	15.129	6.046			
2011	12.387	2.832	15.219	6.346	7.606	4.774	26.339
2012	11.488	2.837	14.325	6.152	7.892	5.055	25.532
2013	11.226	3.003	14.229	6.732	8.425	5.421	26.383
2014	10.988	3.250	14.238	6.648	8.994	5.744	26.630
2015	10.863	4.921	15.784	6.859	11.203	6.282	28.926
2016	10.638	5.556	16.194	6.681	12.143	6.587	29.461
2017	10.499	4.792	15.291	6.526	12.124	7.332	29.149
2018	10.141	4.620	14.761	6.771	12.214	7.594	29.126
2019	10.089	4.481	14.570	7.261	13.461	8.980	30.811
2020	9.820	4.259	14.080	7.180	13.544	9.284	30.544
2021	9.772	4.295	14.067	7.734	14.089	9.794	31.595
2022	9.881	4.940	14.821	8.418	15.221	10.281	33.519
2023	9.872	5.297	15.170	8.558	16.447	11.150	34.877
2024	9.735	5.816	15.551	8.494	18.068	12.366	36.298
2025	10.064	5.911	15.975	9.222	19.172	13.261	38.458

*derivante dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR); ^ comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata (a lordo del *payback* e sconto) e della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN, incluse le compartecipazioni a carico del cittadino; ^^ spesa strutture sanitarie pubbliche (a lordo del *payback*) al netto della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN

Figura 1.1.4 Consumo (DDD/1000 abitanti die) nel periodo 2004-2025 (Figura e Tabella)



*I valori di consumo possono modificarsi, rispetto a quanto pubblicato, in seguito ad aggiornamenti dell'anagrafica e della popolazione

Figura 1.1.5 Andamento mensile del costo medio DDD nel periodo 2002-2025 dei farmaci erogati in assistenza convenzionata (Classe A) e dei farmaci di Classe C con ricetta

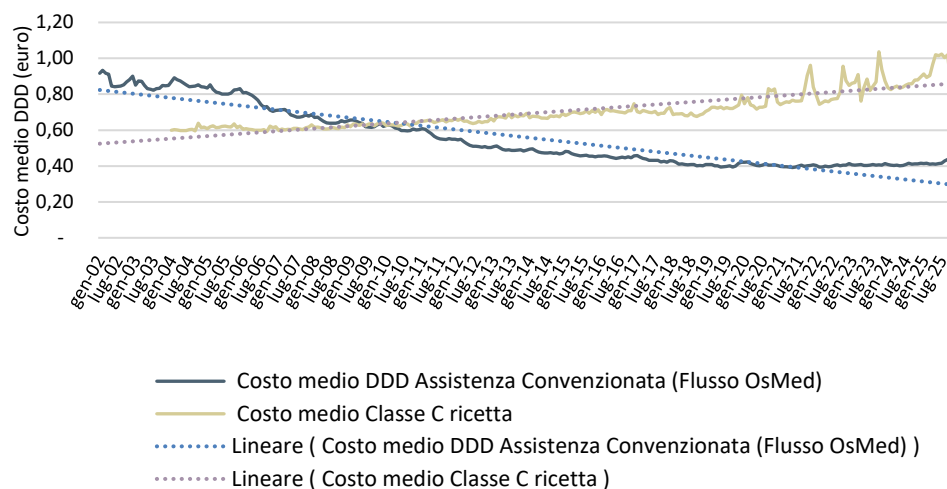
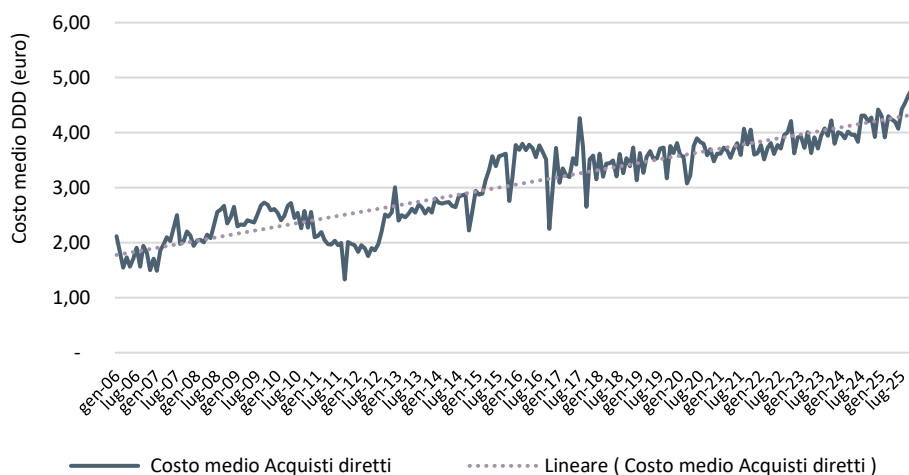


Figura 1.1.6 Andamento mensile del costo medio DDD nel periodo 2006-2025 (acquisti diretti)



1.2 Andamento della spesa farmaceutica nazionale e confronto con il PIL e il Fondo Sanitario Nazionale

L'incidenza della spesa sanitaria rispetto al PIL si è attestata nel 2025 ad una percentuale pari al 6,3% e, considerando l'andamento dal 2019, si nota un picco nel 2020 pari al 7,4%, per effetto sia di un incremento della spesa sanitaria del 6,5% che di una riduzione del PIL del 7,2% circa (Figura 1.2.1). A partire dal 2021, tale incidenza ha iniziato a diminuire, raggiungendo il valore minimo nel 2023 (6,2%), per poi risalire nel biennio 2024-2025 (6,3%) e attestarsi a un valore di previsione del 6,4%, che dovrebbe rimanere stabile fino al 2029. Nel 2025 la spesa sanitaria è risultata pari a 141.539 milioni di euro, con un incremento del 2,5% rispetto al 2024. Le principali componenti che hanno maggiormente impattato sulla crescita della spesa sanitaria sono state la spesa per i redditi da lavoro dipendente, che è risultata pari a 44.738 milioni di euro, in aumento del 2,9%, e la spesa per i consumi intermedi (inclusiva della spesa per i prodotti farmaceutici), che è stata pari a 47.623 milioni di euro, in aumento rispetto al 2024 del 3,7%.

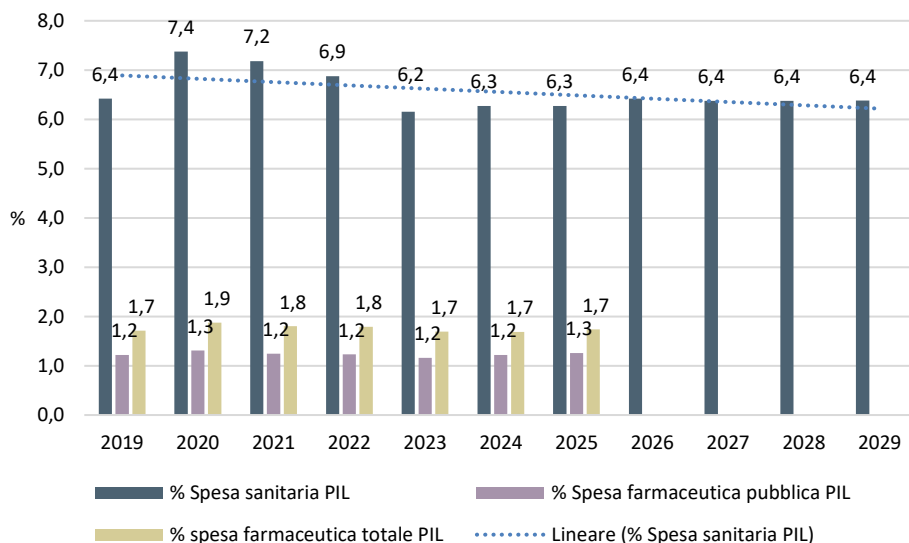
Tra il 2019 e il 2025, l'incidenza sul PIL della spesa farmaceutica (sia pubblica sia totale) ha mostrato una sostanziale stabilità, salvo un lieve incremento nel 2020 che ha interessato maggiormente la spesa farmaceutica totale. Nel 2025, la spesa pubblica si è attestata all'1,3% del PIL, registrando una lieve crescita rispetto all'1,2% del quadriennio precedente. Nell'ultimo triennio, invece, l'incidenza della spesa totale è rimasta invariata.

Relativamente all'incidenza della spesa farmaceutica sul Fondo Sanitario Nazionale (FSN), al netto del ripiano e inclusi i farmaci innovativi, si nota come dal 2005 al 2011 la percentuale si è mantenuta sempre sopra il 17% (ad eccezione del 2007); l'incidenza si riduce notevolmente nel 2012, raggiungendo il valore minimo del 15,0%, rimanendo quasi sempre al di sotto del 16% nel periodo successivo, fino al 2021 (Figura 1.2.2). Gli ultimi quattro anni, invece, sono caratterizzati da un andamento crescente e nel 2025 raggiunge il valore del 17,3%. Analizzando la spesa convenzionata netta (Figura 1.2.3), si nota un andamento decrescente nel periodo 2005-2020, con una riduzione media annua del 2,8% e i maggiori decrementi negli anni 2011 e 2012, per effetto della Determinazione AIFA 8 aprile 2011, che aveva operato una riduzione dei prezzi di riferimento dei medicinali inseriti nelle liste di trasparenza sulla base del confronto dei prezzi dei medicinali equivalenti in Italia rispetto a quelli delle stesse confezioni commercializzate in Germania, UK, Francia e Spagna. Nell'ultimo periodo, dal 2021 al 2025, la spesa mostra, invece, un *trend* in crescita, con una variazione media annua del +2,4%.

Sul versante degli acquisti diretti (Figure 1.2.4 e 1.2.5), nel periodo 2005-2014 la spesa mostra un andamento in crescita, con una variazione media annua del +11%; il biennio 2015-2016 è caratterizzato da notevoli incrementi, ascrivibili all'ingresso nel mercato dei farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica; nei due anni successivi (2017-2018), la spesa ha subito una contrazione, senza però tornare ai livelli pre-2015. Dopo una fase di stabilità durante il periodo pandemico, la spesa ha ripreso a crescere tra il 2021 e il 2025 (+8,1% variazione media annua), sebbene nell'ultimo anno si sia registrato un rallentamento della crescita, essendo stata osservata una variazione del +6,2% rispetto al 2024.

Analizzando l'andamento dello sfondamento dei tetti di spesa (Figura 1.2.6), si osserva che lo scostamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, successivamente ridefinito come tetto della spesa per acquisti diretti, ha mostrato una crescita progressiva fino al 2016, per poi ridursi nel 2017 in seguito alla rimodulazione dei tetti introdotta dalla Legge di Bilancio 2017 (Legge n. 232/2016). Tale legge ha rideterminato il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, portandolo dal 3,5% al 6,89%, e ne ha contestualmente ridefinito il perimetro, includendo anche la spesa per i medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto. In ragione di tale ampliamento, il tetto è stato ridenominato "tetto della spesa per acquisti diretti". Contestualmente, il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato rideterminato dall'11,35% al 7,96% e ridenominato "tetto della spesa convenzionata".

Nel periodo 2017-2020 lo scostamento del tetto della spesa per acquisti diretti ha evidenziato un andamento progressivamente crescente, seguito da una riduzione nel biennio 2021-2022. Tale andamento è riconducibile principalmente all'innalzamento del tetto disposto dalla Legge di Bilancio 2021 (Legge n. 178/2020) e successivamente dalla Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234/2021), nonché all'incremento del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Il tetto della spesa convenzionata è stato conseguentemente ridotto (7%) e come effetto è stata osservata una riduzione dell'avanzo della spesa. A partire dal 2023 si osserva, invece, una nuova crescita dello sfondamento del tetto della spesa per acquisti diretti, nonostante la progressiva rimodulazione dei tetti prevista dalla Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234/2021) per gli anni 2022, 2023 e 2024, e, successivamente, dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge n. 213/2023), che ha fissato, a decorrere dal 2024, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti all'8,5%.

Figura 1.2.1 Andamento del rapporto dell'incidenza percentuale della spesa sanitaria e della spesa farmaceutica sul PIL (2019-2029)

Fonti: per la spesa sanitaria e il PIL nominale 2019-2029 è stato utilizzato il dato pubblicato nel DFP (Documento di Finanza Pubblica – Analisi e tendenza della finanza pubblica - Sezione II).

La spesa farmaceutica pubblica include la spesa convenzionata netta, gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche compreso ossigeno e vaccini, farmaci di classe C e C-nn, i farmaci importati dall'estero, le preparazioni galeniche e la spesa extra tariffa (ref Tabella 1.1.1).

La spesa farmaceutica totale comprende la spesa pubblica e la spesa privata da parte dei cittadini per i farmaci di classe C con Ricetta e SOP e OTC, di classe A e la compartecipazione (ref Tabella 1.1.1).

Figura 1.2.2 Andamento dell'incidenza della spesa farmaceutica totale netta sul FSN (2005-2025)

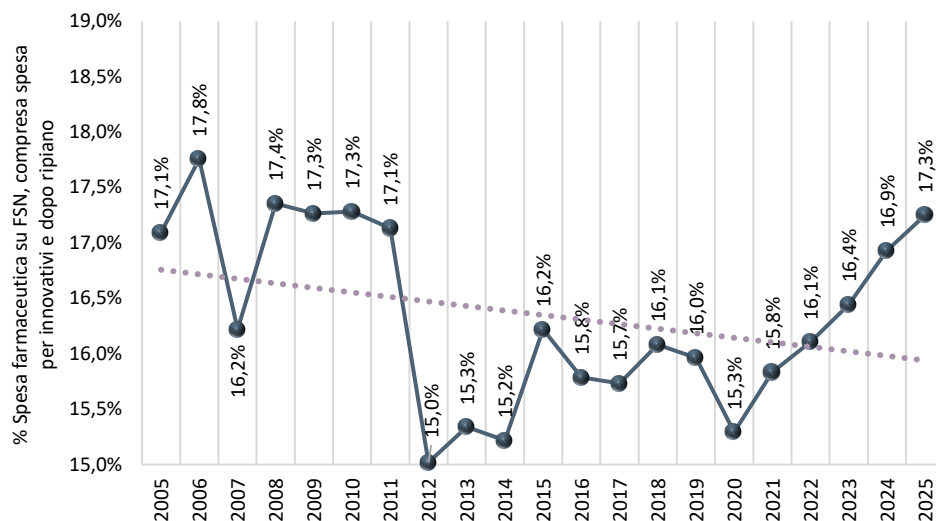
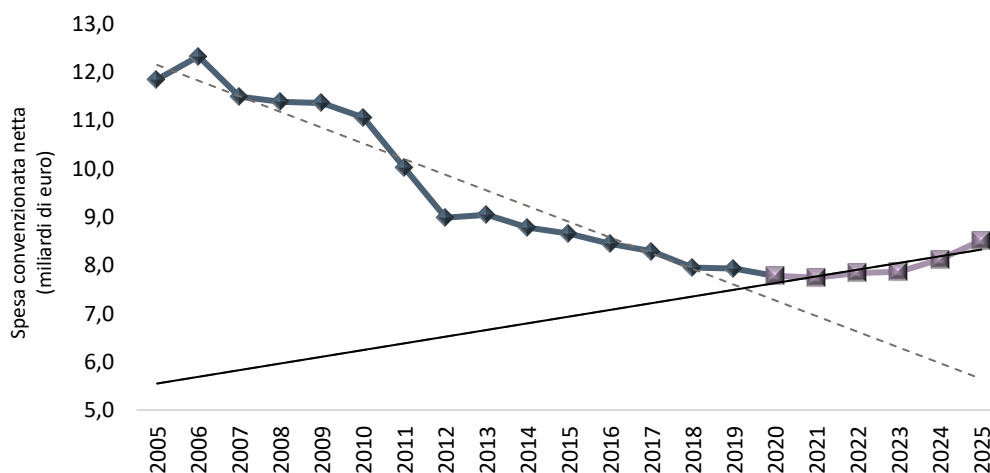
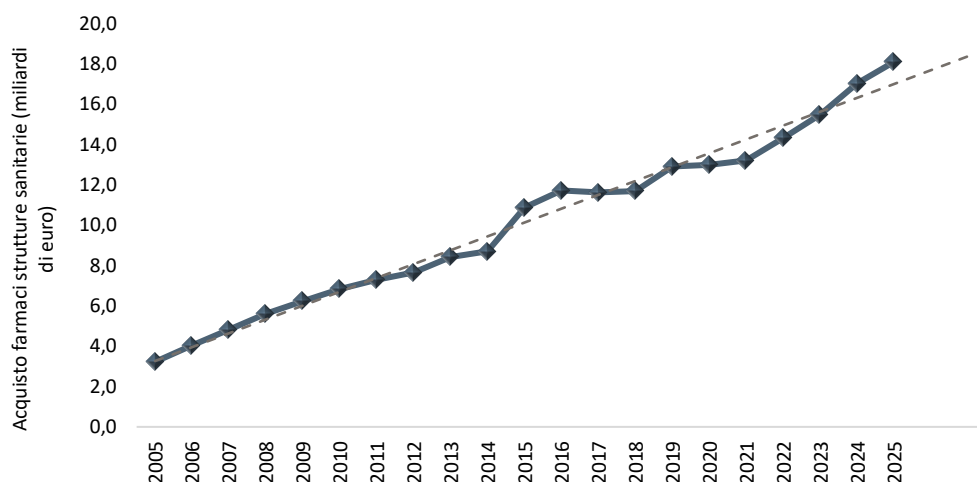


Figura 1.2.3 Andamento della spesa farmaceutica convenzionata netta*: periodo 2005-2025



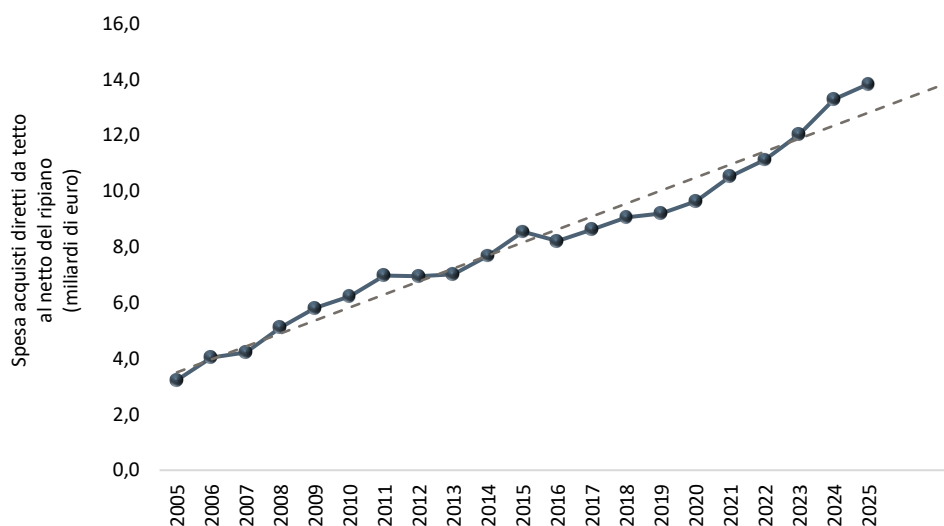
*calcolata al netto della compartecipazione e degli sconti vigenti

Figura 1.2.4 Andamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti*: periodo 2005-2025



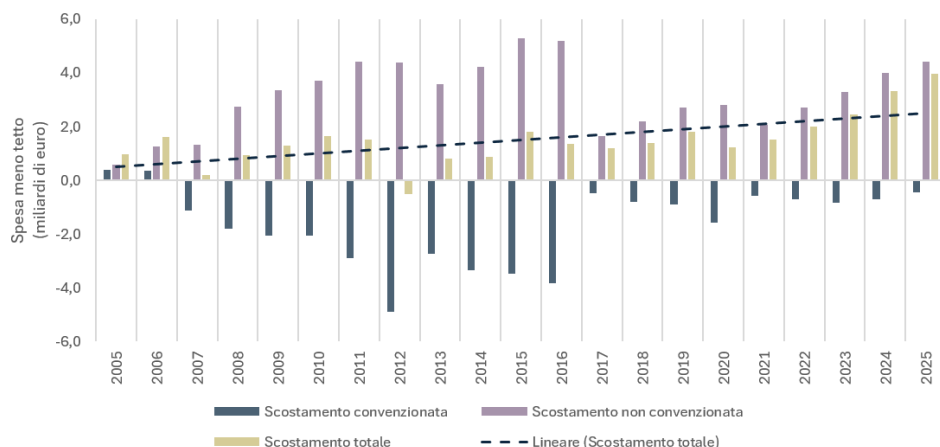
* al netto di vaccini e ossigeno

Figura 1.2.5 Andamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti*: periodo 2005-2025



* spesa dei farmaci di classe A e H, comprensiva dell'ossigeno, al netto del 50% dello sfondamento e dei *payback* (MEA gestiti tramite registri, tetti di spesa, accordi prezzo-volume, *payback* 5% e note di credito)

Figura 1.2.6 Andamento dello scostamento dai tetti della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata (2005-2025)



La Legge di Bilancio 2017 (Legge n. 232/2016) ha modificato il sistema dei tetti della spesa farmaceutica, rideterminando il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera dal 3,5% al 6,89% e includendovi la spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto (tetto della spesa per acquisti diretti); contestualmente, ha rideterminato il tetto della spesa farmaceutica territoriale dall'11,35% al 7,96%, al netto della spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto (tetto della spesa convenzionata).

1.3 Spesa e consumo territoriale dei farmaci

Nel 2025 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 24.999 milioni di euro, in aumento rispetto all'anno precedente del 5,2% (Tabella 1.3.1). La spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN si compone della spesa netta per i medicinali erogati in regime di assistenza convenzionata (8.342 milioni di euro), a cui si aggiunge la spesa per farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto (rispettivamente 3.094 e 2.817 milioni di euro) (Tabella 1.3.1). Il valore totale della farmaceutica territoriale pubblica è dunque pari a 14.253 milioni di euro (241,80 euro *pro capite*) e, rispetto al 2024, ha evidenziato un andamento crescente (+3,5%), dovuto all'incremento registrato dai farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata (+4,8%) e da quelli di classe A erogati in distribuzione diretta (+4,1%), mentre rimane sostanzialmente stabile la spesa per i farmaci erogati in distribuzione per conto (-0,9%). Nel 2025 la componente pubblica della spesa territoriale ha rappresentato il 57,0% del totale, in lieve contrazione rispetto all'anno precedente, in considerazione del maggiore incremento registrato dalla spesa privata rispetto a quella a carico del SSN.

La spesa a carico del cittadino (Tabella 1.3.1 e Figura 1.3.1), comprendente la spesa per la compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo al pubblico del medicinale prescelto e il corrispondente prezzo di riferimento), la spesa per i medicinali di fascia A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, è stata pari a 10.747 milioni di euro, in aumento del 7,5% rispetto al 2024. A influire su questo andamento è l'aumento della spesa dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino (+16,2%), di quelli di fascia C con ricetta (+7,4%) e dell'automedicazione (+6,5%).

È possibile osservare un aumento della spesa per la compartecipazione del cittadino (+1,5%), che nel 2025 raggiunge un valore pari a 1.524 milioni di euro (circa 25,86 euro *pro capite*) e un'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda del 15,1%. Rispetto al 2024, la variazione della spesa relativa alla compartecipazione totale (+1,5%) è stata determinata dall'aumento della spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (+9,0%), mentre ha registrato una lieve riduzione la compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (-1,6%). Dopo l'aumento registrato nel 2018, rispetto all'anno precedente, l'incidenza della compartecipazione sulla spesa lorda ha seguito un *trend* decrescente fino al 2020, per poi mantenersi stabile intorno ad un valore del 15%. L'incidenza della compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento risulta stabile per tutto il periodo considerato (2018-2025), attestandosi all'11%, sebbene nell'ultimo anno abbia registrato una riduzione arrivando ad una quota del 10,4% (Figura 1.3.2).

Sul versante dei consumi, nel 2025, in media sono state consumate giornalmente ogni 1000 abitanti (di seguito DDD) 1.148 dosi di farmaci di fascia A rimborsati dal SSN, con un andamento in lieve crescita rispetto al 2024 (+1,0%) (Tabella 1.3.2). Il costo medio per giornata di terapia, pari a 0,42 euro nel 2025, ha osservato un leggero incremento rispetto al valore dell'anno precedente (+4,3%). Per quanto riguarda l'acquisto dei farmaci di classe

C, sono stabili le confezioni dei farmaci con ricetta (-0,5%) e dei farmaci di automedicazione (-0,8%), contrariamente a quanto registrato sul versante della spesa (rispettivamente, +7,4% e +6,5%). Si continua a rilevare una riduzione, seppur lieve, delle confezioni erogate dagli esercizi commerciali (-2,5%).

A livello nazionale la spesa netta (calcolata al netto della compartecipazione a carico dei cittadini, del *payback* 1,83%, degli sconti previsti dalla normativa vigente e al lordo del valore delle retrocessioni derivante dalla riclassificazione da A-PHT alla fascia A di medicinali afferenti a specifiche classi farmacologiche, del *payback* del 5%, del ripiano sfondamenti tetti di prodotto di Fascia A e del *payback* di manovra) è stata pari a 8.341,8 milioni di euro (Tabella 1.3.3), con i valori più elevati, in termini assoluti, rilevati in Lombardia (1.575,2 milioni di euro), nel Lazio (845,6 milioni di euro) e in Campania (821,5 milioni di euro). Le Regioni che, in termini assoluti, hanno la maggior spesa per ticket fisso sono la Lombardia (142,1 milioni di euro), la Campania (80,5 milioni di euro) e il Veneto (61,2 milioni di euro). I maggiori incrementi nel ticket fisso rispetto all'anno precedente sono stati registrati in Emilia Romagna (>100%), che ha introdotto tale misura nel 2025, nelle Marche (+25,7%), in PA di Trento (+12,9%), in Toscana (+7,4%), in Piemonte (+6,9%) e in Umbria (+6,6%). Per quanto riguarda la compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento, la Lombardia (138,1 milioni di euro), il Lazio (136,7 milioni di euro), la Campania (127,6 milioni di euro) e la Sicilia (105,6 milioni di euro) presentano la spesa in termini assoluti più elevata. Quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Molise, Puglia e Basilicata, hanno osservato una riduzione rispetto all'anno precedente, con riduzioni maggiori in Piemonte (-4,2%), in Emilia Romagna (-3,5%) e in Toscana (-2,8%).

Analizzando la variabilità regionale dei farmaci di classe A-SSN dispensati attraverso le farmacie territoriali (Tabella e Figura 1.3.4), nel Sud e nelle Isole si registra un consumo e una spesa superiore, con un gradiente decrescente verso Nord. La Regione con il valore più elevato di spesa è rappresentata dalla Campania (208,0 euro *pro capite*), mentre il valore più basso si registra nella PA di Bolzano (129,7 euro *pro capite*), con una differenza tra le due Regioni del 60% (Tabella 1.3.4). Rispetto all'anno precedente si osserva un incremento dei valori di spesa per tutte le Regioni, con le maggiori variazioni al Nord (+5,8%) rispetto al Centro (+3,2%) e al Sud (+4,9%). Per quanto riguarda i consumi, a fronte di una sostanziale stabilità rilevata per le Regioni del Nord (+0,9%) e del Centro (+0,4%), si registra un lieve incremento nelle Regioni del Sud (+1,5%). La Regione che evidenzia i livelli più elevati è la Campania, con 1.266,0 DDD/1000 abitanti *die*, mentre i consumi più bassi si riscontrano nella PA di Bolzano (915,5 DDD/1000 abitanti *die*). Contrariamente a quanto riscontrato per i farmaci in classe A rimborsati dal SSN, le Regioni del Centro (163,4 euro *pro capite*) osservano una spesa privata superiore rispetto a quella registrata dalle Regioni del Nord e Sud (156,3 e 152,3 euro *pro capite* rispettivamente). Il Nord, invece, presenta il maggiore incremento in termini di spesa rispetto all'anno precedente (+9,1%), mentre al Centro e al Sud la crescita è leggermente più contenuta (+8,1% e +8,3% rispettivamente).

Da un'analisi della relazione tra costo medio e consumi erogati in regime di assistenza convenzionata (Tabella e Figura 1.3.5) emerge che Basilicata, Campania, Puglia, Lazio e Calabria sono le Regioni che evidenziano un consumo e un costo medio DDD superiori alla media nazionale, all'opposto di Valle d'Aosta, Veneto, Piemonte, Toscana, PA di Trento,

Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e PA di Bolzano. Lombardia, Abruzzo e Umbria evidenziano invece valori di DDD/1000 abitanti *die* in linea con quello medio dell'Italia, ma mentre nelle prime due il costo medio DDD è più elevato rispetto alla media nazionale (+17% e +7% rispettivamente), l'Umbria registra una differenza del -11%.

Le principali componenti della variazione della spesa farmaceutica convenzionata lorda prezzi al pubblico (es. effetto quantità, prezzi e mix) (Figura 1.3.3 e Tabella 1.3.6) evidenziano, rispetto all'anno precedente, un incremento della spesa (+5,0%), dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità più costose (effetto mix: +4,7%), mentre sia i consumi (+0,7% in termini di DDD) che i prezzi (-0,4%) rimangono stabili rispetto al 2024. Nel 2025 è stata inoltre registrata, rispetto all'anno precedente, una crescita del costo medio DDD (+4,3%).

Nella Tabella 1.3.7 sono presentati i dati relativi alla spesa territoriale dei farmaci di fascia A, inclusiva della spesa convenzionata, della distribuzione diretta e per conto, oltre che della spesa privata relativa ai farmaci di fascia A, C e di automedicazione. A fronte di 381,2 euro *pro capite* registrati a livello nazionale, le Regioni del Sud presentano la spesa territoriale totale più elevata, pari a 401,3 euro, e superiore alla media italiana del 5,3%, dovuta al maggior valore della spesa pubblica (249,0 vs 224,8 euro; +10,8% rispetto alla media), mentre osservano la minor spesa privata rispetto al resto del Paese (152,3 euro vs 156,4 euro *pro capite*; -2,6%; Tabella e Figura 1.37). Al contrario le Regioni del Nord registrano una spesa territoriale totale inferiore alla media nazionale del 4,4%, attestandosi a 364,3 euro *pro capite*. Tale scostamento è dovuto principalmente alla componente della spesa pubblica, inferiore del 7,5% rispetto alla media complessiva, mentre la spesa privata risulta in linea con il valore nazionale.

Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci

Tabella 1.3.1 Spesa farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto 2019-2025

	2019 (milioni)	2020 (milioni)	2021 (milioni)	2022 (milioni)	2023 (milioni)	2024 (milioni)	2025 (milioni)	Δ % 20-19	Δ % 21-20	Δ % 22-21	Δ % 23-22	Δ % 24-23	Δ % 25-24
1 Spesa convenzionata lorda	10.089	9.820	9.772	9.881	9.872	9.735	10.064	-2,7	-0,5	1,1	-0,1	-1,4	3,4
2 Compartecipazione del cittadino	1.582	1.487	1.481	1.501	1.481	1.502	1.524	-6,0	-0,4	1,4	-1,3	1,4	1,5
3 Ticket fisso	459	409	398	417	424	441	481	-10,9	-2,7	4,8	1,7	4,0	9,0
4 Quota prezzo di riferimento	1.123	1.078	1.083	1.084	1.057	1.061	1.044	-4,0	0,4	0,1	-2,5	0,4	-1,6
5 Sconto [^]	743	717	709	704	690	273	198	-3,4	-1,2	-0,7	-2,0	-60,5	-27,6
6=1-2-5 Spesa convenzionata netta	7.764	7.616	7.583	7.675	7.701	7.960	8.342	-1,9	-0,4	1,2	0,3	3,4	4,8
7 Distribuzione diretta di fascia A [°]	2.541	2.205	2.181	2.540	2.793	2.973	3.094	-13,2	-1,1	16,5	10,0	6,4	4,1
8 Distribuzione per conto di Fascia A	1.939	2.055	2.114	2.400	2.504	2.843	2.817	6,0	2,9	13,5	4,4	13,5	-0,9
9=6+7+8 Spesa territoriale pubblica	12.244	11.875	11.878	12.615	12.998	13.776	14.253	-3,0	0,0	6,2	3,0	6,0	3,5
10 Compartecipazione del cittadino*	1.582	1.487	1.481	1.501	1.481	1.502	1.524	-6,0	-0,4	1,4	-1,3	1,4	1,5
11 Acquisto privato di fascia A	1.544	1.528	1.644	1.908	1.410	1.486	1.727	-1,1	7,6	16,1	-26,1	5,4	16,2
12 Classe C con ricetta	3.066	3.269	3.466	3.523	3.839	3.652	3.924	6,6	6	1,6	9,0	-4,9	7,4
13 Automedicazione (SOP e OTC)	2.392	2.134	2.337	2.661	2.941	2.992	3.187	-10,8	9,5	13,9	10,5	1,7	6,5
14 Esercizi commerciali	259	250	287	326	368	364	384	-3,7	14,9	13,7	12,7	-1,1	5,5
15=10+11+12+13+14 Totale spesa privata	8.843	8.668	9.215	9.919	10.039	9.996	10.747	-2,0	6,3	7,6	1,2	-0,4	7,5
16=9+15 Totale spesa farmaceutica	21.087	20.543	21.093	22.535	23.037	23.772	24.999	-2,6	2,7	6,8	2,2	3,2	5,2
9/16 Quota a carico SSN (%)	58,1	57,8	56,3	56,0	56,4	58,0	57,0						

[^] comprendente lo sconto per fasce di prezzo posto a carico delle farmacie (Legge 662/1996), l'extra-sconto da Determinazione AIFA 15 giugno 2012 e da art. 15, comma 2 della L. 135/2012 per i primi due mesi dell'anno 2024 in base a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2024 (comma 228, art. 1, Legge 30 dicembre 2023, n.213). Gli sconti a carico dell'industria sono calcolati per l'intero anno (sconto da Det. AIFA 30/12/05 e il *payback* sulla convenzionata da art. 11, comma 6, della L. 122/2010 (*payback* 1,83%), temporaneamente modificato dalla L. 135/2012); per il 2025 comprende lo Sconto Det. AIFA 30/12/05, *payback* dell'1,83% e le rettifiche regionali. * comprensivo del ticket fisso e della quota di compartecipazione rispetto al prezzo di riferimento; [°] 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 non è stata applicata nel 2024 ad alcuna Regione.

Fonte: spesa convenzionata lorda proveniente da Agenzia Italiana del Farmaco DCR (Distinte Contabili Riepilogative) e spesa privata proveniente da elaborazione OsMed su dati NSIS. Acquisto privato di fascia A per gli anni 2023-2025: Analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Figura 1.3.1 Composizione della spesa farmaceutica territoriale: confronto 2014-2025

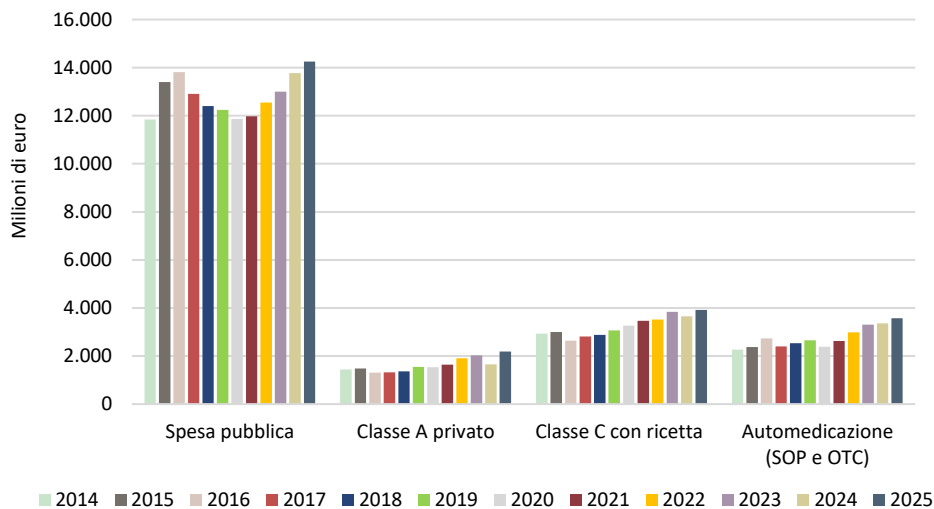


Figura 1.3.2 Andamento temporale (2018-2025) dell'incidenza della compartecipazione totale, del ticket fisso e della quota prezzo di riferimento sulla spesa lorda convenzionata

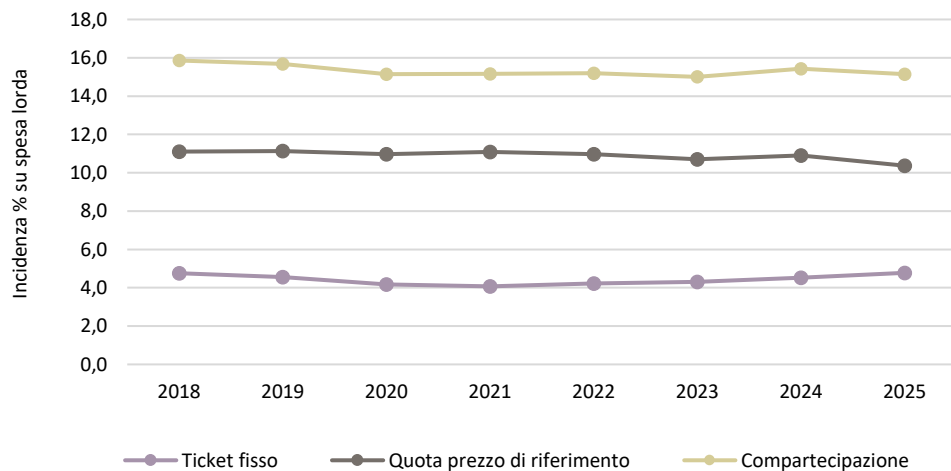


Tabella 1.3.2 Consumi per assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto 2019-2025

	2019 (milioni) [^]	2020 (milioni) [^]	2021 (milioni) [^]	2022 (milioni) [^]	2023 (milioni) [^]	2024 (milioni) [^]	2025 (milioni) [^]	Δ % 20-19	Δ % 21-20	Δ % 22-21	Δ % 23-22	Δ % 24-23	Δ % 25-24
1 Convenzionata	1.083	1.034	1.029	1.039	1.035	1.041	1.037	-4,6	-0,4	1,0	-0,4	0,5	-0,4
2 Classe A privato*	190	215	227	232	208	215	218	13,3	5,3	2,1	-10,3	3,3	1,7
3 Distribuzione diretta di fascia A	64	50	44	41,2	45,8	45,7	43,7	-22,9	-12,0	-6,4	11,2	-0,3	-4,4
4 Distribuzione per conto di fascia A	47	52	55	58	61	69	67	8,7	7,1	5,1	5,7	13,3	-3,8
5=1+2+3+4 Totale confezioni classe A	1.385	1.350	1.355	1.370	1.350	1.370	1.366	-2,5	0,4	1,1	-1,4	1,5	-0,3
6 Classe C con ricetta	234	243	244	248	248	241	240	4,1	0,4	1,6	-0,2	-2,6	-0,5
7 Automedicazione (SOP e OTC)	242	248	215	256	269	252	250	2,2	-13,4	19,3	5,0	-6,4	-0,8
8 Esercizi commerciali	28	27	28	32	33	30	29	-1,9	2,0	13,4	4,6	-9,2	-2,5
9=6+7+8 Totale confezioni classe C	504	519	487	536	550	523	519	2,9	-6,1	10,1	2,6	-4,9	-0,8
10=5+9 Totale confezioni	1.889	1.869	1.842	1.906	1.900	1.893	1.885	-1,1	-1,4	3,5	-0,3	-0,3	-0,5
DDD/1000 ab <i>die</i> [#]	1.143,9	1.098,4	1.130,8	1.140,6	1.128,1	1.136,7	1.148,2	-4,0	2,9	0,9	-1,1	0,8	1,0
Costo medio DDD [#]	0,40	0,41	0,40	0,40	0,40	0,41	0,42	0,9	-2,6	0,7	-0,4	2,1	4,3
Ricette [#]	570	541	552	564	567	576	576	-5,2	2,2	2,2	0,6	1,5	0,0

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

* il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata attraverso i dati della Tracciabilità del Farmaco) e la spesa sostenuta a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed). Per gli anni 2023-2025: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

[#] relative al consumo di medicinali di fascia A erogati in regime di assistenza convenzionata derivante dal flusso OsMed

Tabella 1.3.3 Spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata nel 2025

Regione	Spesa lorda convenzionata* (milioni)	Compartecipazione				Sconto^ (milioni)	Spesa netta^^ (milioni)
		Ticket fisso (milioni)	Δ % 25-24	Prezzo di riferimento (milioni)	Δ % 25-24		
Piemonte	645,3	0,6	6,9	55,8	-4,2	12,5	576,4
Valle d'Aosta	17,8	1,4	-6,7	1,6	-0,5	0,3	14,4
Lombardia	1.894,7	142,1	3,3	138,1	-0,5	39,4	1.575,2
PA Bolzano	61,8	5,0	3,0	6,2	-0,4	1,2	49,4
PA Trento	80,1	0,2	12,9	6,9	-1,1	1,5	71,6
Veneto	676,7	61,2	0,0	66,9	-1,9	12,6	536,1
Friuli VG	189,9	0,0	-	17,4	-1,3	3,5	168,9
Liguria	243,1	21,3	2,0	23,7	-2,0	4,6	193,4
Emilia R.	615,8	32,4	>100	63,8	-3,5	11,0	508,7
Toscana	530,6	0,4	7,4	49,0	-2,8	9,9	471,3
Umbria	138,5	0,1	6,6	15,9	-1,4	2,5	120,0
Marche	265,6	0,2	25,7	29,0	-0,4	4,9	231,5
Lazio	1.018,6	17,0	-4,1	136,7	-2,3	19,4	845,6
Abruzzo	240,8	6,1	-4,4	26,4	-1,9	4,7	203,6
Molise	57,2	3,0	3,2	6,7	1,6	1,3	46,1
Campania	1.049,8	80,5	1,5	127,6	-0,9	20,3	821,5
Puglia	732,8	44,8	0,8	82,2	0,1	14,1	591,7
Basilicata	108,2	0,1	4,1	13,0	0,5	2,2	92,9
Calabria	368,0	14,1	1,0	43,3	-1,2	6,8	303,8
Sicilia	832,9	50,2	3,7	105,6	-2,0	15,9	661,2
Sardegna	295,7	0,2	0,3	27,8	-1,3	9,1	258,5
Italia	10.063,9	480,8	9,0	1.043,7	-1,6	197,6	8.341,8
Nord	4.425,3	264,2	16,3	380,4	-2,0	86,5	3.694,2
Centro	1.953,3	17,6	-3,6	230,6	-2,1	36,7	1.668,3
Sud e Isole	3.685,3	199,0	1,7	432,7	-1,0	74,4	2.979,3

^ comprende lo Sconto Det. AIFA 30/12/05, *payback* dell'1,83% e le rettifiche regionali.

^^ la spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda convenzionata lo sconto e la compartecipazione a carico dei cittadini.

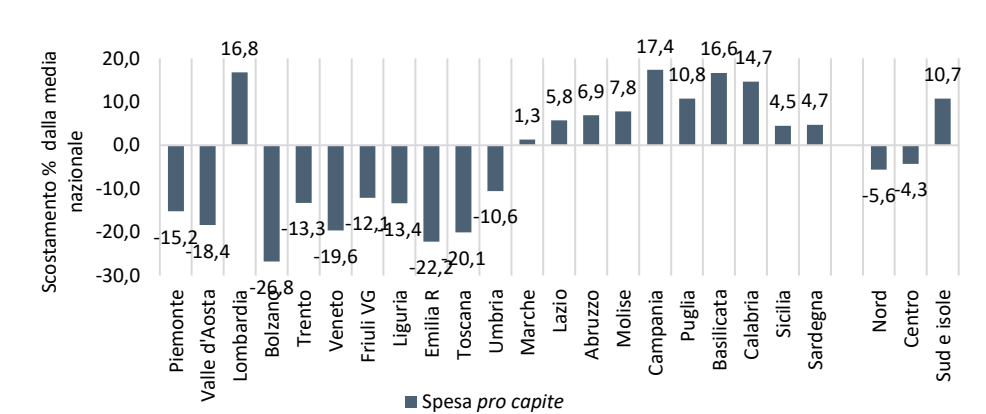
Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco DCR (Distinte Contabili Riepilogative)

I dati contenuti nelle successive tabelle sono calcolati al netto dell'ossigeno

Tabella 1.3.4 Variabilità regionale della spesa e dei consumi farmaceutici dispensati attraverso le farmacie territoriali, pubbliche e private: anno 2025 (Tabella e Figura)

Regione	Fascia A rimborsata dal SSN					Acquisto privato di classe A, C, SOP e OTC	
	Spesa lorda A-SSN^	Spesa lorda pro capite pesata	Δ % 25-24	DDD 1000 ab die	Δ % 25-24	Spesa pro capite	Δ % 25-24
Piemonte	662,9	150,3	4,9	1.075,5	1,4	149,6	7,7
Valle d'Aosta	18,2	144,6	5,5	1.001,3	3,7	172,7	7,6
Lombardia	2.045,7	207,0	8,5	1.148,4	2,2	168,1	12,4
PA Bolzano	64,9	129,7	7,1	915,5	3,0		
PA Trento	82,5	153,7	4,2	1.140,4	3,4	133,0	3,9
Veneto	696,5	142,4	4,4	1.016,6	0,9	147,7	5,9
Friuli VG	195,6	155,8	5,5	1.137,3	2,3	127,8	11,9
Liguria	250,2	153,5	2,4	987,7	-0,5	190,4	5,1
Emilia R.	617,8	137,8	1,7	1.105,8	-2,9	145,5	7,9
Toscana	537,7	141,6	2,6	1.062,3	0,0	155,5	3,2
Umbria	141,0	158,5	3,0	1.148,7	0,2	155,7	7,3
Marche	274,2	179,5	5,2	1.187,5	2,4	149,9	5,1
Lazio	1.059,7	187,4	3,0	1.160,8	0,1	172,6	11,5
Abruzzo	246,1	189,4	3,8	1.150,8	-1,2	137,8	7,4
Molise	57,2	191,0	7,3	1.264,3	3,4	114,4	5,1
Campania	1.086,2	208,0	4,5	1.266,0	0,3	185,4	6,8
Puglia	759,7	196,3	4,8	1.262,5	2,0	132,7	8,1
Basilicata	111,7	206,7	3,8	1.246,3	-2,5	108,8	8,3
Calabria	367,8	203,2	6,2	1.222,6	1,3	145,4	8,0
Sicilia	863,0	185,1	5,6	1.216,2	3,4	152,2	13,1
Sardegna	307,1	185,5	4,2	1.245,8	2,5	141,1	8,4
Italia	10.445,8	177,2	5,0	1.148,2	1,0	156,4	8,6
Nord	4.634,3	167,2	5,8	1.091,7	0,9	156,3	9,1
Centro	2.012,7	169,6	3,2	1.131,8	0,4	163,4	8,1
Sud e Isole	3.798,9	196,2	4,9	1.239,2	1,5	152,3	8,3

Importi in milioni di euro. ^ spesa lorda di fascia A al netto dell'ossigeno comprensiva della spesa per i vaccini, calcolata sul flusso OsMed (lordo farmaci prezzo al pubblico).



Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci

Tabella 1.3.5 Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime di assistenza convenzionata 2025 per quantità, costo medio per giornata di terapia e spesa (scostamenti % dalla media nazionale) (Tabella e Figura)

Regione	Scostamento % dalla media nazionale			Rango spesa 2025
	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa lorda <i>pro capite</i> [^]	
Campania	10	6	17	1
Lombardia	0	17	17	2
Basilicata	9	7	16	3
Calabria	6	8	15	4
Puglia	10	1	11	5
Molise	10	-2	8	6
Abruzzo	0	7	7	7
Lazio	1	5	6	8
Sardegna	8	-4	5	9
Sicilia	6	-1	4	10
Marche	3	-2	1	11
Umbria	0	-11	-11	12
Friuli-Venezia Giulia	-1	-11	-12	13
PA Trento	-1	-13	-13	14
Liguria	-14	1	-13	15
Piemonte	-6	-10	-15	16
Valle d'Aosta	-13	-6	-18	17
Veneto	-12	-9	-20	18
Toscana	-8	-14	-20	19
Emilia-Romagna	-4	-19	-22	20
PA Bolzano	-20	-8	-27	21
Nord	-5	-1	-6	0
Centro	-1	-3	-4	0
Sud e Isole	8	3	11	0

[^] la spesa lorda è calcolata sul flusso OsMed (lorido farmaci prezzo al pubblico)

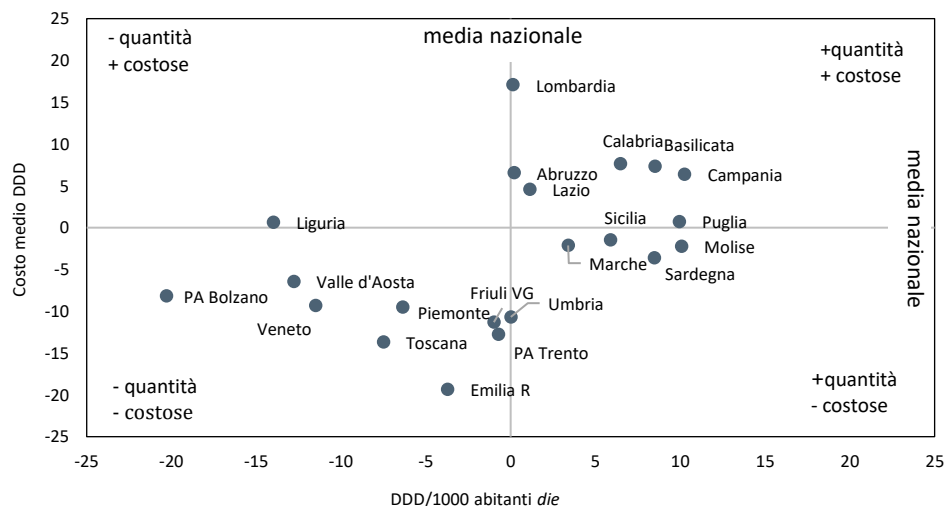


Figura 1.3.3 Andamento della spesa farmaceutica in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2010-2025 per i farmaci di classe A-SSN: effetto consumi, prezzi e mix

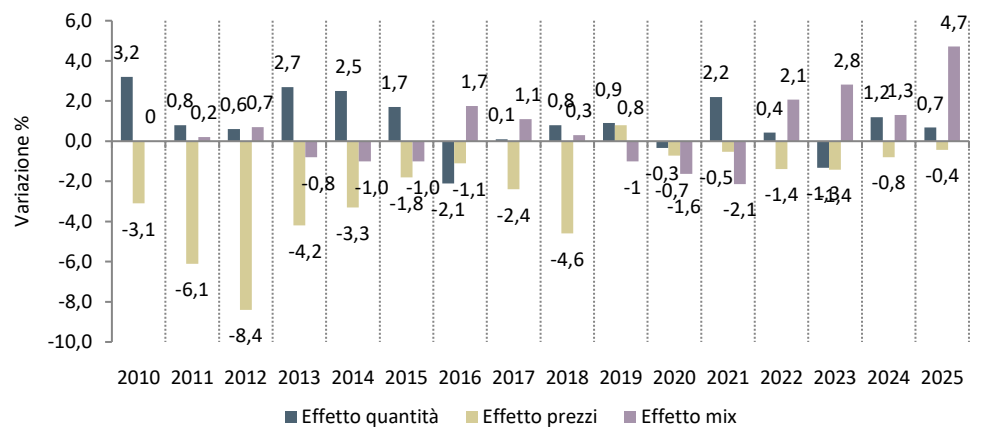


Tabella 1.3.6 Effetto consumi, prezzi e “mix” sulla variazione della spesa farmaceutica in regime di assistenza convenzionata regionale di classe A-SSN: confronto 2025-2024

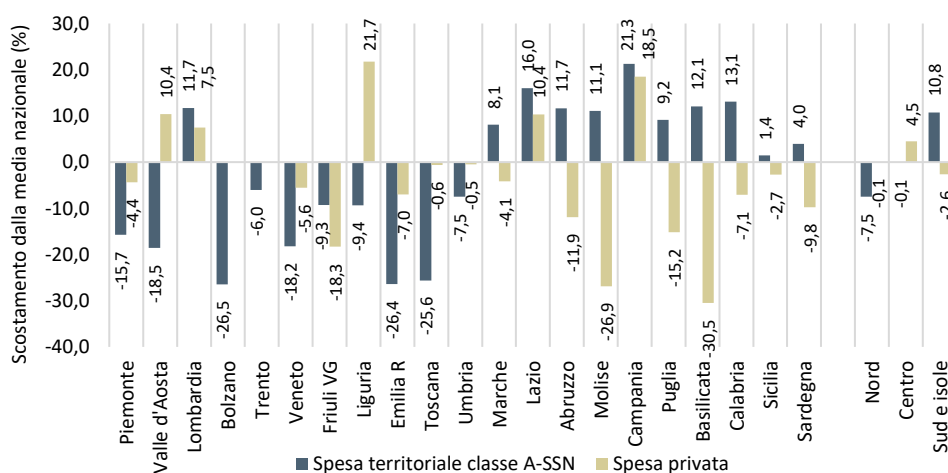
Regione	Spesa lorda 2025 (milioni) [^]	Δ % 2025-2024			Costo medio DDD 2025	Δ % costo medio DDD
		spesa	DDD	prezzi		
Piemonte	662,9	4,9	0,8	-0,5	0,38	4,0
Valle d'Aosta	18,2	5,5	3,2	-1,4	0,40	2,2
Lombardia	2.045,7	8,5	2,0	-0,5	0,49	6,4
PA Bolzano	64,9	7,1	3,2	-0,8	0,39	3,9
PA Trento	82,5	4,2	3,4	-0,7	0,37	0,7
Veneto	696,5	4,4	0,7	-0,5	0,38	3,6
Friuli VG	195,6	5,5	1,7	-0,6	0,38	3,7
Liguria	250,2	2,4	-1,2	-0,6	0,43	3,7
Emilia R.	617,8	1,7	-3,2	-0,4	0,34	5,1
Toscana	537,7	2,6	-0,5	-0,5	0,37	3,1
Umbria	141,0	3,0	-0,4	-0,5	0,38	3,4
Marche	274,2	5,2	1,9	-0,7	0,41	3,2
Lazio	1.059,7	3,0	-0,2	-0,5	0,44	3,2
Abruzzo	246,1	3,8	-1,4	-0,5	0,45	5,3
Molise	57,2	7,3	2,8	-0,8	0,41	4,4
Campania	1.086,2	4,5	0,1	-0,4	0,45	4,4
Puglia	759,7	4,8	1,7	-0,5	0,43	3,0
Basilicata	111,7	3,8	-3,1	-0,6	0,45	7,2
Calabria	367,8	6,2	1,0	-0,4	0,46	5,1
Sicilia	863,0	5,6	3,0	-0,5	0,42	2,5
Sardegna	307,1	4,2	2,1	-0,5	0,41	2,0
Italia	10.445,8	5,0	0,7	-0,4	0,42	4,3
Nord	4634,3	5,8	0,6	-0,5	0,42	5,2
Centro	2012,7	3,2	0,0	-0,5	0,41	3,2
Sud e Isole	3798,9	4,9	1,2	-0,4	0,43	3,7

[^]la spesa lorda è calcolata sul flusso OsMed (lordo farmaci prezzo al pubblico) ed è al netto della fascia C rimborsata, dei vaccini e dell'ossigeno

Tabella 1.3.7 Spesa farmaceutica *pro capite* territoriale (pubblica e privata) 2025 (popolazione pesata) (Tabella). Scostamento % dalla media nazionale (Figura)

Regione	Spesa territoriale [^] classe A-SSN <i>pro capite</i> (A)	Spesa privata <i>pro capite</i> (A, C, SOP e OTC) (B)	Spesa territoriale totale <i>pro capite</i> (C=A+B)
Piemonte	189,4	149,6	339,0
Valle d'Aosta	183,1	172,7	355,8
Lombardia	251,1	168,1	419,2
PA Bolzano	165,3		
PA Trento	211,2	133,0	322,0
Veneto	183,9	147,7	331,6
Friuli VG	204,0	127,8	331,8
Liguria	203,7	190,4	394,1
Emilia R.	165,4	145,5	310,9
Toscana	167,2	155,5	322,7
Umbria	208,0	155,7	363,7
Marche	243,0	149,9	392,9
Lazio	260,8	172,6	433,4
Abruzzo	251,0	137,8	388,8
Molise	249,7	114,4	364,1
Campania	272,6	185,4	458,0
Puglia	245,4	132,7	378,1
Basilicata	251,9	108,8	360,7
Calabria	254,2	145,4	399,6
Sicilia	228,0	152,2	380,2
Sardegna	233,7	141,1	374,8
Italia	224,8	156,4	381,2
Nord	208,0	156,3	364,3
Centro	224,6	163,4	388,0
Sud e Isole	249,0	152,3	401,3

[^] spesa calcolata a partire dal lordo farmaci prezzo al pubblico di fascia A (flusso OsMed), al netto della fascia C rimborsata, a cui è stata aggiunta la spesa per la distribuzione diretta e per conto di fascia A. Non è inclusiva dell'ossigeno e dei vaccini.



1.4 Acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche

Nel 2025 la spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distribuzione diretta e per conto) è risultata pari a 18,9 miliardi di euro (320,67 euro *pro capite*) (Tabella 1.4.1) e ha registrato un incremento del 6,2% rispetto all'anno precedente, più contenuta di quella registrata nel 2024 (+10,0%). Si osserva, poi, una lieve riduzione dei consumi (-0,8%; 203,6 DDD/1000 abitanti *die*) e un aumento del costo medio per DDD del 7,4%. Occorre sottolineare che la valutazione dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche in termini di DDD, pur consentendo un'utile parametrizzazione nei diversi livelli di aggregazione spaziale e temporale, non rappresenta l'effettiva dose di farmaco somministrata al paziente. Tale considerazione, valida anche nei casi in cui la DDD venga utilizzata per parametrare il consumo territoriale di farmaci (es. nella popolazione pediatrica), diventa ancor più rilevante nel contesto ospedaliero, dove la dose di un medicinale può essere notevolmente variabile in funzione delle esigenze assistenziali del paziente. Anche quest'anno le Regioni del Sud si confermano quelle con la spesa *pro capite* più elevata (340,31 euro) e i consumi più bassi (183,8 DDD). Pertanto, la maggiore spesa è attribuibile principalmente al costo medio DDD più alto (5,1 euro) rispetto al Nord (3,8 euro) e al Centro (4,5 euro). Analizzando l'andamento 2018-2025 si nota come la crescita media annua (CAGR) della spesa complessiva sia stata del 6,6%, mentre il tasso di crescita medio annuo dei consumi sia stato del 3,2% e quello del costo medio annuo del 3,6% (Figure 1.4.1, 1.4.2 e 1.4.3). L'analisi degli indicatori per fascia di rimborsabilità evidenzia un aumento medio annuo della spesa per i farmaci di fascia A del 5,5%, attribuibile soprattutto all'incremento dei consumi (CAGR 2018-2025: +4,2%) a fronte di una crescita più contenuta del costo medio (+1,5%). Dinamiche analoghe, seppur con variazioni più marcate, si registrano per i farmaci di fascia H (spesa: +7,1%; consumi: +6,2%; costo medio: +1,6%). Al contrario, il *trend* della spesa dei farmaci di fascia C (CAGR% 2018-2025: +7,8%) è guidato quasi interamente dall'aumento del costo medio per DDD (CAGR% 2018-2025: +8,6%), mentre i consumi sono rimasti stabili. Dall'analisi della relazione tra costo medio per DDD e acquisti dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche (Tabella e Figura 1.4.2), così come lo scorso anno, si rileva che nessuna Regione consuma meno quantità a un minor costo rispetto alla media nazionale. Lombardia, Abruzzo, Puglia, Lazio, Calabria, Basilicata, Molise, Campania e Sicilia registrano minori consumi, ma con un costo medio per DDD superiore alla media nazionale, mentre Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Marche, Veneto, Toscana, Umbria, Liguria, Piemonte, PA di Bolzano e di Trento consumano maggiori quantità ma con un costo medio per DDD minore. La Sardegna è l'unica Regione che registra maggiori consumi con un costo medio per DDD più elevato della media nazionale. La Tabella 1.4.3 analizza le componenti che hanno concorso alla variazione della spesa per gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Nel 2025, la spesa ha fatto registrare, a livello nazionale, un aumento del 6,2%, determinato da uno spostamento verso molecole più costose (effetto mix: +12,9%) controbilanciato da una riduzione sia dei consumi (-1,2%) che dei prezzi (-4,8%). Aumenta il costo medio per DDD del 7,4%, con le maggiori variazioni registrate nelle Marche (+15,8%), in Sardegna (+12,9%), in Calabria (+10,3%) e nel Lazio (+10,3%).

Tabella 1.4.1 Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024 (popolazione pesata) (Tabella e Figura)

Regione	Spesa SSN (milioni) [^]	Spesa SSN pro capite		DDD/1000 abitanti die		Costo medio DDD	
		€	Δ % 25-24	N.	Δ % 25-24	€	Δ % 25-24
Piemonte	1.330,7	301,84	1,5	244,6	-5,5	3,4	7,7
Valle d'Aosta	32,6	259,31	4,8	226,6	0,7	3,1	4,4
Lombardia	2.792,2	282,49	8,3	129,3	1,7	6,0	6,8
PA Bolzano	155,7	311,31	2,7	232,8	-2,8	3,7	6,0
PA Trento	146,1	272,27	6,8	224,4	3,9	3,3	3,1
Veneto	1.459,6	298,45	3,7	242,7	-2,5	3,4	6,6
Friuli VG	410,9	327,41	3,2	237,2	-0,3	3,8	3,8
Liguria	541,2	332,00	6,5	250,7	2,2	3,6	4,5
Emilia R.	1.560,2	347,99	5,4	342,5	1,5	2,8	4,0
Toscana	1.227,6	323,31	5,1	242,0	1,1	3,7	4,3
Umbria	292,8	329,06	5,7	254,9	1,9	3,5	4,1
Marche	521,6	341,52	6,0	231,3	-8,1	4,0	15,8
Lazio	1.841,9	325,68	8,0	157,7	-1,8	5,7	10,3
Abruzzo	439,6	338,39	4,3	171,2	-1,3	5,4	6,0
Molise	92,6	308,83	5,1	172,7	1,7	4,9	3,6
Campania	1.977,8	378,69	5,8	200,6	-3,4	5,2	9,7
Puglia	1.299,6	335,87	7,7	181,1	4,0	5,1	3,9
Basilicata	174,2	322,24	6,5	170,3	0,6	5,2	6,2
Calabria	605,7	334,60	5,3	154,2	-4,3	5,9	10,3
Sicilia	1.410,7	302,57	8,2	176,6	-0,1	4,7	8,6
Sardegna	588,1	355,28	12,2	206,6	-0,3	4,7	12,9
Italia	18.901,3	320,67	6,2	203,6	-0,8	4,3	7,4
Nord	8.429,2	304,14	5,3	218,3	-0,6	3,8	6,3
Centro	3.883,9	327,21	6,6	201,4	-1,4	4,5	8,4
Sud e Isole	6.588,3	340,31	7,1	183,8	-0,7	5,1	8,2

[^] spesa per farmaci di ogni fascia di rimborsabilità e comprensiva dei vaccini e al netto dell'ossigeno

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

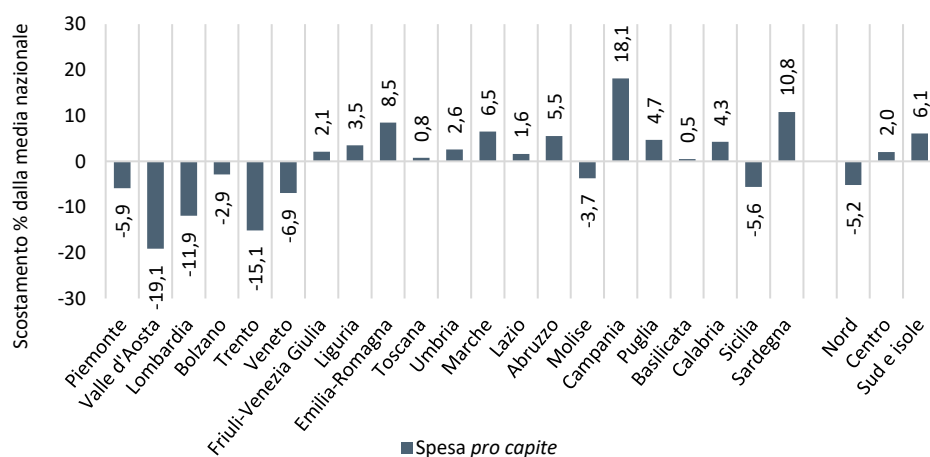


Figura 1.4.1 Andamento della spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per classe di rimborsabilità: 2018-2025

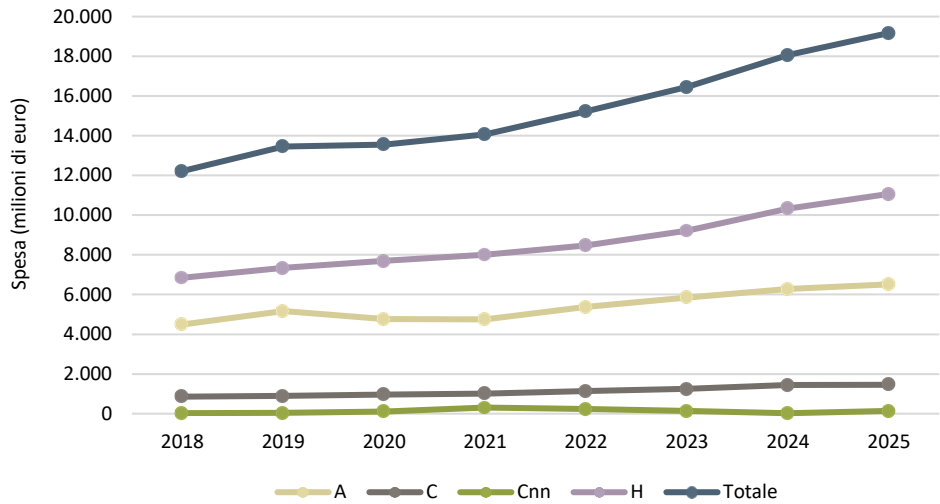


Figura 1.4.2 Andamento dei consumi (DDD/1000 abitanti *die*) dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per classe di rimborsabilità: 2018-2025

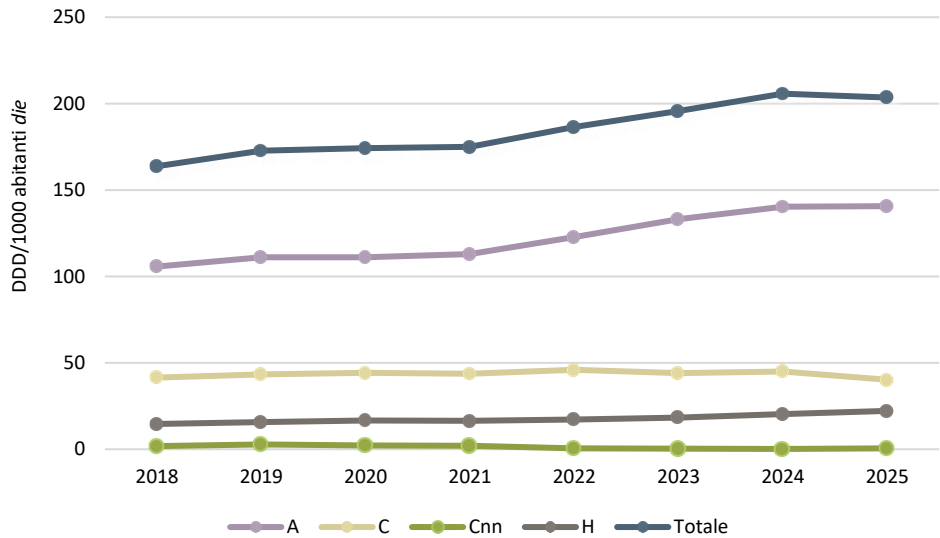


Figura 1.4.3 Andamento del costo medio per giornata di terapia dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per classe di rimborsabilità: 2018-2025

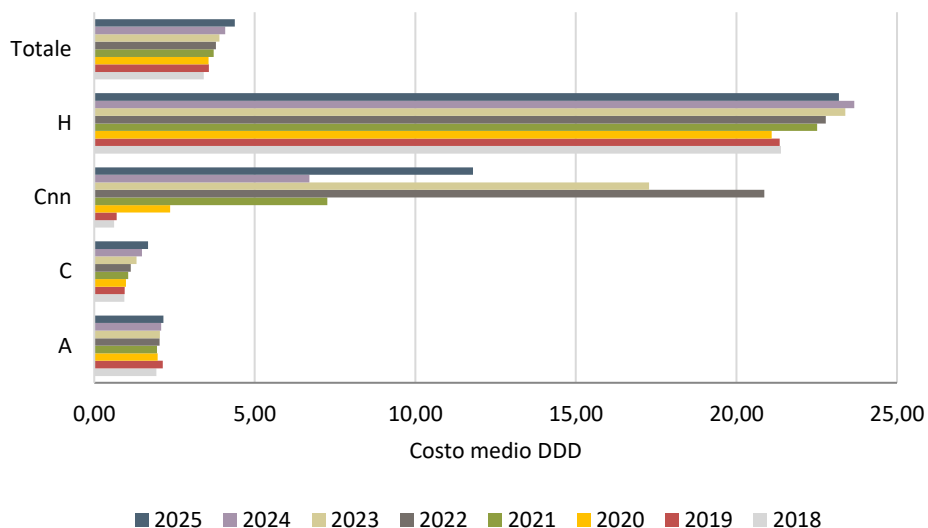


Tabella 1.4.2 Variabilità regionale dei consumi 2025 dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per quantità, costo medio per giornata di terapia e spesa (scostamenti % dalla media nazionale) (Tabella e Figura)

Regione	Scostamento % dalla media nazionale			Rango spesa 2025
	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD	Spesa lorda pro capite	
Campania	-1	20	18	1
Sardegna	2	9	11	2
Emilia-Romagna	68	-36	9	3
Marche	14	-6	7	4
Abruzzo	-16	26	6	5
Puglia	-11	18	5	6
Calabria	-24	38	4	7
Liguria	23	-16	4	8
Umbria	25	-18	3	9
Friuli-Venezia Giulia	17	-12	2	10
Lazio	-23	31	2	11
Toscana	19	-15	1	12
Basilicata	-16	20	0	13
PA Bolzano	14	-15	-3	14
Molise	-15	14	-4	15
Sicilia	-13	9	-6	16
Piemonte	20	-22	-6	17
Veneto	19	-22	-7	18
Lombardia	-36	39	-12	19
PA Trento	10	-23	-15	20
Valle d'Aosta	11	-27	-19	21
Nord	7	-12	-5	
Centro	-1	3	2	
Sud e Isole	-10	18	6	

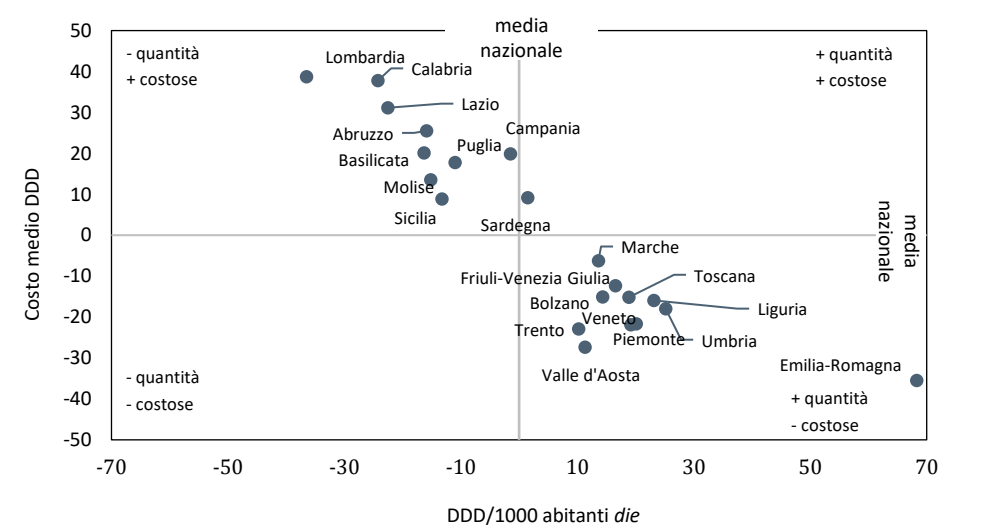


Tabella 1.4.3 Effetto consumi, prezzi e mix sulla variazione della spesa per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

Regione	Spesa lorda 2025 (milioni)	Δ % 2025-2024				Costo medio DDD 2025	Δ % 25-24
		spesa	DDD	prezzi	mix		
Piemonte	1.330,7	1,3	-7,3	-5,0	15,0	3,4	7,7
Valle d'Aosta	32,6	4,4	0,2	-10,5	16,4	3,1	4,4
Lombardia	2.792,2	8,6	2,6	-4,8	11,1	6,0	6,8
PA Bolzano	155,7	3,1	-2,8	-8,8	16,3	3,7	6,0
PA Trento	146,1	7,1	3,9	-9,8	14,3	3,3	3,1
Veneto	1.459,6	3,8	-2,7	-5,3	12,6	3,4	6,6
Friuli VG	410,9	2,9	-0,9	-7,9	12,7	3,8	3,8
Liguria	541,2	6,3	1,6	-6,9	12,3	3,6	4,5
Emilia R.	1.560,2	5,4	0,9	-6,0	11,1	2,8	4,0
Toscana	1.227,6	4,9	0,6	-7,8	13,1	3,7	4,3
Umbria	292,8	5,4	1,4	-6,9	11,2	3,5	4,1
Marche	521,6	5,9	-8,5	-6,3	23,7	4,0	15,8
Lazio	1.841,9	7,9	-2,1	-7,4	19,1	5,7	10,3
Abruzzo	439,6	4,2	-1,5	-7,6	14,6	5,4	6,0
Molise	92,6	4,8	0,5	-11,5	17,9	4,9	3,6
Campania	1.977,8	5,8	-3,5	-5,9	16,6	5,2	9,7
Puglia	1.299,6	7,7	3,3	-6,9	12,0	5,1	3,9
Basilicata	174,2	6,1	0,1	-7,3	14,4	5,2	6,2
Calabria	605,7	5,4	-4,5	-7,8	19,6	5,9	10,3
Sicilia	1.410,7	8,2	-0,4	-6,5	16,2	4,7	8,6
Sardegna	588,1	12,1	-0,8	-9,1	24,1	4,7	12,9
Italia	18.901,3	6,2	-1,2	-4,8	12,9	4,3	7,4
Nord	8.429,2	5,4	-1,0	-4,9	11,9	3,8	6,3
Centro	3.883,9	6,5	-1,8	-6,7	16,2	4,5	8,4
Sud e Isole	6.588,3	7,1	-1,1	-5,2	14,1	5,1	8,2

1.5 Consumo dei farmaci per età e sesso

L'utilizzo dei farmaci nella popolazione può dipendere da diversi fattori, incluse le caratteristiche socio-demografiche e i profili epidemiologici delle popolazioni, i diversi contesti assistenziali e le attitudini prescrittive dei medici. L'obiettivo di questa sezione è quello di fornire, nell'ambito dell'assistenza convenzionata e della distribuzione per conto, una descrizione del consumo e della spesa, nonché della prevalenza d'uso dei farmaci per età e sesso nella popolazione generale. Le analisi sono state condotte utilizzando il flusso informativo delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN (Tessera Sanitaria), che comprende le ricette erogate attraverso le farmacie pubbliche e private relative a tutta la popolazione italiana.

Complessivamente, nel 2025, il 66,9% degli assistiti ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci, con una spesa *pro capite* di 221,86 euro e un consumo di 1.202,9 DDD/1000 abitanti *die* (questo indica che in media ogni cittadino italiano ha ricevuto poco più di una dose di farmaco ogni giorno dell'anno) (Tabelle 1.5.1 e 1.5.2).

Vi è una lieve differenza di esposizione ai farmaci tra i due sessi, con una prevalenza che raggiunge il 62,6% nei maschi e il 71,1% nelle femmine mentre, per quanto riguarda consumo e spesa, si registrano valori di 1.151,6 DDD nei maschi e 1.252,1 nelle femmine, nonché 222,39 euro *pro capite* nei maschi e 221,86 nelle femmine (Tabelle 1.5.1 e 1.5.3 e Figura 1.5.1).

Come atteso, l'andamento della spesa e del consumo risulta crescente con l'età. Nella fascia superiore ai 75 anni la spesa *pro capite* per i medicinali a carico del SSN è oltre 3 volte superiore al valore medio nazionale. Inoltre, per ogni individuo con età maggiore di 64 anni, la spesa farmaceutica è quasi 6 volte maggiore rispetto alla spesa sostenuta per un individuo con età inferiore ai 40 anni (Tabella 1.5.1). Tale andamento è determinato sia dal cambiamento della prevalenza d'uso dei farmaci sia dei consumi; la prevalenza d'uso passa da circa il 50% nei bambini e negli adulti fino ai 49 anni a oltre il 93% nella popolazione anziana con età fino ai 74 anni, per raggiungere il 100% nella popolazione con età superiore agli 84 anni. I consumi non superano le 1000 DDD fino ai 54 anni mentre raggiungono quasi le 4.000 nella popolazione ultraottantenne (Figure 1.5.1 e 1.5.2, Tabella 1.5.1). Questo valore indica che ogni giorno dell'anno una persona in questa fascia di età ha assunto in media almeno quattro dosi di farmaco. La popolazione con più di 64 anni assorbe oltre il 60% della spesa e quasi il 70% delle DDD (Tabella 1.5.1).

Differenze di sesso sono riscontrabili specialmente nella fascia di età tra i 20 e i 59 anni, in cui le femmine mostrano una prevalenza d'uso superiore a quella dei maschi (Figura 1.5.1). Rispetto al 2024, la prevalenza d'uso ha registrato una leggera riduzione a livello nazionale (-1,5%; 67,9 nel 2024 vs 66,77 nel 2025), sebbene le dosi per utilizzatore siano aumentate del 2,2% e conseguentemente anche la spesa per utilizzatore (+6,2%). Relativamente ai due sessi (Tabella 1.5.3), non si evidenziano differenze rilevanti nell'età media degli utilizzatori, che è pari a 52 anni nei maschi e 54 anni nelle femmine, mentre si riscontrano differenze nei consumi, più elevati nei maschi in termini di DDD per utilizzatore (671,7 nei maschi e

643,2 nelle femmine) e in termini di confezioni per utilizzatore (28,4 nei maschi e 26,7 nelle femmine). Tale andamento dei consumi si riflette anche nella spesa sostenuta per ogni utilizzatore, che nella popolazione maschile è 355,40 euro e in quella femminile 311,52 euro (Tabella 1.5.3).

Dall'analisi della distribuzione dei consumi per I livello ATC nelle varie fasce d'età (Figure 1.5.3 e 1.5.4), emerge come sia nei maschi che nelle femmine nella fascia d'età 0-14 anni, i farmaci appartenenti all'ATC A (Apparato gastrointestinale e metabolismo), R (Apparato respiratorio) e J (Antimicrobici per uso sistemico) siano quelli che incidono maggiormente sui consumi totali. Nella fascia 15-24 anni si riduce l'incidenza di questi ATC e cresce la quota di consumo dei farmaci appartenenti all'ATC N (Sistema Nervoso Centrale), in particolar modo nelle femmine. Nelle fasce d'età successive si osserva come l'incidenza dei farmaci dell'apparato cardiovascolare (ATC C) cresca gradualmente, con la percentuale massima del 52% nella popolazione maschile nella fascia d'età 55-64 anni e del 43% in quella femminile nella fascia d'età 75-84 anni. Nei maschi si evidenzia anche un andamento crescente con l'età del consumo dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici. Nelle femmine si evidenzia una percentuale del consumo di questi farmaci dell'11% nella fascia d'età 25-34 anni, che si riduce nelle fasce d'età intermedie e cresce nuovamente in quelle estreme fino ad arrivare circa al 13% nella popolazione con età uguale o superiore agli 85 anni.

Tabella 1.5.1 Distribuzione per età e sesso della spesa e dei consumi territoriali (anno 2025)

Fascia d'età	Spesa lorda <i>pro capite</i>			Spesa totale		DDD/1000 abitanti <i>die</i>			DDD totali	
	M	F	T	%	% cum.	M	F	T	%	% cum.
0-4	22,91	19,63	21,32	0,3	0,3	108,9	100,4	104,8	0,3	0,3
5-9	29,26	25,16	27,27	0,5	0,8	71,2	62,7	67,1	0,2	0,5
10-14	34,12	26,97	30,66	0,6	1,4	76,1	65,9	71,2	0,3	0,8
15-19	39,58	29,23	34,60	0,8	2,2	91,6	99,1	95,2	0,4	1,2
20-24	36,50	38,60	37,50	0,9	3,1	107,8	142,5	124,3	0,5	1,7
25-29	40,14	47,58	43,66	1,0	4,1	126,3	178,3	150,9	0,6	2,4
30-34	46,86	59,30	52,88	1,3	5,4	150,2	216,6	182,4	0,8	3,2
35-39	57,15	77,17	67,02	1,7	7,1	202,5	273,5	237,5	1,1	4,3
40-44	74,86	91,86	83,32	2,3	9,4	297,7	350,9	324,2	1,7	5,9
45-49	101,38	108,66	105,04	3,4	12,8	455,3	484,6	470,0	2,8	8,7
50-54	147,97	149,02	148,50	5,4	18,2	727,2	746,3	736,9	4,9	13,7
55-59	215,35	200,09	207,58	7,7	25,8	1.108,1	1.101,6	1.104,8	7,5	21,2
60-64	319,85	277,53	298,06	10,1	36,0	1.693,1	1.595,1	1.642,7	10,3	31,5
65-69	453,96	376,56	413,53	11,8	47,8	2.432,2	2.226,8	2.324,9	12,3	43,8
70-74	578,76	473,76	522,93	13,0	60,8	3.148,9	2.850,2	2.990,1	13,7	57,5
75-79	712,95	589,11	645,38	14,7	75,5	3.937,3	3.589,5	3.747,5	15,8	73,3
80-84	750,18	614,37	672,05	11,1	86,7	4.184,9	3.776,9	3.950,2	12,1	85,3
85+	830,42	656,66	718,30	13,3	100,0	4.694,5	4.063,9	4.287,6	14,7	100,0
Totale	222,39	221,36	221,86	100,0		1.151,6	1.252,1	1.202,9	100,0	

Figura 1.5.1 Andamento della prevalenza d'uso per età e sesso dei farmaci territoriali (anno 2025)

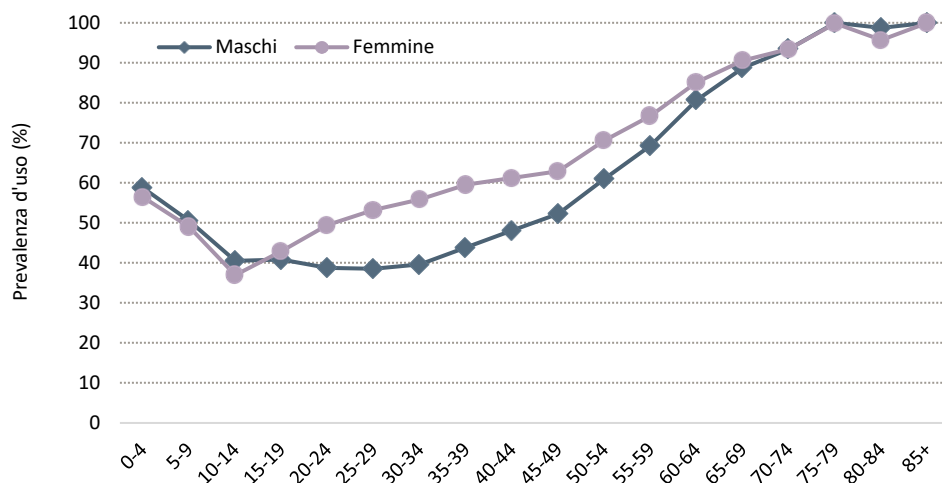


Figura 1.5.2 Andamento delle DDD/1000 abitanti *die* territoriali per età e sesso (anno 2025)

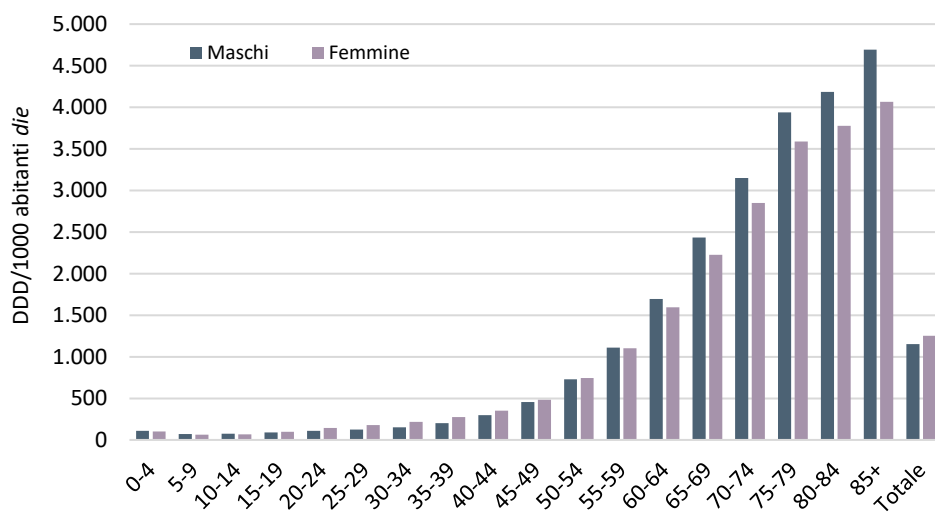


Tabella 1.5.2 Prevalenza e intensità d'uso in ambito territoriale per Regione (2023-2025)

Regione	Prevalenza d'uso (%)				Spesa per utilizzatore				DDD per utilizzatore			
	2023	2024	2025	Δ % 25-24	2023	2024	2025	Δ % 25-24	2023	2024	2025	Δ % 25-25
Piemonte	66,4	67,1	65,9	-1,8	287,31	296,33	312,88	5,6	638,4	648,7	668,0	3,0
Valle d'Aosta	62,1	63,0	62,1	-1,3	270,45	282,85	293,70	3,8	589,9	610,5	633,8	3,8
Lombardia	62,8	63,1	61,9	-1,9	342,91	337,78	364,04	7,8	647,3	624,1	635,0	1,7
PA Bolzano	54,7	57,3	55,1	-3,9	248,95	253,36	275,15	8,6	564,1	559,7	599,2	7,1
PA Trento	67,1	68,5	66,7	-2,6	265,52	270,70	290,46	7,3	595,8	600,2	635,8	5,9
Veneto	62,1	63,2	61,9	-2,1	271,97	281,87	292,75	3,9	626,0	627,5	643,8	2,6
Friuli VG	65,7	66,3	64,9	-2,0	305,34	308,92	326,86	5,8	688,8	694,9	717,7	3,3
Liguria	65,5	66,4	64,7	-2,6	300,51	310,00	334,24	7,8	637,5	640,4	653,5	2,0
Emilia R.	67,8	68,4	66,7	-2,6	233,63	240,06	243,63	1,5	634,4	640,2	636,3	-0,6
Toscana	67,6	68,2	66,3	-2,9	264,57	265,28	264,15	-0,4	630,4	626,7	629,5	0,4
Umbria	71,6	73,0	71,0	-2,8	287,59	292,33	307,73	5,3	657,8	653,7	672,5	2,9
Marche	72,7	73,4	72,3	-1,6	297,88	319,91	344,02	7,5	633,7	647,2	667,6	3,2
Lazio	69,5	70,4	69,4	-1,4	337,25	338,93	365,29	7,8	635,1	629,3	640,2	1,7
Abruzzo	73,3	74,5	74,4	-0,1	311,83	314,84	339,36	7,8	601,4	590,5	617,4	4,6
Molise	72,3	74,3	74,9	0,8	292,19	300,83	332,73	10,6	621,3	641,1	687,3	7,2
Campania	70,1	70,5	69,2	-1,9	339,05	348,99	364,45	4,4	656,3	662,4	676,4	2,1
Puglia	73,4	73,3	73,5	0,3	319,13	318,05	332,26	4,5	629,8	641,5	665,2	3,7
Basilicata	75,1	75,2	75,1	-0,3	325,30	339,21	360,33	6,2	662,0	673,0	689,9	2,5
Calabria	67,5	67,7	67,3	-0,6	356,65	360,13	382,05	6,1	680,3	682,9	692,7	1,4
Sicilia	68,1	68,4	68,6	0,3	309,86	316,15	357,42	13,1	650,7	665,9	680,8	2,2
Sardegna	71,0	71,1	70,8	-0,5	310,86	322,56	334,81	3,8	680,3	699,2	721,2	3,1
Italia	67,4	67,9	66,9	-1,5	307,98	312,34	331,63	6,2	641,8	642,3	656,2	2,2
Nord	64,2	64,9	63,5	-2,1	295,67	298,89	316,42	5,9	638,6	633,8	646,1	1,9
Centro	69,4	70,3	68,9	-2,0	306,19	310,55	327,72	5,5	635,2	632,7	643,0	1,6
Sud e Isole	70,5	70,8	70,4	-0,5	324,52	330,54	353,07	6,8	649,6	658,9	676,7	2,7

Tabella 1.5.3 Prevalenza e intensità d'uso in ambito territoriale per Regione e per sesso (anno 2025)

Regione	Prevalenza d'uso (%)		Età media		Spesa per utilizzatore		DDD per utilizzatore		Confezioni per utilizzatore	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	61,0	70,6	54	56	335,18	294,40	691,1	648,9	28,5	26,1
Valle d'Aosta	57,1	67,0	54	56	323,34	269,29	653,6	617,6	28,0	25,4
Lombardia	57,7	66,0	52	54	400,06	333,42	649,6	622,5	26,6	24,4
PA Bolzano	50,6	59,5	51	53	298,83	255,27	609,4	590,7	23,5	21,5
PA Trento	62,1	71,3	51	53	310,58	273,30	647,1	626,1	27,0	25,2
Veneto	58,2	65,5	53	55	316,47	272,26	673,3	618,3	27,1	24,1
Friuli VG	59,9	69,7	55	56	355,11	303,57	743,2	696,7	30,1	27,2
Liguria	60,1	69,0	55	58	358,93	313,99	667,7	641,8	28,2	26,7
Emilia R.	62,1	71,2	52	54	257,59	231,88	647,8	626,5	26,5	25,3
Toscana	61,9	70,4	54	56	284,68	246,98	659,1	604,7	27,3	25,6
Umbria	66,7	75,1	53	55	333,20	286,35	709,0	641,8	29,4	27,2
Marche	68,2	76,2	52	54	363,33	327,39	689,6	648,7	29,4	27,4
Lazio	64,9	73,7	51	54	395,95	339,85	657,3	626,0	28,8	27,6
Abruzzo	70,3	78,3	51	54	355,89	325,05	633,7	603,2	27,8	26,7
Molise	70,3	79,4	52	55	346,59	320,61	681,9	692,1	30,3	29,7
Campania	65,4	72,8	49	52	381,72	349,58	686,0	668,2	30,0	28,6
Puglia	69,4	77,4	51	53	348,28	318,56	675,2	656,6	29,9	28,7
Basilicata	70,5	79,5	52	54	382,56	340,99	689,6	690,2	30,8	29,8
Calabria	63,2	71,3	52	54	416,97	352,19	713,1	675,2	32,0	30,3
Sicilia	64,3	72,8	51	53	378,13	339,95	686,6	676,0	29,2	28,4
Sardegna	65,3	76,0	54	56	349,34	322,73	703,5	735,8	29,5	28,8
Italia	62,6	71,1	52	54	355,40	311,52	671,7	643,2	28,4	26,7
Nord	59,2	67,8	53	55	342,85	294,10	664,4	630,7	27,2	25,0
Centro	64,5	73,1	52	54	353,37	306,26	666,1	623,8	28,5	26,9
Sud e Isole	66,2	74,4	51	53	372,30	336,66	684,1	670,4	29,8	28,7

Figura 1.5.3 Distribuzione del consumo in ambito territoriale per fascia d'età e I livello ATC (Maschi - anno 2025)

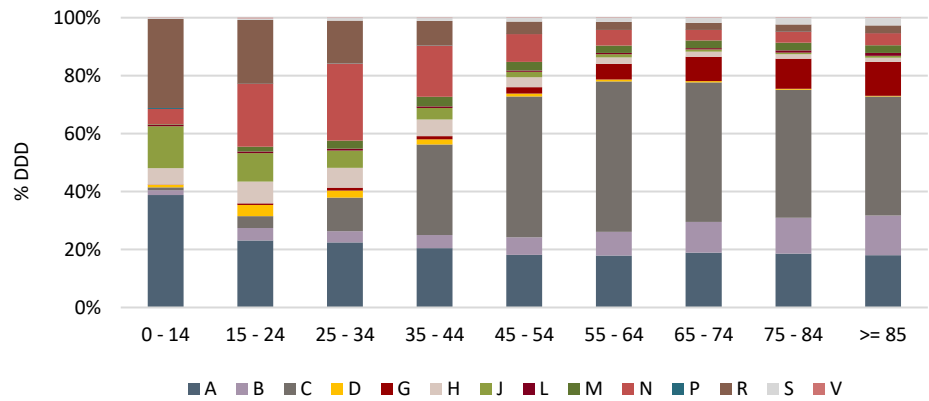
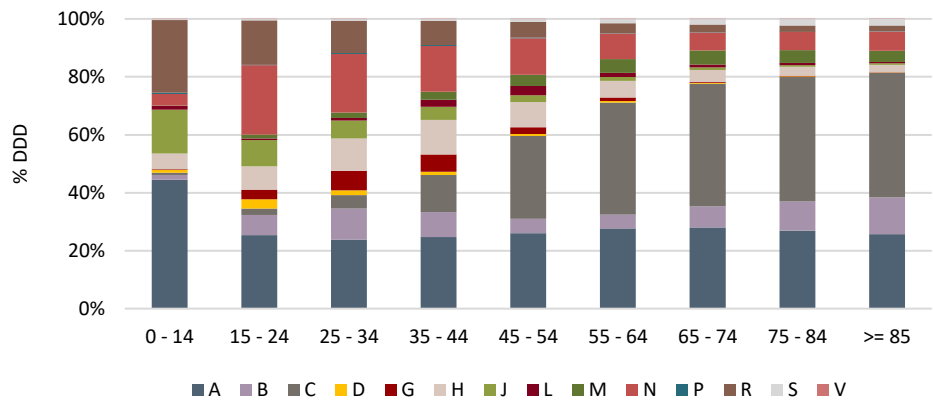


Figura 1.5.4 Distribuzione del consumo in ambito territoriale per fascia d'età e I livello ATC (Femmine - anno 2025)



1.6 Utilizzo dei farmaci in età pediatrica

In questa sezione viene presentata un'analisi dell'utilizzo dei farmaci in età pediatrica (<18 anni) attraverso i dati provenienti da tutte le Regioni italiane. Nel 2025 la popolazione pediatrica residente è stata pari a 9,2 milioni.

Nel corso del 2025 quasi 4,1 milioni di bambini e adolescenti assistibili hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica, pari al 46,3% della popolazione pediatrica italiana, con una prevalenza leggermente superiore tra i maschi rispetto alle femmine (47,3% vs 45,3%; Tabella 1.6.1) e un'elevata variabilità tra le Regioni (Figura 1.6.1). Inoltre, nello stesso anno, sono state effettuate 17,2 milioni di prescrizioni, per un totale di 17,4 milioni di confezioni (2,0 confezioni *pro capite*) e una spesa di 248,8 milioni di euro (28,39 euro *pro capite* e 61,26 euro per utilizzatore). A differenza degli anni precedenti, nel 2025 si osserva una riduzione dei consumi rispetto al 2024, in termini sia di prescrizioni (-13,7%) che confezioni (-13,8%) che della spesa *pro capite* (-5,3%), mentre la spesa per utilizzatore registra un incremento del 4,0%.

La prevalenza d'uso evidenzia un picco nella fascia di età prescolare (1-5 anni) (61,6%), per poi diminuire progressivamente negli anni successivi fino a raggiungere una percentuale di 38,8% nella fascia di età 12-17 anni (Figura 1.6.2). Analogo andamento per età riguarda i consumi, con un valore di confezioni *pro capite* che passa da 2,6 nei bambini in età prescolare (1-5 anni) a 1,9 nei bambini in età scolare (6-11 anni) e a 1,8 negli adolescenti (12-17 anni), con una trascurabile differenza per sesso: 2,1 confezioni per i maschi vs 1,9 confezioni per le femmine (Tabella 1.6.2). Rispetto al 2024, si registra un decremento delle confezioni *pro capite* sia nei maschi sia nelle femmine e si nota, analizzando le fasce di età, come la riduzione si concentri maggiormente nei bambini tra i 6 e gli 11 anni (-18,5%), mentre la contrazione dei consumi è più ridotta nella fascia d'età 12-17 anni (-8,6%).

Come atteso, gli antinfettivi per uso sistemico sono i farmaci a maggior consumo (40,9% del totale delle confezioni prescritte nella popolazione pediatrica italiana), seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio (25,2%; Figura 1.6.3).

Analizzando, invece, la distribuzione dei consumi per sesso, si evidenzia un maggiore utilizzo nei maschi rispetto alle femmine per tutte le categorie terapeutiche, ad eccezione dei farmaci per l'apparato genito-urinario e ormoni sessuali (femmine 63,1% vs maschi 36,9%), dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (femmine 60,0% vs maschi 40,0%) e degli antiparassitari, insetticidi e repellenti (femmine 53,6% vs maschi 46,4%; Figura 1.6.4).

Gli antinfettivi per uso sistemico si confermano la categoria terapeutica a maggiore consumo in età pediatrica, con una prevalenza di 453,3 per 1000 bambini e un numero di confezioni pari a 810,9 per 1000 bambini, in notevole riduzione (-21,9%) rispetto al 2024 (Tabella 1.6.3), in controtendenza se confrontato con l'andamento registrato negli ultimi tre anni (+6,2% nel 2024, +53,3% nel 2022 e +29,9% nel 2023). Anche nel 2025 si conferma il *pattern* prescrittivo dell'anno precedente: l'associazione amoxicillina/acido clavulanico è stato il farmaco più prescritto della categoria (301,9 confezioni per 1000 bambini), in

riduzione (-26,1%) rispetto al 2024, confermandosi anche al primo posto tra i 30 principi attivi a maggior consumo nel 2025 (Tabella 1.6.4). Segue l'amoxicillina da sola (169,3 confezioni per 1000 bambini, -8,0% rispetto al 2024), antibiotico di prima scelta nel trattamento delle infezioni pediatriche più comuni secondo le linee guida (e pertanto da preferirsi rispetto all'associazione con acido clavulanico), che si colloca al secondo posto nella classifica dei primi 30 principi attivi per consumo. All'interno della categoria seguono la cefixima, una cefalosporina di terza generazione, con 88,4 confezioni per 1000 bambini (-21,9% rispetto al 2024), che si colloca al sesto posto tra i farmaci più prescritti nella popolazione pediatrica italiana nel 2025 e l'azitromicina, con 84,3 confezioni per 1000 bambini (-29,6% rispetto al 2024), collocandosi anche al settimo posto tra i farmaci più prescritti in ambito pediatrico (Tabelle 1.6.3 e 1.6.4). La diminuzione rilevata nel consumo degli antifettivi potrebbe riflettere il progressivo ripristino delle difese immunitarie, che hanno risentito delle misure di isolamento e distanziamento sociale introdotte durante la pandemia da SARS-CoV-2. Risulterà cruciale determinare se tale decremento nei consumi sia associato anche a un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici.

Nell'elenco delle categorie più prescritte, seguono i farmaci del sistema respiratorio, con una prevalenza di 271,3 per 1000 bambini e un consumo di 501,2 confezioni per 1000 bambini. Dopo l'importante riduzione delle confezioni osservata nel 2020 (-30,3%) e la ripresa negli anni successivi (2021: +13,4%, 2022: +36,9%, 2023: +1,2%, 2024: +10,0%), nel 2025 è stato registrato un decremento del 13,8%. I farmaci indicati per il trattamento dell'asma bronchiale, come i corticosteroidi inalatori, budesonide e beclometasone e l'agonista selettivo dei recettori beta-2 adrenergici salbutamolo, sono quelli con la prevalenza d'uso più elevata all'interno della categoria. Al quarto posto tra i farmaci respiratori si colloca l'antistaminico cetirizina, con una prevalenza d'uso di 31,1 per 1000 bambini e con un numero di confezioni per 1000 bambini pari a 64,2 (-9,1% rispetto al 2024); tutti e quattro i farmaci di questa categoria si collocano nelle prime 10 posizioni tra i principi attivi a maggior consumo (Tabelle 1.6.3 e 1.6.4).

La terza categoria più prescritta è quella dei farmaci per il sistema nervoso centrale (era quarta nel 2024), con una prevalenza di 16,1 per 1000 bambini e un consumo di 194,8 confezioni per 1000 bambini, in aumento rispetto all'anno precedente (+5,5%). L'acido valproico (antiepilettico di I generazione) risulta essere il principio attivo più prescritto della categoria, con una prevalenza di 2,5 per 1000 bambini e un consumo di 54,6 confezioni per 1000 bambini, stabile rispetto allo scorso anno. Al secondo posto per consumo all'interno della categoria si colloca l'aripirazolo, con 15,4 confezioni per 1000 bambini, farmaco antipsicotico autorizzato per il trattamento della schizofrenia a partire dai 15 anni di età e nel trattamento (fino a 12 settimane) degli episodi maniacali di grado da moderato a severo del disturbo bipolare di tipo I negli adolescenti a partire dai 13 anni; seguono due farmaci antiepilettici (carbamazepina e levetiracetam), il metilfenidato, indicato nel trattamento del disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), con un consumo di 15,0 confezioni, e la sertralina, con 10,8 confezioni per 1000 bambini, un antidepressivo inibitore della ricaptazione della serotonina (SSRI) autorizzato per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) nei bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 17 anni. Come

osservato già negli ultimi due anni, anche nel 2025 il metilfenidato, l'aripiprazolo e il risperidone si confermano i principi attivi con gli incrementi maggiori dei consumi rispetto all'anno precedente (rispettivamente +28,9%, +14,6% e +13,3%).

Bibliografia

- Settore Ricerca e innovazione nei servizi sanitari e sociali Regione Emilia-Romagna. Uso di antibiotici e resistenze antimicrobiche in età pediatrica. Rapporto Emilia-Romagna 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/antibiotici-in-pediatria-2025>
- Robert Cohen, Marion Ashman, Muhamed-Kheir Taha, Emmanuelle Varon, François Angoulvant, Corinne Levy, Alexis Rybak, Naim Ouldali, Nicole Guiso, Emmanuel Grimpel, Pediatric Infectious Disease Group (GPIP) position paper on the immune debt of the COVID-19 pandemic in childhood, how can we fill the immunity gap?, Infectious Diseases Now, Volume 51, Issue 5, 2021, Pages 418-423.
- Cohen R, Levy C, Rybak A, Angoulvant F, Ouldali N, Grimpel E. Immune debt: Recrudescence of disease and confirmation of a contested concept. Infect Dis Now. 2023 Mar;53(2):104638.

Tabella 1.6.1 Dati generali di prescrizione nella popolazione pediatrica nel 2025

	Maschi	Femmine	Totale
Utilizzatori	2.137.122	1.924.253	4.061.375
Prevalenza (%)	47,3	45,3	46,3
Prescrizioni	9.391.228	7.773.112	17.164.340
Pro capite	2,1	1,8	2,0
Δ % 24-23	7,1	6,7	6,9
Δ % 25-24	-13,3	-14,1	-13,7
Confezioni	9.522.791	7.873.746	17.396.537
Pro capite	2,1	1,9	2,0
Δ % 24-23	6,8	6,4	6,6
Δ % 25-24	-13,5	-14,3	-13,8
Spesa	143.340.221	105.470.606	248.810.827
Pro capite	31,73	24,84	28,39
Δ % 24-23	4,7	6,0	5,2
Δ % 25-24	-4,4	-6,6	-5,3
Per utilizzatore	67,07	54,81	61,26
Δ % 24-23	-0,1	1,2	0,5
Δ % 25-24	4,9	2,7	4,0

Figura 1.6.1 Andamento regionale della prescrizione nella popolazione pediatrica nel 2025

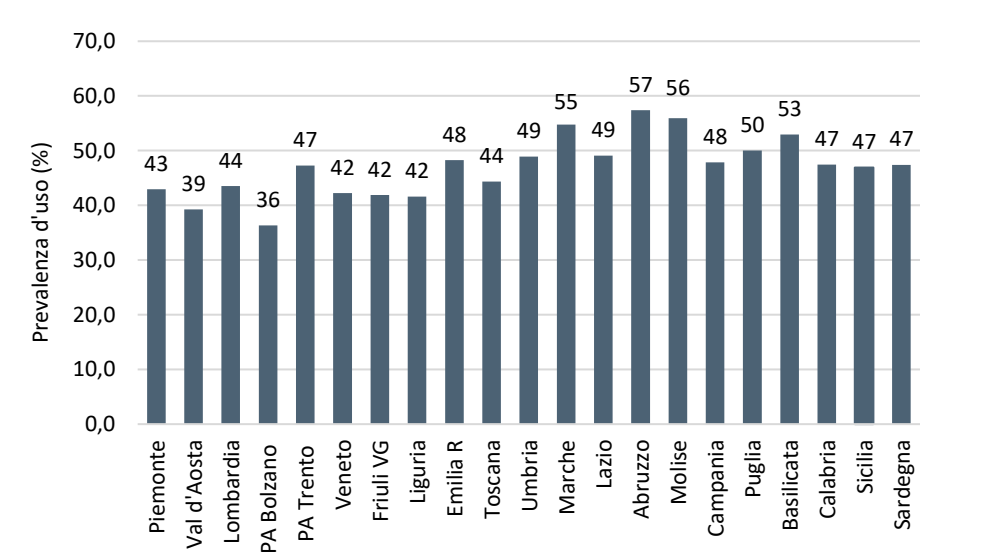


Figura 1.6.2 Andamento della prevalenza d'uso e della prescrizione nella popolazione pediatrica per età nel 2025

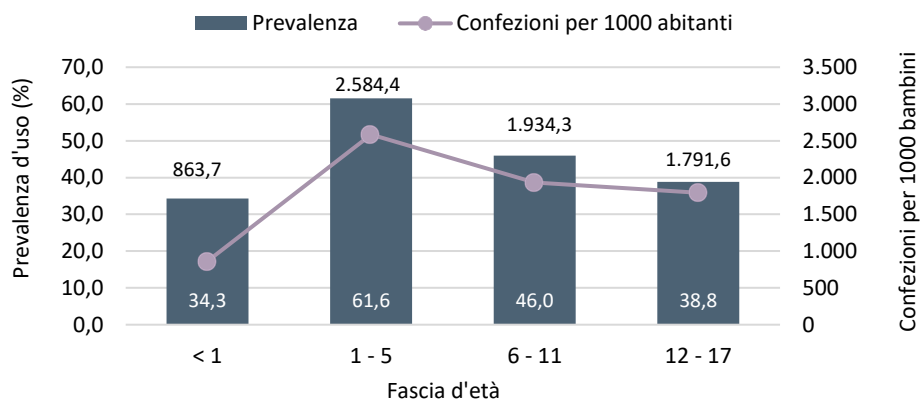


Tabella 1.6.2 Distribuzione per età e sesso dei consumi (confezioni) in età pediatrica nel 2025

Fascia d'età	Confezioni <i>pro capite</i>					
	Maschi	Δ % 25-24	Femmine	Δ % 25-24	Totale	Δ % 25-24
<1	0,9	-13,6	0,8	-13,2	0,9	-13,4
1 - 5	2,7	-13,7	2,4	-14,2	2,6	-13,9
6 - 11	2,1	-17,7	1,8	-19,4	1,9	-18,5
12 - 17	1,9	-8,6	1,7	-8,7	1,8	-8,6
Totale	2,1	-13,5	1,9	-14,3	2,0	-13,8

Figura 1.6.3 Distribuzione percentuale dei consumi (confezioni) in età pediatrica per il livello di ATC nel 2025

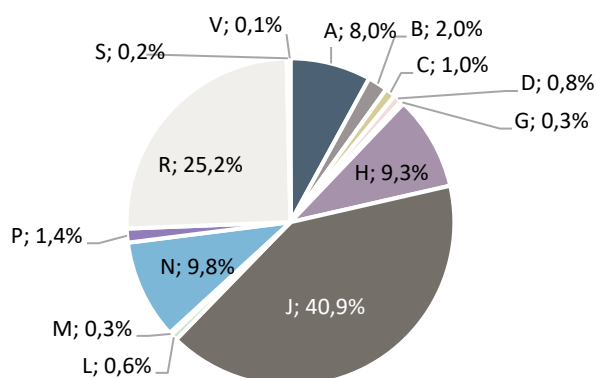


Figura 1.6.4 Distribuzione percentuale dei consumi (confezioni) in età pediatrica per I livello ATC e sesso nel 2025

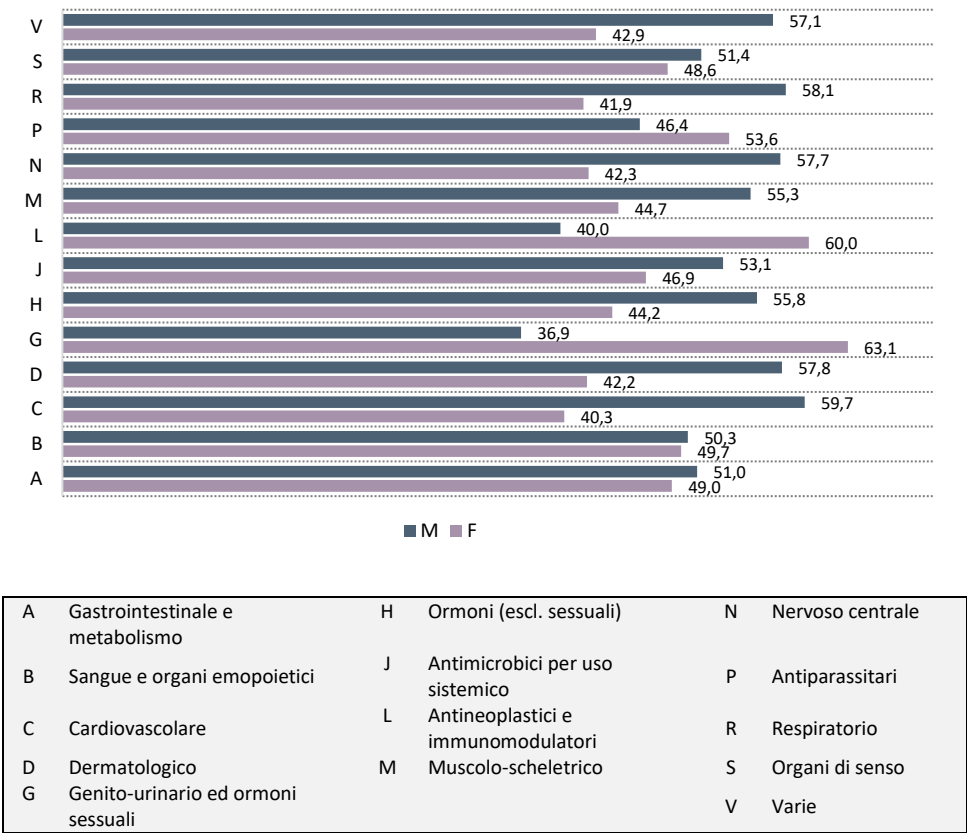


Tabella 1.6.3 Sostanze a maggior prescrizione in età pediatrica per categoria terapeutica (75% delle confezioni) nel 2025

Categoria terapeutica/ sostanza	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Δ % 24-23	Prevalenza (per 1000 bambini)	Rapp M/F
J - Antinfettivi per uso sistemico	810,9	-21,9	6,2	453,3	1,1
amoxicillina/acido clavulanico	301,9	-26,1	-0,3	168,5	1,1
amoxicillina	169,3	-8,0	22,9	80,9	1,1
cefixima	88,4	-21,9	-8,2	58,5	1,0
azitromicina	84,3	-29,6	19,4	56,0	1,2
R - Sistema respiratorio	501,2	-13,8	10,0	271,3	1,2
budesonide	109,2	-12,2	15,3	75,9	1,2
salbutamolo	100,2	-17,1	28,7	71,1	1,4
beclometasone	82,5	-14,0	4,9	62,3	1,2
cetirizina	64,2	-9,1	6,8	31,1	1,4
fluticasone	30,5	-26,8	20,4	18,0	1,6
N - Sistema nervoso	194,8	5,5	4,1	16,1	1,3
acido valproico	54,6	0,4	2,0	2,5	2,3
aripiprazolo	15,4	14,6	10,4	1,7	1,2
carbamazepina	15,3	0,9	-3,9	0,8	1,2
levetiracetam	15,2	1,1	1,1	1,3	0,8
metilfenidato	15,0	28,9	28,8	1,6	4,7
sertralina	10,8	9,6	4,1	1,4	0,5
lamotrigina	8,6	4,7	2,4	0,5	0,5
risperidone	6,9	13,3	14,3	1,5	3,2
etossuccimide	5,6	5,6	7,8	0,4	0,7
H- Preparati ormonali sistemici, escluso ormoni sessuali e insuline	184,8	-12,7	8,6	127,9	1,2
betametasone	117,7	-16,3	12,4	80,3	1,2
somatropina	20,6	-9,5	-3,8	0,9	1,5
levotiroxina	16,0	-2,1	1,3	2,4	0,6
A - Gastrointestinale e metabolismo	158,2	1,2	1,3	70,9	1,0
colecalfifero	80,9	2,8	2,6	37,8	1,0
insulina lispro	14,0	13,1	12,9	1,2	1,1
insulina aspart	7,3	0,3	1,1	0,5	1,1
lansoprazolo	6,5	-13,8	-5,5	1,5	1,0
esomeprazolo	6,3	-6,5	3,3	1,8	1,0
acido ursodesossilico	5,8	3,7	6,7	0,5	1,0
B - Sangue e organi emopoietici	39,0	-1,0	-2,0	19,3	0,9
enoxaparina	7,8	-2,7	-0,1	2,7	1,8
acido folico	6,4	6,5	14,0	4,1	0,6
ferroso solfato	5,8	-5,6	5,6	3,0	0,3
elettroliti per soluzioni endovenose	5,6	-5,0	10,8	0,8	1,2
sodio ferrigluconato	2,7	3,8	19,2	1,3	1,5
acido tranexamico	1,9	-25,8	2,5	1,2	1,0

Segue

Tabella 1.6.3 - *continua*

Categoria terapeutica/ sostanza	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Δ % 24-23	Prevalenza (per 1000 bambini)	Rapp M/F
P - Antiparassitari, insetticidi e repellenti	27,3	7,1	16,4	21,4	0,9
mebendazolo	25,5	9,5	17,1	15,3	0,9
C - Sistema cardiovascolare	20,6	2,7	0,2	2,9	1,3
ramipril	2,0	3,5	1,2	0,3	1,7
flecainide	1,9	6,7	5,7	0,2	1,0
enalapril	1,8	-0,2	-2,3	0,2	1,4
bisoprololo	1,8	9,7	6,1	0,3	1,3
furosemide	1,5	10,3	-2,7	0,2	1,3
losartan	1,4	0,1	5,1	0,1	1,9
carvedilolo	1,3	-2,0	2,4	0,1	1,4
amlodipina	1,2	0,6	0,3	0,2	1,5
spironolattone	0,9	34,3	-23,8	0,1	0,9
omega 3	0,5	2,9	-1,3	0,1	1,3
atorvastatina	0,4	18,2	-4,9	0,1	1,1
rosuvastatina	0,3	25,2	14,5	0,1	0,9
colestiramina	0,3	-2,5	-2,3	0,0	0,8
adrenalina	0,3	-23,7	-9,6	0,2	1,6
D - Dermatologici	16,6	11,7	11,1	7,9	1,3
isotretinoina	8,9	11,1	12,9	2,0	1,6
metilprednisolone	1,3	7,9	10,0	1,0	1,1
calcipotriolo/betametasone	1,3	-0,8	9,4	0,7	0,9
clobetasolo	1,1	3,8	7,0	0,6	0,9
L - Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	12,8	-2,0	-4,1	1,8	0,5
metotrexato	2,8	-1,3	-0,4	0,4	0,5
triptorelina	2,7	-10,4	-17,8	0,4	0,1
tacrolimus	2,5	3,2	3,9	0,1	1,1
azatioprina	1,2	-2,6	2,3	0,2	1,0
ciclosporina	0,7	3,0	-2,0	0,1	1,1
G - Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	6,2	2,5	1,6	1,7	0,4
oxibutinina	2,3	4,6	0,8	0,3	1,6
ciproterone/etinilestradiolo	0,6	-6,1	-1,5	0,1	0,0
estradiolo	0,6	6,6	5,7	0,1	0,0
didrogesterone	0,5	2,7	4,8	0,2	0,0
cabergolina	0,2	3,1	-3,3	0,1	0,2
nomegestrolo	0,2	-4,0	0,6	0,1	0,0
alfuzosina	0,2	2,1	18,1	0,0	4,3
M - Sistema muscolo-scheletrico	5,2	-6,3	-1,0	4,1	1,1
ibuprofene	1,6	-3,9	8,2	1,3	1,1
ketoprofene	0,8	-18,0	-12,6	0,6	1,1
baclofene	0,7	0,9	0,9	0,1	1,7
allopurinolo	0,5	-0,6	4,9	0,1	1,8
colchicina	0,4	16,0	7,3	0,1	1,5
diclofenac	0,4	-8,0	-0,4	0,3	1,2

Segue

Tabella 1.6.3 - continua

Categoria terapeutica/ sostanza	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Δ % 24-23	Prevalenza (per 1000 bambini)	Rapp M/F
S - Organi di senso	4,8	7,4	1,8	0,7	0,8
acetazolamide	1,7	17,0	8,1	0,1	1,0
timololo	0,8	5,7	3,6	0,2	0,6
V – Vari	2,7	10,5	10,1	0,7	1,6
polline graminacee <i>Phleum pratense/Dactylis glomerata/Anthoxanthum odoratum/Lolium perenne/ Poa pratensis</i>	0,6	62,2	16,3	0,2	2,0
deferasirox	0,5	16,3	27,5	0,0	1,3
ossigeno	0,5	-13,8	-8,1	0,1	1,2
polline graminacee (<i>Phleum pratense</i>)	0,4	-10,6	-1,0	0,1	2,1
deferoxamina	0,2	36,0	23,9	0,0	1,0

Tabella 1.6.4 Primi 30 principi attivi per consumo in età pediatrica nel 2025

ATC I liv	Principio attivo	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Δ % 24-23	Consumi (%) *		Inc. cum**%
					maschi	femmine	
J	amoxicillina/acido clavulanico	301,9	-26,1	-0,3	54,1	45,9	15,2
J	amoxicillina	169,3	-8,0	22,9	52,4	47,6	23,7
H	betametazone	117,7	-16,3	12,4	56,3	43,7	29,7
R	budesonide	109,2	-12,2	15,3	55,1	44,9	35,2
R	salbutamolo	100,2	-17,1	28,7	58,5	41,5	40,2
J	cefexima	88,4	-21,9	-8,2	51,1	48,9	44,7
J	azitromicina	84,3	-29,6	19,4	54,0	46,0	48,9
R	beclometasone	82,5	-14,0	4,9	55,3	44,7	53,1
A	colecalfifero	80,9	2,8	2,6	49,3	50,7	57,1
R	cetirizina	64,2	-9,1	6,8	60,1	39,9	60,4
J	claritromicina	54,8	-27,0	28,7	54,2	45,8	63,1
N	acido valproico	54,6	0,4	2,0	68,8	31,2	65,9
J	cefepodoxima	36,6	-21,6	-16,2	53,0	47,0	67,7
R	fluticasone	30,5	-26,8	20,4	61,5	38,5	69,3
P	mebendazolo	25,5	9,5	17,1	46,3	53,7	70,6
R	montelukast	21,9	-17,9	-2,9	62,9	37,1	71,7
H	somatropina	20,6	-9,5	-3,8	61,3	38,7	72,7
R	flunisolide	20,1	-15,2	12,4	54,1	45,9	73,7
J	ceftriaxone	17,3	-23,4	12,4	55,8	44,2	74,6
H	levotiroxina	16,0	-2,1	1,3	39,4	60,6	75,4
H	prednisone	15,5	-11,0	19,0	56,4	43,6	76,2
N	aripirazolo	15,4	14,6	10,4	58,2	41,8	76,9
N	carbamazepina	15,3	0,9	-3,9	56,5	43,5	77,7
R	salmeterolo/fluticasone	15,2	2,6	23,1	64,7	35,3	78,5
N	levetiracetam	15,2	1,1	1,1	43,5	56,5	79,2
N	metilfenidato	15,0	28,9	28,8	84,9	15,1	80,0
A	insulina lispro	14,0	13,1	12,9	52,8	47,2	80,7
R	levocetirizina	12,7	-4,5	6,2	62,5	37,5	81,3
N	sertralina	10,8	9,6	4,1	36,5	63,5	81,9
R	rupatadina	9,1	-4,4	13,6	61,3	38,7	82,3
Totale primi 30		1.634,6	-15,9	8,3	55,2	44,8	
Totale		1.985,0	-13,8	6,6	54,7	45,3	

* calcolati rispetto al totale dei consumi della molecola in età pediatrica

** calcolata su consumi totali in età pediatrica

La prescrizione di farmaci antiepilettici in pediatria

Nel 2025, in Italia, il tasso di prescrizione degli antiepilettici nella popolazione pediatrica è stato pari a 115,5 prescrizioni per 1000 bambini (+1,6% rispetto al 2024), corrispondente a un consumo di 117,5 confezioni di farmaco per 1000 bambini (una confezione per prescrizione), rappresentando il 5,9% del totale dei consumi dei farmaci in età pediatrica (Tabella 1.6.5). La prevalenza d'uso è stata pari allo 0,5%, in aumento dell'1,7% rispetto al 2024, e il 4,8% degli utilizzatori ha ricevuto una sola prescrizione nel corso dell'anno. Considerando l'andamento temporale nel periodo 2016-2025 (Figura 1.6.5), sia la prevalenza d'uso che i consumi sono lievemente aumentati, passando da 111,1 confezioni per 1000 bambini (prevalenza pari allo 0,48%) nel 2016 a 117,5 confezioni (prevalenza dello 0,51%) nel 2025.

Il ricorso ai farmaci antiepilettici ha un andamento crescente con l'età, raggiungendo il massimo nella fascia 12-17 anni, con un consumo di 164,1 confezioni per 1000 bambini e una prevalenza dello 0,71% (Figura 1.6.5). Sia la prevalenza d'uso che i consumi sono più elevati nei maschi rispetto alle femmine, in misura maggiore per gli antiepilettici di I generazione (63,3% dei consumi nei maschi vs 36,7% nelle femmine), che rappresentano oltre il 70% dei consumi dell'intera categoria (Tabella 1.6.6).

Tale distribuzione è attribuibile al fatto che l'acido valproico (antiepilettico di I generazione, noto teratogeno, il cui impiego nelle donne in età fertile è soggetto a importanti restrizioni regolatorie) sia la sostanza a maggior utilizzo (54,6 confezioni per 1000 bambini e prevalenza pari a 0,25%) all'interno della categoria, stabile rispetto all'anno precedente. Seguono carbamazepina, un altro antiepilettico di I generazione, con 15,3 confezioni per 1000 bambini (stabile rispetto all'anno precedente), e levetiracetam (antiepilettico di seconda generazione), con 15,2 confezioni per 1000 bambini, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+1,1%; Tabella 1.6.6). La proporzione di antiepilettici di I generazione, rappresentati principalmente dall'acido valproico e dalla carbamazepina, è elevata in tutte le fasce di età, sebbene si riduca leggermente nella fascia 12-17 anni, mentre aumenta in piccola misura la prescrizione di antiepilettici di II (ad esempio levetiracetam) e III generazione. L'aumento relativo del ricorso agli antiepilettici di più recente introduzione nella fascia adolescenziale potrebbe riflettere molteplici fattori, tra cui l'adozione di strategie terapeutiche alternative al valproato, in conformità alle raccomandazioni regolatorie che ne limitano l'impiego nelle donne in età fertile (Figura 1.6.7).

A livello regionale si osserva una discreta variabilità nell'esposizione a farmaci antiepilettici (Tabella 1.6.7). In particolare, le Regioni del Sud registrano una prevalenza d'uso e dei consumi più elevati rispetto a quelle del Nord e del Centro.

Le linee guida per la gestione dell'epilessia in età pediatrica orientano verso un approccio individualizzato in cui, per ogni paziente, il farmaco sia selezionato in base a tipo di crisi, l'età, il sesso, le attività quotidiane e i potenziali effetti collaterali. Ad oggi, si raccomanda un primo approccio basato sull'utilizzo di farmaci antiepilettici, tenendo chiaramente distinta la profilassi delle crisi sintomatiche acute dal trattamento dell'epilessia. La terapia

deve essere in genere protratta per alcuni anni e talvolta per tutta la vita, con l'assunzione regolare dei farmaci e monitoraggio clinico periodico. In generale, l'indicazione al trattamento sussiste quando si ritiene che il rischio di comparsa o ricorrenza delle crisi sia elevato e/o sia opportuno cercare di prevenirle. L'obiettivo primario della terapia antiepilettica è il controllo completo delle crisi in assenza di effetti collaterali che possano interferire negativamente con la qualità di vita. Ove tale obiettivo non sia raggiungibile, il trattamento sarà mirato a stabilire il miglior compromesso tra la riduzione della frequenza e della gravità delle crisi e il carico di effetti collaterali associati all'impiego dei farmaci.

Tabella 1.6.5 Prescrizione di farmaci antiepilettici nella popolazione pediatrica nel 2025

Principali indici di esposizione e di consumo	Totale
Antiepilettici	
Prescrizioni	1.012.586
Per 1000 bambini	115,5
$\Delta\%$ 25-24	1,6
Confezioni	1.029.973
Per 1000 bambini	117,5
$\Delta\%$ 25-24	1,2
Per prescrizione	1,0
Quota % sul totale del consumo	5,6
Quota % sul totale del consumo della popolazione pediatrica	5,9
Utilizzatori	45.206
Prevalenza (%)	0,52
$\Delta\%$ 25-24	1,7
Con una sola prescrizione n. (%)	2.174 (4,8%)

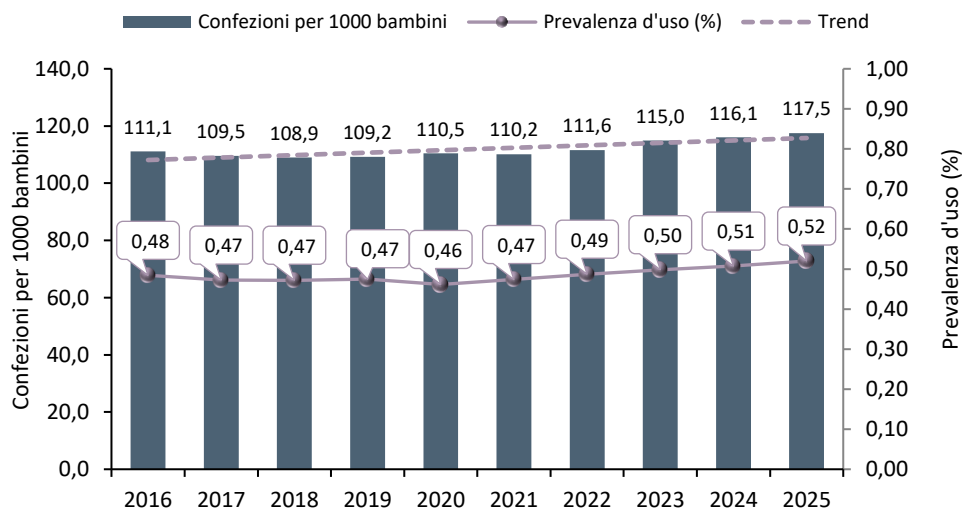
Figura 1.6.5 Antiepilettici, andamento temporale 2016-2025 della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica

Figura 1.6.6 Andamento della prescrizione di farmaci antiepilettici per età nel 2025

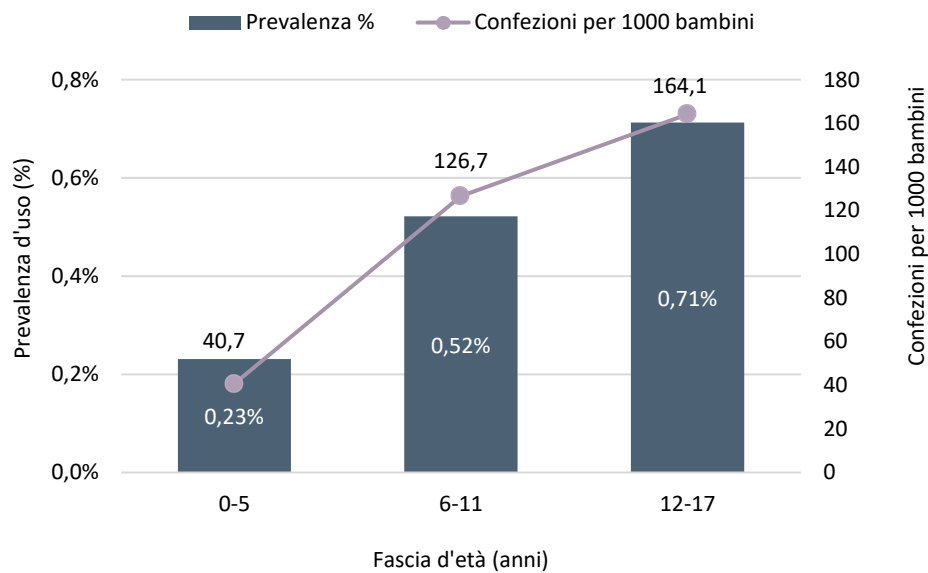


Tabella 1.6.6 Antiepilettici, prescrizione nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza nel 2025

Categorie e sostanze	Prevalenza (%)			Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Consumi (%)	
	M	F	T			M	F
Antiepilettici di I generazione	0,51	0,33	0,42	83,6	0,6	63,3	36,7
Antiepilettici di II generazione	0,18	0,25	0,21	29,4	0,9	42,9	57,1
Antiepilettici di III generazione	0,03	0,03	0,03	4,4	14,9	54,0	46,0
Altri antiepilettici	<0,005	<0,005	<0,005	0,1	>100	46,0	54,0
Farmaci antiepilettici	0,57	0,46	0,52	117,5	1,2	54,8	45,2
acido valproico	0,33	0,16	0,25	54,6	0,4	71,7	28,3
carbamazepina	0,09	0,08	0,08	15,3	0,9	56,9	43,1
levetiracetam	0,11	0,14	0,13	15,2	1,1	43,06	56,94
lamotrigina	0,03	0,06	0,05	8,6	4,7	33,58	66,42
etosuccimide	0,03	0,05	0,04	5,6	5,6	38,8	61,2
fenobarbitale	0,02	0,02	0,02	4,0	-2,3	56,80	43,20
topiramato	0,02	0,03	0,03	3,1	-4,6	49,97	50,03
lacosamide	0,02	0,02	0,02	2,8	26,9	55,27	44,73
clonazepam	0,03	0,02	0,03	2,4	0,4	54,7	45,3
vigabatrin	0,01	0,01	0,01	1,6	4,0	56,33	43,67

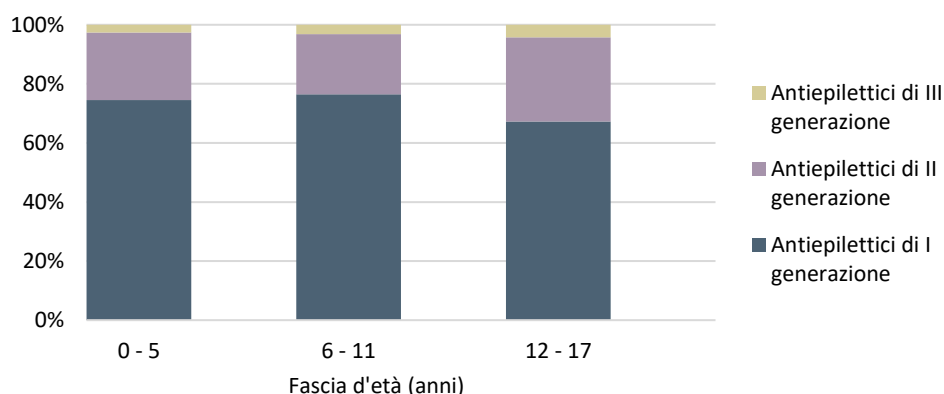
Figura 1.6.7 Distribuzione percentuale del consumo di farmaci antiepilettici per categoria terapeutica e fascia d'età nel 2025

Tabella 1.6.7 Antiepilettici, andamento regionale della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica nel 2025

Regione	Prevalenza (%)	Δ % 25-24	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24
Piemonte	0,47	-1,5	112,7	-1,3
Val d'Aosta	0,32	-9,6	82,3	-5,9
Lombardia	0,45	3,5	108,5	-1,5
PA Bolzano	0,37	6,3	99,0	3,1
PA Trento	0,39	-7,6	118,7	-8,8
Veneto	0,43	3,8	115,0	2,4
Friuli VG	0,43	6,2	117,1	5,0
Liguria	0,58	1,6	113,9	2,5
Emilia R.	0,43	-0,8	94,9	-2,5
Toscana	0,61	3,6	127,6	-0,1
Umbria	0,52	-0,3	123,8	3,1
Marche	0,49	-3,5	122,7	-2,1
Lazio	0,50	0,1	110,7	3,6
Abruzzo	0,53	-1,7	128,6	8,1
Molise	0,55	-1,7	126,8	5,5
Campania	0,66	2,6	138,8	2,9
Puglia	0,52	0,7	117,5	0,9
Basilicata	0,53	4,4	111,7	1,3
Calabria	0,55	0,0	124,2	3,5
Sicilia	0,67	2,8	135,5	2,7
Sardegna	0,44	4,0	108,1	10,2
Italia	0,52	1,7	117,5	1,2
Nord	0,45	1,8	108,5	-0,6
Centro	0,54	0,9	118,2	1,5
Sud e Isole	0,60	1,9	129,2	3,2

Bibliografia

- Glauser T, Shinnar S, Gloss D et al. Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Curr* 2016; 16(1):48-61.
- Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE). Il libro bianco dell'epilessia in Italia, 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.lice.it/pdf/Libro_bianco.pdf/
- Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE). La terapia dello stato epilettico (position paper). Versione 28 giugno 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/LaTerapiaDelloStatoEpilettico_Position_Paper_ITA_vers_28-6-2019-1.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline Clinical guideline [NG217]. Published: 27 April 2022. Last updated 30 January 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng217>
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) e Azienda ospedaliero-universitaria Meyer. Linee-guida. Il trattamento dell'epilessia in età pediatrica. Gennaio 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sinpia.eu/atom/allegato/1574.pdf>
- Wilmschurst JM, Gaillard WD, Vinayan KP et al. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: task force report for the ILAE Commission of Pediatrics. *Epilepsia* 2015; 56(8):1185-97.

La prescrizione degli psicofarmaci in pediatria

Nel 2025 la prevalenza d'uso degli psicofarmaci nella popolazione pediatrica italiana è stata pari allo 0,64% (+12,1% rispetto al 2024), con il 13,3% degli utilizzatori che ha ricevuto una sola prescrizione durante l'anno (Tabella 1.6.8). Il corrispondente tasso di prescrizione è stato pari a 63,8 per 1000 bambini, in aumento del 13,2% rispetto all'anno precedente, a cui ha corrisposto un consumo di 66,9 confezioni per 1000 bambini (poco più di una confezione per prescrizione), il 3,4% del totale del consumo di farmaci in età pediatrica.

Considerando l'andamento temporale nel periodo 2016-2025 (Figura 1.6.8) sia la prevalenza d'uso che i consumi sono più che triplicati, sebbene si mantengano ancora su livelli bassi, passando da 20,6 confezioni per 1000 bambini (prevalenza pari allo 0,26%) nel 2016 a 66,9 confezioni per 1000 bambini (prevalenza dello 0,64%) nel 2025.

Il ricorso agli psicofarmaci presenta un andamento crescente per età, raggiungendo il massimo nella fascia 12-17 anni, nella quale si registra un consumo di 142,2 confezioni per 1000 bambini e una prevalenza dell'1,56% (Figura 1.6.9).

Analizzando le prescrizioni per sottocategoria di farmaci, la prevalenza d'uso maggiore si osserva per gli antipsicotici (0,35%), con un numero di confezioni pari a 33,5 per 1000 bambini, seguiti dagli antidepressivi, con una prevalenza d'uso di 0,25% e di 18,4 confezioni per 1000 bambini, e dai farmaci per l'ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*), rappresentati da metilfenidato e atomoxetina, con una prevalenza pari a 0,16% e di 15,0 confezioni per 1000 bambini (Tabella 1.6.9). Questi ultimi continuano a registrare l'aumento maggiore delle confezioni (+28,2%) rispetto all'anno precedente; anche gli antipsicotici e gli antidepressivi registrano un aumento dei consumi, sebbene di minore entità (rispettivamente +11,0% e +5,6%).

Tenuto conto che la maggior parte delle prescrizioni di psicofarmaci si concentra nella fascia di età 12-17 anni, la distribuzione percentuale del consumo tra le diverse sottocategorie evidenzia che la prescrizione degli antipsicotici risulta stabile in tutte le fasce di età, mentre quella dei farmaci per l'ADHD risulta più elevata nella fascia di età 6-11 anni (Figura 1.6.10).

L'aripirazolo, un farmaco antipsicotico autorizzato per il trattamento della schizofrenia a partire dai 15 anni di età e nel trattamento (fino a 12 settimane) degli episodi maniacali di grado da moderato a severo del disturbo bipolare di tipo I negli adolescenti a partire dai 13 anni, è il farmaco a maggior utilizzo, con 15,4 confezioni per 1000 bambini e una prevalenza dello 0,17% (Tabella 1.6.10). Seguono tra i farmaci più prescritti il metilfenidato, uno psicotropo indicizzato come parte di un programma multimodale di trattamento dell'ADHD nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti, la sertralina, un antidepressivo inibitore della ricaptazione della serotonina (SSRI) autorizzato per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) nei bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 17 anni, e il risperidone, antipsicotico autorizzato per il trattamento a breve termine (fino a 6 settimane) dell'aggressività persistente nel disturbo della condotta in bambini dall'età di 5 anni e negli adolescenti con funzionamento intellettuale al di sotto

della media o con disabilità intellettiva, nei quali la gravità dei comportamenti aggressivi o di altri comportamenti dirompenti richieda un trattamento farmacologico, condizioni non infrequenti anche in bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico.

Per tutti e quattro i principi attivi i consumi sono in aumento rispetto all'anno precedente. Ad eccezione della sertralina, gli altri tre principi attivi registrano consumi maggiori nei maschi rispetto alle femmine.

Tra gli antipsicotici atipici, il risperidone e l'aripirazolo sono gli unici farmaci che hanno ricevuto l'approvazione della FDA statunitense per il trattamento dei gravi problemi comportamentali associati al disturbo dello spettro autistico. In Italia, il risperidone è rimborsato dal SSN ai sensi della Legge 648/96 nel trattamento a breve termine di problemi comportamentali di grado moderato o grave, quali irritabilità ed aggressività, nei bambini (≥ 5 anni) e adolescenti con disturbi dello spettro autistico che non abbiano risposto in modo efficace ad interventi psicologici specifici comportamentali ed educativi o per i quali tali interventi non sono disponibili.

Il trattamento con metilfenidato, considerato a tutt'oggi la terapia farmacologica di riferimento per l'ADHD, è prescritto solo nei casi in cui i soli interventi psico-sociali o le terapie psico-comportamentali si siano dimostrati insufficienti, e va somministrato sotto il controllo di un Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura dell'ADHD e a cura di un neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza o specialista affine responsabile dei centri territoriali di neuropsichiatria infantile, secondo un Piano Terapeutico specifico, in conformità alle disposizioni dell'AIFA, alla normativa vigente e alle linee guida nazionali ed europee.

A livello regionale si osserva una marcata variabilità nell'esposizione della popolazione pediatrica italiana agli psicofarmaci (Tabelle 1.6.11-1.6.14). Le Regioni del Centro registrano una prevalenza d'uso e dei consumi maggiori rispetto alle altre aree geografiche, superando i valori medi nazionali di oltre il 50%, mentre al Sud si continuano a osservare gli incrementi maggiori rispetto all'anno precedente.

Il trattamento dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva richiede un approccio multimodale e multidisciplinare in cui la terapia farmacologica dovrebbe essere considerata in una cornice più ampia e vista come una possibile componente di un insieme di interventi che includa anche quelli non farmacologici. Le differenze regionali potrebbero riflettere differenze esistenti tra le diverse Regioni italiane nel numero e nella organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), che potrebbe determinare disomogeneità territoriali, nella capacità di intercettare il bisogno assistenziale, nei percorsi diagnostico-terapeutici e nell'accesso ai centri specialistici.

L'incremento osservato dal 2021 appare coerente con quanto descritto in altri studi epidemiologici internazionali che, analizzando il trend prescrittivo di varie classi di psicofarmaci nella popolazione pediatrica, hanno documentato una generale tendenza

all'aumento dei tassi di prescrizione in tutti i Paesi del mondo, soprattutto in seguito all'emergenza pandemica da COVID-19.

In Italia, nonostante gli aumenti osservati negli ultimi anni, in parte potenzialmente associati anche all'impatto dell'emergenza pandemica sulla salute mentale dei bambini e adolescenti, l'uso dei farmaci psicotropi rimane sensibilmente più basso rispetto ad altri Paesi. Secondo i dati della Tabella 1.6.8, nel 2025 la prescrizione di farmaci psicotropi nella popolazione pediatrica italiana si attesta allo 0,64%, un dato sì raddoppiato rispetto al 2020 (0,30%), ma ancora inferiore rispetto a quanto registrato in altri contesti europei (es. Francia: 1,61%) ed extra-europei (es. USA: 24,7%-26,3%). Questa tendenza si conferma trasversalmente nelle diverse classi di psicofarmaci considerate.

Tabella 1.6.8 Prescrizione degli psicofarmaci nella popolazione pediatrica nel 2025

Principali indici di esposizione e di consumo	Totale
Psicofarmaci	
Prescrizioni	559.548
Per 1000 bambini	63,8
Δ % 25-24	13,2
Confezioni	586.166
Per 1000 bambini	66,9
Δ % 25-24	12,8
Per prescrizione	1,0
Quota % sul totale del consumo	1,1
Quota % sul totale del consumo nella popolazione pediatrica	3,4
Utilizzatori	56.501
Prevalenza (%)	0,64
Δ % 25-24	12,1
Con una sola prescrizione n. (%)	7.495 (13,3%)

Figura 1.6.8 Psicofarmaci, andamento temporale 2016-2025 della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica

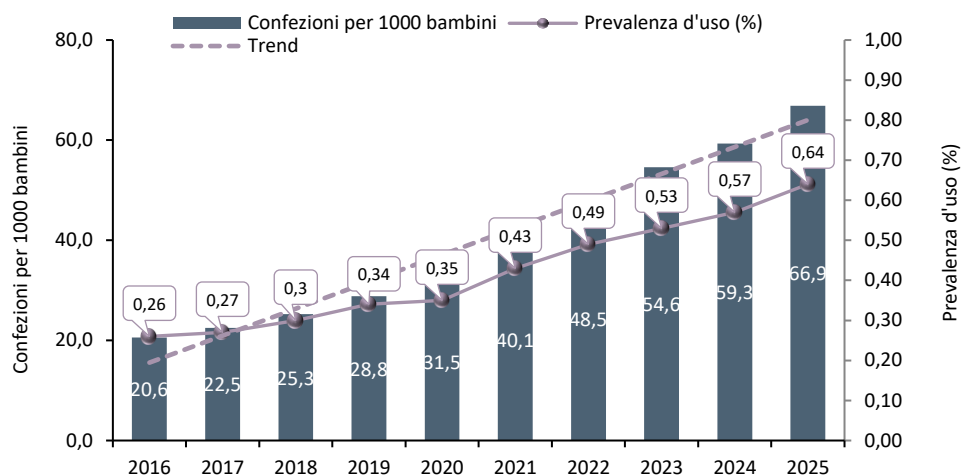


Figura 1.6.9 Andamento della prescrizione di psicofarmaci per età nel 2025

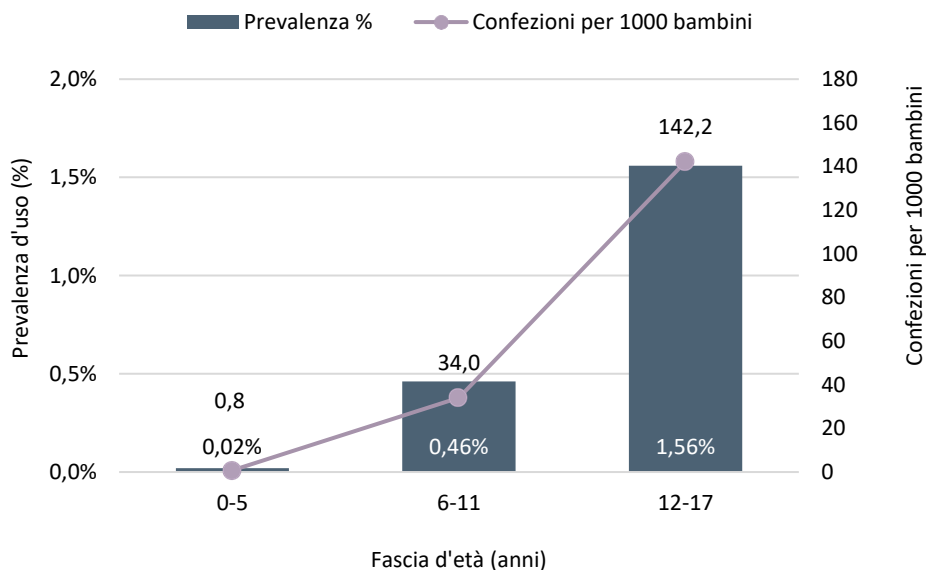


Tabella 1.6.9 Prescrizione degli psicofarmaci nella popolazione in età pediatrica nel 2025 per categoria terapeutica

Categoria terapeutica	Prevalenza (%)			Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Consumi (%)		Utilizzatori con una prescrizione (%)
	M	F	T			M	F	
Antipsicotici	0,41	0,29	0,35	33,5	11,0	61,4	38,6	13,5
Antidepressivi	0,16	0,34	0,25	18,4	5,6	34,6	65,4	17,2
Farmaci per l'ADHD	0,26	0,06	0,16	15,0	28,2	85,0	15,0	12,1
Psicofarmaci	0,72	0,56	0,64	66,9	12,8	54,3	45,7	13,3

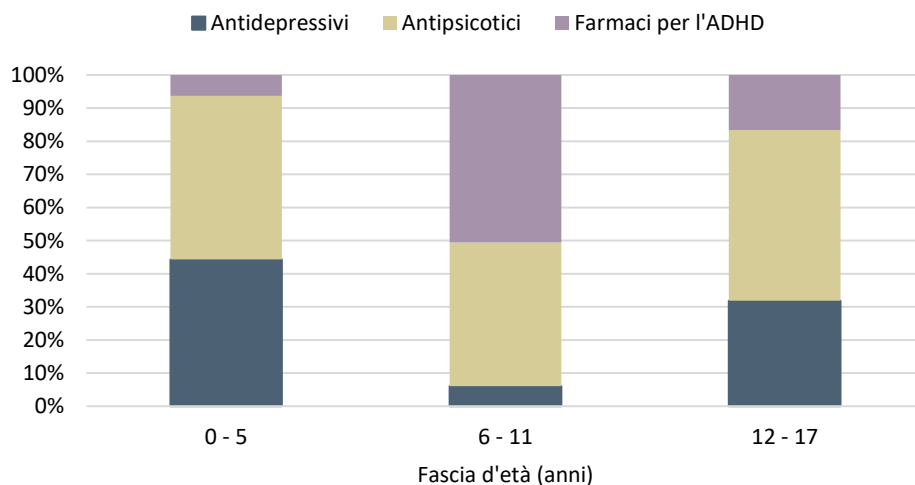
Figura 1.6.10 Distribuzione percentuale del consumo di psicofarmaci per categoria terapeutica e fascia d'età nel 2025

Tabella 1.6.10 Primi 10 psicofarmaci per consumo in età pediatrica nel 2025

Categorie e sostanze	Prevalenza (%)	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Consumi (%)	
				M	F
aripiprazolo	0,17	15,4	14,6	58,0	42,0
metilfenidato	0,16	15,0	28,9	85,0	15,0
sertralina	0,14	10,8	9,6	36,4	63,6
risperidone	0,15	6,9	13,3	79,1	20,9
fluoxetina	0,05	3,8	4,0	25,0	75,0
quetiapina	0,03	2,3	2,2	28,5	71,5
litio	0,02	2,3	13,1	38,0	62,0
olanzapina	0,02	1,8	-5,9	47,6	52,4
fluvoxamina	0,01	0,9	-12,6	48,7	51,3
escitalopram	0,01	0,6	-1,0	27,1	72,9

Tabella 1.6.11 Psicofarmaci, andamento regionale della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica nel 2025

Regione	Prevalenza (%)	Δ % 25-24	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24
Piemonte	0,57	11,8	55,1	13,2
Val d'Aosta	0,57	13,2	57,7	30,5
Lombardia	0,64	9,8	60,3	8,0
PA Bolzano	0,90	16,8	93,8	14,2
PA Trento	0,42	5,1	42,9	4,2
Veneto	0,74	13,1	83,1	16,1
Friuli VG	0,75	14,4	75,0	12,5
Liguria	0,95	18,4	93,8	15,6
Emilia R.	0,48	11,8	47,7	9,2
Toscana	1,05	8,5	101,5	11,1
Umbria	0,65	11,3	69,6	14,8
Marche	0,53	7,6	60,1	7,9
Lazio	0,79	9,7	93,2	11,6
Abruzzo	0,59	9,4	63,1	7,4
Molise	0,53	25,4	46,3	11,1
Campania	0,45	18,0	51,7	16,5
Puglia	0,55	11,2	53,3	12,0
Basilicata	0,40	10,0	41,4	19,4
Calabria	0,57	14,2	58,2	15,2
Sicilia	0,57	17,1	56,1	23,1
Sardegna	0,93	13,3	107,7	14,2
Italia	0,64	12,1	66,9	12,8
Nord	0,64	11,9	64,2	11,5
Centro	0,93	9,5	102,2	11,5
Sud e Isole	0,49	15,3	50,8	16,5

Tabella 1.6.12 Antipsicotici, andamento regionale della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica nel 2025

Regione	Prevalenza (%)	Δ % 25-24	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24
Piemonte	0,26	5,5	23,3	6,7
Val d'Aosta	0,34	12,5	34,6	42,8
Lombardia	0,35	9,1	29,1	6,7
PA Bolzano	0,23	14,7	20,4	2,9
PA Trento	0,27	13,6	22,0	8,4
Veneto	0,34	8,5	34,2	13,7
Friuli VG	0,32	10,9	27,3	5,0
Liguria	0,46	12,1	47,9	8,3
Emilia R.	0,26	11,0	23,0	7,8
Toscana	0,41	5,1	41,7	4,7
Umbria	0,29	6,8	29,3	13,6
Marche	0,32	6,9	31,8	5,1
Lazio	0,48	8,2	48,8	8,9
Abruzzo	0,34	6,8	31,1	-1,2
Molise	0,30	25,9	21,8	18,2
Campania	0,28	16,1	29,9	17,3
Puglia	0,39	15,2	36,1	17,9
Basilicata	0,24	12,7	22,3	12,6
Calabria	0,38	14,0	35,4	17,2
Sicilia	0,42	16,4	39,2	20,1
Sardegna	0,49	12,1	43,6	15,1
Italia	0,36	10,6	33,5	11,0
Nord	0,32	9,2	28,7	8,4
Centro	0,48	7,6	48,2	8,1
Sud e Isole	0,33	15,3	31,8	17,0

Tabella 1.6.13 Antidepressivi, andamento regionale della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica nel 2025

Regione	Prevalenza (%)	Δ % 25-24	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24
Piemonte	0,24	5,8	18,4	7,6
Val d'Aosta	0,12	-33,3	10,4	-8,3
Lombardia	0,30	5,4	22,6	3,8
PA Bolzano	0,30	12,2	26,6	18,2
PA Trento	0,22	1,6	17,2	-5,0
Veneto	0,29	7,9	23,5	6,2
Friuli VG	0,28	10,0	21,9	14,0
Liguria	0,37	6,9	23,8	6,5
Emilia R.	0,25	4,9	20,1	3,9
Toscana	0,43	7,3	28,9	8,3
Umbria	0,22	-0,6	14,1	-6,2
Marche	0,22	3,6	17,3	1,3
Lazio	0,26	2,3	19,3	4,7
Abruzzo	0,23	7,0	16,0	7,2
Molise	0,19	21,6	14,1	7,9
Campania	0,14	7,8	10,9	-0,9
Puglia	0,17	6,6	12,1	6,7
Basilicata	0,20	7,7	14,4	19,9
Calabria	0,18	3,2	11,3	-0,4
Sicilia	0,14	9,5	9,6	18,6
Sardegna	0,32	3,7	24,8	4,4
Italia	0,25	5,9	18,4	5,6
Nord	0,28	6,1	21,7	5,4
Centro	0,34	4,3	24,4	5,0
Sud e Isole	0,15	7,6	10,6	6,3

Tabella 1.6.14 Farmaci per l'ADHD, andamento regionale della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica nel 2025

Regione	Prevalenza (%)	Δ % 25-24	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24
Piemonte	0,16	31,3	13,4	37,6
Val d'Aosta	0,17	34,5	12,7	47,1
Lombardia	0,11	25,8	8,6	26,4
PA Bolzano	0,49	20,1	46,8	17,6
PA Trento	0,05	45,2	3,6	33,6
Veneto	0,27	29,4	25,3	30,9
Friuli VG	0,26	17,7	25,8	20,3
Liguria	0,29	47,3	22,1	51,7
Emilia R.	0,06	44,6	4,6	53,2
Toscana	0,38	13,4	30,9	24,6
Umbria	0,24	28,7	26,3	32,2
Marche	0,10	24,1	11,0	31,6
Lazio	0,23	23,9	25,1	23,8
Abruzzo	0,13	33,5	16,0	29,9
Molise	0,12	35,4	10,3	2,4
Campania	0,10	42,2	10,9	38,0
Puglia	0,07	7,4	5,1	-9,8
Basilicata	0,05	51,5	4,7	63,0
Calabria	0,11	46,1	11,4	28,2
Sicilia	0,09	49,4	7,3	51,9
Sardegna	0,35	23,9	39,3	20,3
Italia	0,16	27,1	15,0	28,2
Nord	0,16	29,4	13,8	31,1
Centro	0,30	19,8	29,7	24,2
Sud e Isole	0,09	36,9	8,4	30,1

Bibliografia

- Amill-Rosario A, Lee H, Zhang C, dosReis S. Psychotropic prescriptions during the COVID-19 pandemic among U.S. Children and Adolescents Receiving Mental Health Services. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2022;32(7):408–14.
- Bliddal M, Rasmussen L, Andersen JH, et al. Psychotropic medication Use and Psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic among Danish children, adolescents, and young adults. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(2):176–80.
- Bushnell G, Sun JW, dosReis S, et al. Geographic trends in Pediatric psychotropic medication dispensing before and after the start of the COVID-19 pandemic. *Psychiatr Serv*. 2023;74(8):880–4.
- Chua KP, Volerman A, Zhang J, et al. Antidepressant dispensing to US adolescents and young adults: 2016–2022. *Pediatrics*. 2024;153(3):e2023064245.
- Gallinella F, Trotta F, Fortinguerra F. Impact of COVID-19 pandemic on prescription of psychotropic medications in the Italian paediatric population during 2020. *Ital J Pediatr*. 2024;50(1):102.
- Hazell PL. Increased prescribing of psychotropic medication for children and adolescents during the COVID-19 pandemic: no cause for alarm. *Med J Aust*. 2023;219(1):16–7.
- Hardie RA, Sezgin G, Pont LG, et al. Psychotropic medication prescribing for children and adolescents by general practitioners during the COVID-19 pandemic. *Med J Aust*. 2023;219(1):26–7.
- Levallant M, Wathélet M, Lamer A, et al. Impact of COVID-19 pandemic and lockdowns on the consumption of anxiolytics, hypnotics and antidepressants according to age groups: a French nationwide study. *Psychol Med*. 2023;53(7):2861–7.
- Linea Guida ISS sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti. Ottobre 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/8977108/Linea+Guida+ASD_bambini+e+adolescenti+2023.pdf/e370f693-d569-4490-6d51-8e249cd152b0?t=1696841617387
- Linee Guida SINPIA. Linee Guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva, 24 giugno 2002. Disponibile al: https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2002_1.pdf
- Linea Guida per la diagnosi e il trattamento di bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico; ultimo aggiornamento: 29/10/2025; Disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/it/web/guest/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline [NG87]. Published: 14 March 2018. Last update: 13 September 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://nice.org.uk/guidance/ng87/>
- Piovani D, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M. Psychotropic medicine prescriptions in Italian youths: a multiregional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 25(3):235–45.
- Radel LF, Ali MM, West K, Lieff SA. Psychotropic Medication and Psychotropic Polypharmacy Among Children and Adolescents in the US Child Welfare System. *JAMA*

- Pediatr. 2023;177(10):1107-1110.
- Valtuille Z, Acquaviva E, Trebossen V, et al. Psychotropic Medication Prescribing for Children and Adolescents After the Onset of the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2024;7(4):e247965.
 - Wood SJ, Ilomäki J, Gould J, et al. Dispensing of psychotropic medications to Australian children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic, 2013–2021: a retrospective cohort study. Med J Aust. 2023;219(1):18–25.
 - Wang S, Li Q, Lu J, et al. Treatment rates for Mental disorders among children and adolescents: a systematic review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2023;6(10):e2338174.

La prescrizione di farmaci per i disturbi respiratori in pediatria

Dall'analisi della prescrizione dei farmaci per i disturbi respiratori (ATC R03) emerge che quasi un bambino su cinque ha ricevuto, nel corso del 2025, almeno una confezione di questi farmaci. Oltre la metà degli utilizzatori ha ricevuto una sola prescrizione nel corso dell'anno. Il tasso di prescrizione è stato pari a 396,5 per 1000 bambini, in riduzione del 15,1% rispetto all'anno precedente. Sono state dispensate 397,6 confezioni per 1000 bambini (una confezione per prescrizione), il 20,0% del totale del consumo di farmaci in età pediatrica (Tabella 1.6.15). Analizzando il trend 2019-2025 (Figura 1.6.11), si evidenzia una netta flessione della prevalenza e dei consumi nel biennio 2020-2021. Nel triennio 2022-2024 gli indicatori di consumo tornano invece a crescere, superando i valori registrati nel periodo pre-pandemico. Nell'ultimo anno i consumi decrescono nuovamente, pur rimanendo in linea con quanto registrato nell'anno precedente alla pandemia.

Nella fascia 0-5 anni di età si osserva il picco di prevalenza (28,6% e 636 confezioni per 1000 bambini), per poi decrescere con l'età fino ad arrivare a una prevalenza di 9,9% nella fascia 12-17 anni (Figura 1.6.12).

Gli steroidi inalatori (*Inhaled Corticosteroids*, ICS) sono la classe terapeutica a maggior utilizzo (prevalenza del 17,24% e 242,3 confezioni per 1000 bambini), con budesonide come principio attivo più prescritto (prevalenza d'uso del 7,59% e 109,2 confezioni per 1000 bambini), sebbene in riduzione rispetto al 2024; seguono i broncodilatatori adrenergici a breve durata d'azione (*Short-Acting beta-agonists*, SABA), con una prevalenza del 7,11%, rappresentati interamente dal salbutamolo, che ha evidenziato un decremento dei consumi del 17,1% rispetto al 2024 (Tabella 1.6.16).

Analizzando la prescrizione delle diverse classi terapeutiche per fascia di età, si evidenzia in tutte le fasce d'età una maggiore prevalenza d'uso degli steroidi inalatori e dei SABA (broncodilatatori adrenergici a breve durata d'azione), sebbene nelle fasce d'età 6-11 e 12-17 anni cresca la percentuale di consumo degli agonisti beta-2 adrenergici a lunga durata d'azione (*long-acting beta-agonists*, LABA) in associazione a steroidi inalatori-ICS (Figura 1.6.13). A livello regionale si osserva una marcata variabilità nell'esposizione della popolazione pediatrica italiana ai farmaci respiratori (Tabella 1.6.17). Le Regioni del Centro e del Sud registrano una prevalenza d'uso e dei consumi maggiori rispetto a quelle del Nord, mentre le Regioni del Nord e del Centro hanno osservato le riduzioni maggiori (-17,2% delle confezioni). L'elevata prevalenza di utilizzo di questi farmaci solleva interrogativi sull'appropriatezza prescrittiva. Considerando che la prevalenza dell'asma nella popolazione pediatrica è stimata intorno al 9% in Europa, la quota di bambini che riceve almeno una prescrizione di farmaci per i disturbi respiratori appare significativamente superiore alla prevalenza attesa. Tale osservazione potrebbe indicare che una parte delle prescrizioni avvenga *off-label*, senza indicazioni specifiche o una diagnosi certa. Simili conclusioni sono state tratte da uno studio condotto su una coorte di bambini francesi che ha evidenziato che una grande percentuale di prescrizioni di questi farmaci può essere legata alla gestione delle infezioni delle vie respiratorie, particolarmente nei bambini sotto i 4 anni, dove la diagnosi di asma è resa più complicata dalla difficoltà di identificare con certezza questa patologia a causa dell'imaturità delle vie respiratorie.

Tabella 1.6.15 Prescrizione di farmaci per i disturbi respiratori nella popolazione pediatrica nel 2025

Principali indici di esposizione e di consumo		Totale
Farmaci per i disturbi respiratori		
Prescrizioni		3.474.554
Per 1000 bambini		396,5
Δ % 25-24		-15,1
Confezioni		3.484.391
Per 1000 bambini		397,6
Δ % 25-24		-15,1
Per prescrizione		1,0
Quota % sul totale del consumo		13,1
Quota % sul totale del consumo nella popolazione pediatrica		20,0
Utilizzatori		1.561.274
Prevalenza (%)		17,81
Δ % 25-24		-12,52
Con una sola prescrizione n. (%)		809.823 (51,9%)

Figura 1.6.11 Farmaci per i disturbi respiratori, andamento temporale 2019-2025 della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica

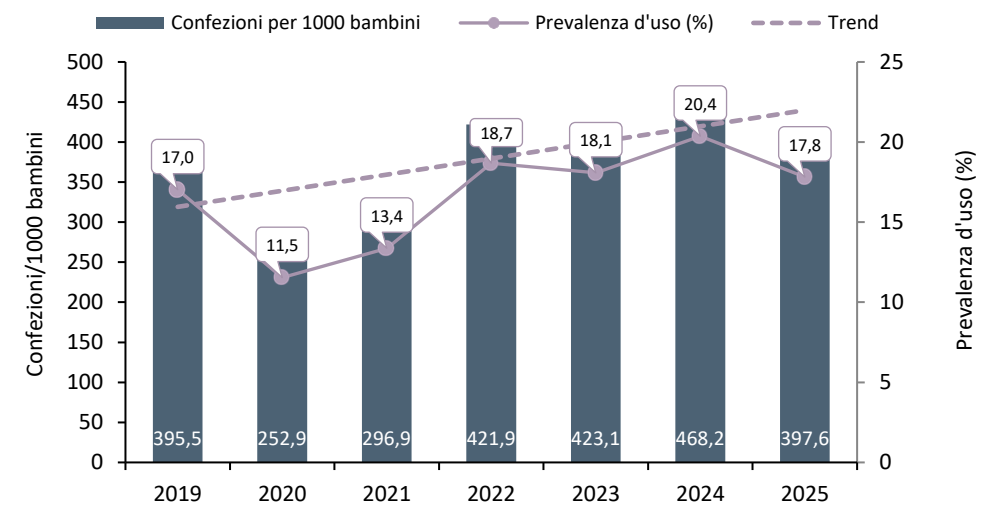


Figura 1.6.12 Andamento della prescrizione di farmaci per i disturbi respiratori per età nel 2025

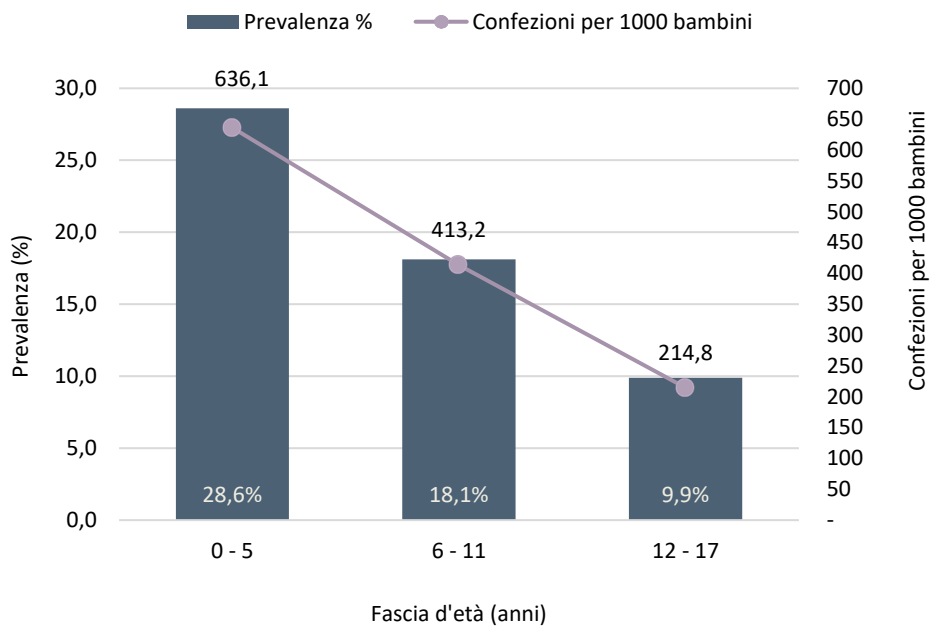


Tabella 1.6.16 Farmaci per i disturbi respiratori, prescrizione nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza nel 2025

Categorie e sostanze	Prevalenza (%)			Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24	Consumi (%)	
	M	F	T			M	F
ICS	18,44	15,97	17,24	242,3	-15,2	56,8	43,2
SABA	7,93	6,23	7,11	100,2	-17,1	60,1	39,9
LABA+ICS	1,29	0,80	1,06	27,6	3,5	64,1	35,9
Antileucotrienici (LTRA)	0,77	0,51	0,64	21,9	-17,9	63,2	36,8
SABA+SAMA	0,17	0,13	0,16	1,7	-33,0	58,3	41,7
SABA+ICS	0,13	0,10	0,11	1,3	-11,0	59,1	40,9
SAMA	0,10	0,08	0,09	1,3	-58,3	58,0	42,0
Broncodilatatori teofillinici	0,01	0,01	0,01	0,1	-26,3	60,7	39,3
Anticorpi monoclonali	<0,05	<0,05	<0,05	1,0	25,2	69,6	30,4
LABA	<0,05	<0,05	<0,05	0,1	-21,6	59,2	40,8
LABA+LAMA	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	-43,8	62,5	37,5
LABA+LAMA+ICS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	25,0	53,5	46,5
LAMA	<0,05	<0,05	<0,05	0,1	-2,8	56,9	43,1
Farmaci per i disturbi respiratori	19,11	16,43	17,81	397,6	-15,1	59,1	40,9
budesonide	8,02	7,14	7,59	109,2	-12,2	56,1	43,9
salbutamolo	7,93	6,23	7,11	100,2	-17,1	60,1	39,9
beclometasone	6,61	5,83	6,23	82,5	-14,0	56,2	43,8
fluticasone	2,11	1,45	1,79	30,4	-26,9	62,3	37,7
montelukast	0,77	0,51	0,64	21,9	-17,9	63,2	36,8
flunisolide	1,69	1,56	1,63	20,1	-15,2	54,2	45,8
salmeterolo/fluticasone	0,71	0,43	0,57	15,2	2,6	64,7	35,3
formoterolo/budesonide	0,31	0,19	0,25	6,3	9,0	64,6	35,4
vilanterolo/ fluticasone furoato	0,09	0,06	0,08	2,7	1,6	62,4	37,6
formoterolo/beclometasone	0,14	0,10	0,12	2,4	-6,3	59,9	40,1

Figura 1.6.13 Distribuzione percentuale del consumo di farmaci per i disturbi respiratori per categoria terapeutica e fascia d'età nel 2025 (sono state inserite le categorie con prevalenza maggiore dello 0,05%)

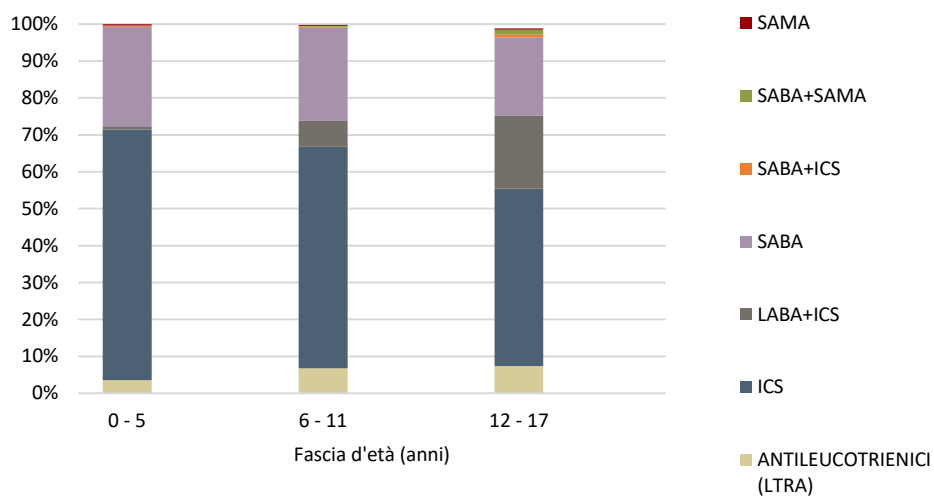


Tabella 1.6.17 Farmaci per i disturbi respiratori, andamento regionale della prevalenza d'uso (%) e del consumo (confezioni per 1000 bambini) nella popolazione pediatrica nel 2025

Regione	Prevalenza (%)	Δ % 25-24	Confezioni (per 1000 bambini)	Δ % 25-24
Piemonte	13,9	-18,8	299,9	-19,7
Val d'Aosta	16,8	-13,3	337,3	-17,5
Lombardia	16,7	-12,6	355,0	-15,2
PA Bolzano	13,6	-28,0	262,2	-28,7
PA Trento	19,3	-23,1	426,2	-24,3
Veneto	16,7	-15,3	375,8	-15,6
Friuli VG	12,7	-16,8	256,3	-15,9
Liguria	16,8	-21,7	432,9	-23,1
Emilia R.	20,3	-14,6	448,6	-16,9
Toscana	14,0	-20,5	320,1	-20,7
Umbria	14,4	-18,9	302,3	-17,8
Marche	17,9	-13,8	398,1	-12,3
Lazio	21,9	-12,9	518,1	-16,7
Abruzzo	22,2	-6,9	473,8	-9,3
Molise	20,1	-7,2	400,2	-11,4
Campania	24,4	-10,4	610,2	-15,4
Puglia	12,7	-5,0	248,3	-8,4
Basilicata	16,7	2,1	340,4	-3,4
Calabria	18,3	-6,3	402,5	-8,7
Sicilia	16,3	-2,5	330,2	-5,2
Sardegna	20,9	-8,3	454,0	-9,9
Italia	17,8	-12,5	397,6	-15,1
Nord	16,7	-15,5	364,8	-17,2
Centro	18,5	-15,2	428,3	-17,2
Sud e Isole	19,0	-7,1	424,5	-11,2

Bibliografia

- Zhou W, Tang J. Prevalence and risk factors for childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2025 Jan 20;25(1):50.
- Benevent J, Bensadallah I, Caillet A, Michelet M, Beau AB, Lacroix I, Damase-Michel C. Prescriptions of respiratory medications in children aged 0-10 years: A longitudinal drug utilization study in the POMME database. *Respir Med.* 2024 Oct;232:107741.
- Baiardi P, Ceci A, Felisi M, Cantarutti L, Girotto S, Sturkenboom M, Baraldi E. In-label and off-label use of respiratory drugs in the Italian paediatric population. *Acta Paediatr.* 2010 Apr;99(4):544-9.

1.7 Utilizzo dei farmaci in età geriatrica

In Italia la popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni ha raggiunto nel 2025 circa 14,8 milioni di individui, pari a quasi il 25% del totale. Le femmine sono 8,0 milioni e rappresentano il 55,6% dei soggetti di questa fascia di età. Come atteso, il consumo di farmaci aumenta con l'età fino alla fascia 80-84 anni, per poi ridursi leggermente negli over 85 (Figura 1.7.1). I soggetti che hanno fatto registrare i maggiori consumi sono quelli di età compresa tra 80 e 84 anni e gli ultra-ottantacinquenni (rispettivamente 4.073,4 e 3.893,6 DDD/1000 utilizzatori *die*), con una spesa per utilizzatore pari a 693,01 e 652,29 euro rispettivamente (Tabella 1.7.1). Complessivamente la spesa media per utilizzatore è stata di 591,10 euro (648,23 nei maschi e 545,72 nelle femmine), in aumento rispetto al 2024 (+3,7%). L'analisi del consumo di farmaci nei pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica nel 2025 ha evidenziato un numero di DDD/1000 utilizzatori *die* maggiore nei maschi rispetto alle femmine (3.318,1 vs 3.428,8) e una generale stabilità delle dosi erogate nel 2025 rispetto al 2024 (-0,2%). Se si analizza la prevalenza d'uso, si osserva come quasi l'intera popolazione (97,2%) abbia ricevuto nel corso dell'anno almeno una prescrizione farmacologica, indipendentemente dal sesso e mantenendosi su valori pressoché stabili rispetto all'anno precedente (-0,2%). Dopo l'aumento dei pazienti incidenti registrato per tutte le fasce di età nel 2024, nel 2025 l'incidenza d'uso ha subito una riduzione (-5,3%) rispetto all'anno precedente. L'incidenza percentuale del numero di dosi assunte dalla popolazione anziana in Italia nel periodo 2020-2025 (Tabella 1.7.2) mostra come il peso degli ultra-sessantacinquenni sulla popolazione generale è rimasto pressoché stabile nel periodo considerato, attestandosi al 68%. I pazienti di età compresa tra 75 e 79 anni sono quelli che incidono maggiormente nel 2025 sui consumi (15,8%). Parallelamente, l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale lorda per fascia di età (Tabella 1.7.3) nel 2025 mostra come gli ultra-sessantacinquenni assorbano oltre il 64% della spesa totale, con un andamento che si mantiene piuttosto costante nel tempo. Nella fascia d'età 75-79 anni si riscontra l'incidenza maggiore (14,7% nel 2025), in leggero aumento rispetto all'anno precedente (14,3% nel 2024), mentre l'incidenza più bassa è stata osservata negli ultra-novantenni (3,5% nel 2025), valore che si è mantenuto pressoché stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 1.7.1 Distribuzione per età e sesso della prescrizione farmaceutica nella popolazione di età ≥65 anni nel 2025

Fascia d'età	Spesa per utilizzatore				DDD/1000 utilizzatori <i>die</i>			
	M	F	T	Δ % 25-24	M	F	T	Δ % 25-24
65-69	511,59	415,80	461,07	4,9	2.741,0	2.458,9	2.592,2	-0,4
70-74	619,30	507,01	559,60	4,4	3.369,5	3.050,2	3.199,8	-0,4
75-79	705,55	589,72	642,68	3,9	3.896,5	3.593,2	3.731,9	-0,2
80-84	759,84	642,11	693,01	3,3	4.238,8	3.947,4	4.073,4	0,0
85+	727,61	608,50	652,29	2,3	4.113,3	3.765,8	3.893,6	0,0
Totale	648,23	545,72	591,10	3,7	3.568,1	3.318,1	3.428,8	-0,2

	Prevalenza d'uso (%)				Incidenza d'uso (%)			
	M	F	T	Δ % 25-24	M	F	T	Δ % 25-24
65-69	88,7	90,6	89,7	0,0	5,9	5,2	5,5	-4,1
70-74	93,5	93,4	93,5	0,3	3,7	3,4	3,5	-3,2
75-79	100,0	99,9	100,0	0,1	2,5	2,3	2,4	-6,4
80-84	98,7	95,7	97,0	-0,8	1,8	1,7	1,7	-7,7
85+	100,0	100,0	100,0	-1,1	1,8	1,9	1,8	-12,1
Totale	97,3	97,2	97,2	-0,2	3,5	3,0	3,3	-5,3

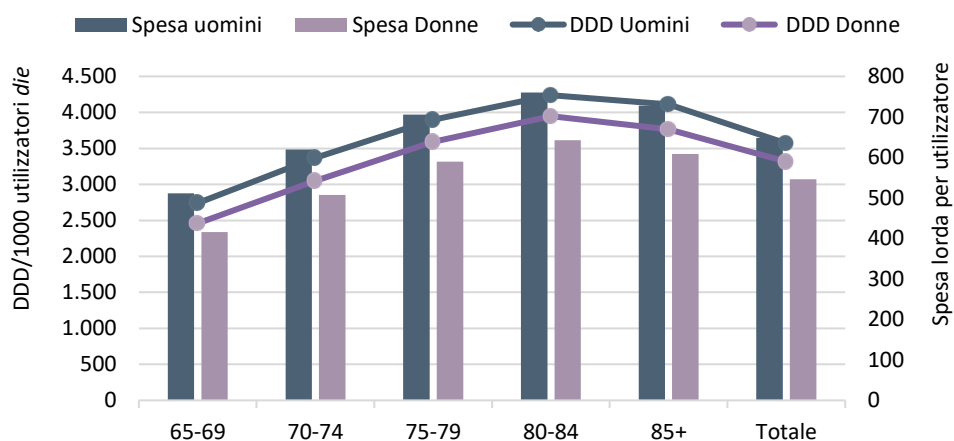
Figura 1.7.1 Andamento della prescrizione nella popolazione di età ≥65 anni (DDD/1000 utilizzatori *die* e spesa lorda per utilizzatore) nel 2025

Tabella 1.7.2 Incidenza del consumo (numero di dosi) territoriale di farmaci per età nel periodo 2020-2025

Fascia d'età	Incidenza dosi (%)					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-64	31,8	32,4	32,3	32,0	31,8	31,5
65-69	11,9	11,9	12,0	12,1	12,1	12,3
70-74	15,5	14,9	14,5	14,0	13,8	13,7
75-79	13,8	14,0	14,5	15,0	15,4	15,8
80-84	13,6	13,4	13,2	13,0	12,6	12,1
85-90	9,9	9,7	9,8	10,2	10,5	10,8
>90	3,5	3,6	3,6	3,7	3,8	3,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabella 1.7.3 Incidenza della spesa farmaceutica territoriale lorda per fascia d'età nel periodo 2020-2025

Fascia d'età	Incidenza spesa (%)					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-64	36,0	36,5	36,8	36,5	36,3	36,0
65-69	11,2	11,2	11,3	11,5	11,6	11,8
70-74	14,4	13,9	13,5	13,1	13,0	13,0
75-79	12,9	13,1	13,5	14,0	14,3	14,7
80-84	12,9	12,6	12,3	12,1	11,7	11,1
85-90	9,4	9,2	9,2	9,4	9,7	9,8
>90	3,3	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La politerapia nella popolazione anziana

Al fine di valutare la politerapia nella popolazione anziana sono state condotte due analisi, che hanno avuto l'obiettivo di valutare la "politerapia" e la "politerapia cronica", utilizzando come proxy il numero di farmaci prescritti per utilizzatore.

La prima analisi ha valutato la "politerapia" definita come la "somministrazione di un numero medio di sostanze (ATC V livello) per utilizzatore nel corso dell'anno, indipendentemente dalla durata della prescrizione".

Sulla base di questo approfondimento nel 2025 ogni utilizzatore ultra-sessantacinquenne ha assunto in media 7,5 sostanze farmacologiche differenti (Tabella 1.7.4), con un valore più basso (5,9 sostanze per utilizzatore) nella fascia tra 65 e 69 anni di età e quello più elevato (8,7 sostanze per utilizzatore) registrato negli ultra-ottantacinquenni. Per entrambi i sessi si assiste a un progressivo incremento del numero di principi attivi diversi (sostanze farmacologiche) assunti all'aumentare dell'età: nei maschi si passa da 5,8 sostanze nella fascia compresa tra i 65 e i 69 anni di età a 8,8 assunte negli ultra-ottantacinquenni, mentre nelle femmine si passa da 5,9 sostanze diverse assunte nella fascia di età 65-69 anni a 8,5 differenti principi attivi assunti nella fascia di età uguale o superiore agli 85 anni. Se si analizza la distribuzione degli utilizzatori per numero di principi attivi diversi (Figura 1.7.5) si può notare come il 67,7% degli utilizzatori anziani (quasi 7 utilizzatori su 10) abbia ricevuto prescrizioni di almeno 5 diverse sostanze (definizione di politerapia) nel corso dell'anno di riferimento e come addirittura circa uno su tre (27,9%) di età pari a o superiore ai 65 anni assuma almeno 10 principi attivi diversi nel corso dell'anno.

L'analisi delle prevalenze d'uso per numero di sostanze diverse per Regione e area geografica (Tabella 1.7.5) ha evidenziato una prevalenza maggiore alla media nazionale, relativa all'uso di un numero di sostanze superiore a 10 per le Regioni del Centro (27,9%) e del Sud (37,5%). Per un numero inferiore alle 8 sostanze, invece, è possibile notare una maggiore prevalenza d'uso nelle Regioni del Nord, rispetto alla media nazionale.

Tabella 1.7.4 Numero medio di sostanze per età e sesso nel 2025

Fascia d'età	Numero medio di sostanze			Media ultimi 5 anni
	Maschi	Femmine	Totale	
65-69	5,8	5,9	5,9	5,9
70-74	6,9	6,8	6,9	6,9
75-79	7,8	7,7	7,8	7,8
80-84	8,5	8,3	8,4	8,4
≥85	8,8	8,5	8,7	8,6
Totale	7,6	7,4	7,5	7,5

Figura 1.7.2 Distribuzione percentuale degli utilizzatori nella popolazione di età ≥65 anni per numero di sostanze diverse nel 2025

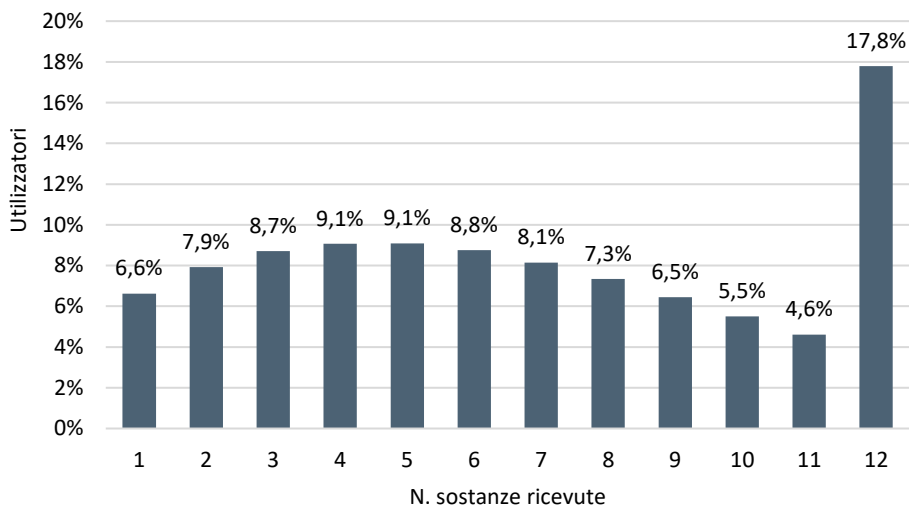


Tabella 1.7.5 Prevalenza d'uso (%) per Regione e per numero di sostanze diverse (anno 2025)

Regione	Numero di sostanze diverse				
	1	2-4	5-7	8-9	10+
Piemonte	7,3	27,2	26,0	12,9	22,6
Valle d'Aosta	8,6	28,6	24,3	11,7	20,2
Lombardia	7,7	28,4	25,6	12,2	19,3
PA Bolzano	11,0	31,5	24,0	10,4	14,3
PA Trento	8,3	28,3	25,4	12,6	20,6
Veneto	9,0	31,1	25,6	11,4	16,3
Friuli VG	8,2	29,1	26,0	12,5	19,1
Liguria	7,5	26,9	25,2	12,6	22,3
Emilia R.	7,3	27,9	27,2	13,3	20,8
Toscana	7,4	27,6	26,1	12,9	22,6
Umbria	6,0	25,9	27,1	14,2	26,0
Marche	5,7	24,2	26,6	14,8	28,5
Lazio	5,3	22,1	25,0	14,4	31,8
Abruzzo	5,1	22,3	26,1	14,9	31,7
Molise	4,7	20,4	24,6	15,1	36,0
Campania	4,1	18,8	23,2	14,6	40,5
Puglia	4,5	20,6	25,0	15,1	36,2
Basilicata	4,4	20,2	24,9	15,3	36,7
Calabria	4,4	18,2	22,0	13,9	41,4
Sicilia	4,3	18,7	23,1	14,6	40,4
Sardegna	6,1	25,3	26,7	14,2	25,7
Italia	6,4	25,0	25,3	13,4	27,1
Nord	7,9	28,6	25,9	12,3	19,7
Centro	6,1	24,5	25,8	14,0	27,9
Sud e Isole	4,5	20,0	24,0	14,6	37,5

La seconda analisi ha avuto l'obiettivo di valutare la "politerapia cronica", definita come la "somministrazione di 5 o più farmaci (ATC IV livello) assunti nello stesso mese per almeno 6 o 9 mesi, anche non consecutivi, nel corso dell'anno."

A questo scopo è stata selezionata una coorte di pazienti (≥65 anni) che nel corso dell'ultimo trimestre del 2024 abbiano ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica (data indice) e che risultino in vita nell'ultimo trimestre 2025, escludendo i pazienti >95 anni in quanto frequentemente ospedalizzati o ricoverati in RSA.

Tutti i soggetti così indentificati sono stati seguiti per un periodo di osservazione (*follow up*) di 12 mesi, assumendo che il trattamento abbia avuto inizio il giorno in cui è stata effettuata la prescrizione e che il soggetto abbia assunto il farmaco per tutta la durata della terapia. Per ciascuna prescrizione è stata calcolata la copertura farmacologica, ovvero il numero di giorni di terapia (calcolati in base alle DDD dispensate in ogni prescrizione) e per ogni soggetto è stato calcolato il numero di farmaci assunti nello stesso mese per 6 o 9 mesi, anche non consecutivi, in un anno. Per il calcolo del numero di farmaci assunti è stato considerato il IV livello ATC, per evitare di considerare due principi attivi appartenenti alla stessa classe farmacologica come due terapie diverse (es. atorvastatina e simvastatina

prescritti durante i 6 mesi), al fine di minimizzare l'effetto dello *switch* farmacologico all'interno della stessa classe terapeutica, evento frequente nella pratica clinica, soprattutto nella gestione di patologie croniche.

Da questa analisi emerge che il 33,2% della popolazione anziana (3 pazienti su 10) assume almeno 5 farmaci diversi per almeno 6 mesi nel corso di un anno (definizione di politerapia cronica), con un andamento crescente all'aumentare dell'età fino agli 89 anni, dove raggiunge il picco massimo del 44,0% (un paziente su due); successivamente, tale percentuale si riduce al 39,6% (Tabella 1.7.6). L'andamento per età è simile in entrambi i sessi, sebbene la percentuale di maschi in politerapia risulti superiore a quella delle femmine per tutte le fasce di età. Questi andamenti si mantengono anche considerando un periodo superiore (9 mesi, anche non consecutivi), sebbene la percentuale di soggetti in politerapia sia inferiore, attestandosi al 22,0% (un paziente su 5).

Se si considera l'andamento per area geografica e per Regione è possibile osservare una marcata variabilità nella percentuale di soggetti in politerapia cronica (Tabella 1.7.7). Le Regioni del Centro e del Sud presentano percentuali superiori alla media nazionale in tutte le fasce di età, sia a 6 che a 9 mesi. In particolare, si passa da 23,4% nella PA di Bolzano a 43,9% in Calabria a 6 mesi e da 12,2% in Lombardia a 31,8% in Calabria a 9 mesi, suggerendo un possibile margine per interventi di miglior appropriatezza d'impiego.

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione ha portato a un aumento del numero di pazienti affetti da molteplici patologie croniche (multimorbilità) e alla conseguente co-prescrizione di più farmaci correlati (politerapia), soprattutto tra gli anziani. Dati recenti di letteratura indicano una prevalenza della politerapia nella popolazione anziana, che a seconda della definizione utilizzata varia a livello globale dal 2,6% all'86,6%. Anche i dati ottenuti nella popolazione italiana indicano un frequente ricorso alla politerapia negli over-sessantacinquenni (68,1% e 33,1% in modo cronico), esponendo di conseguenza questa fascia di popolazione a un rischio elevato di interazioni farmacologiche e reazioni avverse ai farmaci, e quindi a una maggiore probabilità di ospedalizzazione e morte. La riduzione del carico farmacologico e l'ottimizzazione dei regimi terapeutici nei pazienti anziani mediante la rivalutazione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, la riconciliazione farmacologica e il *deprescribing* risultano pertanto attività cruciali da implementare, soprattutto nell'ambito della medicina generale, allo scopo di migliorare gli esiti di salute e la qualità della vita di pazienti anziani.

Tabella 1.7.6 Percentuale di utilizzatori nella popolazione di età ≥ 65 anni in politerapia cronica (prescrizione di 5 farmaci o più per almeno 6 e 9 mesi, anche non consecutivi, nel corso del 2025)

Fascia d'età	6 mesi (%)			9 mesi (%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
65 - 69	23,0	18,0	20,4	14,9	10,9	12,8
70 - 74	31,5	25,8	28,5	21,2	16,4	18,6
75 - 79	39,3	34,1	36,5	27,1	22,3	24,5
80 - 84	44,8	40,5	42,4	31,4	27,0	28,9
85 - 89	46,0	42,6	44,0	31,8	28,1	29,6
≥ 90	41,7	38,5	39,6	27,7	24,4	25,5
Totale	35,4	31,5	33,2	24,1	20,4	22,0

Tabella 1.7.7 Percentuale di utilizzatori nella popolazione di età ≥65 anni in politerapia cronica (prescrizione di 5 farmaci o più per almeno 6 e 9 mesi, anche non consecutivi, nel corso del 2025) per Regione e fascia di età

Regione	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 - 84		85 - 89		≥90		Totale	
	6 mesi	9 mesi	6 mesi	9 mesi	6 mesi	9 mesi	6 mesi	9 mesi	6 mesi	9 mesi	6 mesi	9 mesi	6 mesi	9 mesi
Piemonte	19,9	12,3	27,1	17,3	34,7	22,7	40,6	27,0	41,0	26,6	34,7	21,0	31,8	20,5
Val d'Aosta	15,2	8,2	20,6	11,5	28,2	16,4	33,9	19,6	34,5	19,7	30,3	17,0	25,7	14,6
Lombardia	13,6	6,4	19,5	9,5	25,8	13,1	31,6	16,5	34,1	17,6	32,2	16,0	24,3	12,2
PA Bolzano	11,6	5,7	17,4	9,4	25,0	13,7	30,7	17,1	34,1	19,2	32,2	17,6	23,4	12,8
PA Trento	14,6	7,7	21,5	12,0	30,1	17,7	38,1	23,1	41,3	24,5	38,5	22,5	27,9	16,2
Veneto	14,4	8,2	20,8	12,3	28,2	17,4	34,9	22,0	37,7	23,4	34,8	20,6	26,4	16,1
Friuli VG	16,6	9,3	23,1	13,8	31,7	19,4	38,3	23,6	40,0	24,3	35,7	19,9	29,5	17,7
Liguria	17,1	10,6	24,7	16,1	32,9	22,1	39,6	27,1	42,5	29,2	40,0	26,1	31,2	20,8
Emilia R	15,9	8,8	23,0	13,5	31,1	18,8	38,0	23,7	41,3	25,6	38,5	23,0	29,1	17,5
Toscana	18,3	11,8	25,8	17,3	34,4	23,9	41,1	28,9	44,0	30,9	41,3	27,5	32,3	22,2
Umbria	22,5	16,6	31,5	24,0	41,6	32,3	49,4	39,5	53,5	41,8	50,1	38,2	39,1	30,2
Marche	21,1	13,7	30,6	20,8	40,5	28,5	48,8	35,3	52,5	37,9	49,2	34,3	37,8	26,5
Lazio	22,4	14,2	31,4	20,8	40,6	27,9	47,9	33,6	50,6	35,5	47,7	32,3	37,2	25,3
Abruzzo	23,1	15,3	32,4	22,6	41,6	30,0	48,7	35,3	50,8	36,8	46,2	31,7	37,8	26,7
Molise	24,4	15,8	33,6	22,8	42,8	29,6	49,9	35,2	51,5	35,4	47,1	31,8	38,8	26,5
Campania	28,9	19,8	39,3	28,2	48,8	36,3	54,9	41,5	55,2	41,2	49,3	34,9	43,0	31,3
Puglia	24,3	15,7	33,9	23,0	43,1	30,2	49,9	35,7	51,6	36,4	46,6	31,4	38,8	26,8
Basilicata	28,4	20,0	38,4	28,5	48,6	36,7	55,1	42,9	57,1	43,1	50,3	36,6	43,3	32,3
Calabria	29,5	20,1	39,6	28,2	49,0	36,1	55,5	41,8	56,3	42,0	51,6	36,9	43,9	31,8
Sicilia	28,0	19,0	38,8	27,7	48,7	36,2	55,3	41,8	56,6	42,2	52,0	37,3	43,4	31,6
Sardegna	21,6	13,8	29,6	19,8	37,5	25,8	44,6	31,4	48,6	34,4	45,2	30,2	35,0	23,9
Italia	20,8	13,1	28,9	18,9	37,0	24,9	43,1	29,4	45,2	30,4	41,8	26,9	33,9	22,5
Nord	15,5	8,5	22,1	12,6	29,4	17,4	35,7	21,6	38,1	22,8	35,0	20,0	27,5	16,1
Centro	21,1	13,7	29,6	20,0	38,5	26,9	45,7	32,6	48,8	34,7	45,9	31,4	35,8	24,7
Sud e Isole	27,2	18,4	37,4	26,4	46,9	34,3	53,3	39,7	54,5	40,0	49,3	34,6	41,8	30,0

Bibliografia

- Carollo M, Crisafulli S, Vitturi G, Besco M, Hinek D, Sartorio A, Tanara V, Spadacini G, Selleri M, Zanconato V, Fava C, Minuz P, Zamboni M, Trifirò G. Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2024;72(10):3219-3238.
- Carollo M, Boccardi V, Crisafulli S, Conti V, Gnerre P, Miozzo S, Omodeo Salè E, Pieraccini F, Zamboni M, Marengoni A, Onder G, Trifirò G; Italian Scientific Consortium on medication review, deprescribing. Medication review and deprescribing in different healthcare settings: a position statement from an Italian scientific consortium. *Aging Clin Exp Res.* 2024;36(1):63.
- Fincke BG, Snyder K, Cantillon C, Gaehde S, Stranding P, Fiore L, Brophy M, Gagnon DR. Three complementary definitions of polypharmacy: methods, application and comparison of findings in a large prescription database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14:121–8
- Franchi C, Marcucci M, Mannucci PM, Tettamanti M, Pasina L, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, Nobili A. Changes in clinical outcomes for community-dwelling older people exposed to incident chronic polypharmacy: a comparison between 2001 and 2009. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2016;25(2):204-11.
- Franchi C, Cartabia M, Risso P, Mari D, Tettamanti M, Parabiaghi A, Pasina L, Djignefa Djade C, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, Nobili A. Geographical differences in the prevalence of chronic polypharmacy in older people: eleven years of the EPIFARM-Elderly Project. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(7):1477-83.
- Mantel-Teeuwisse AK, Klungel OH, Verschuren WM, Porsius A, de Boer A. Comparison of different methods to estimate prevalence of drug use by using pharmacy records. *J Clin Epidemiol* 2001; 54:1181–6
- Nicholson K, Liu W, Fitzpatrick D, Hardacre KA, Roberts S, Salerno J, Stranges S, Fortin M, Mangin D. Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: a systematic review. *Lancet Healthy Longev.* 2024;5(4):e287-e296.
- Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med.* 2021;12(3):443-452.
- Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63:187–95

1.8 Confronto internazionale

In questa sezione viene presentata un'analisi di confronto internazionale sui consumi, la spesa farmaceutica, i prezzi e il ricorso ai farmaci equivalenti e biosimilari, nonché un'analisi sulla spesa dei farmaci orfani.

La fonte informativa del confronto internazionale è la banca dati IQVIA MIDAS®. I dati raccolti nei diversi Paesi per entrambi i canali, territoriale e ospedaliero, sono stati standardizzati (lingua, valuta, nome dell'azienda, nome del prodotto e della confezione). Sono state acquisite informazioni su date di lancio, copertura brevettuale, specialità di appartenenza, classificazione biologici/biosimilari e attributo di farmaco orfano. Il dato territoriale comprende l'acquisto privato da parte del cittadino ed è al netto della distribuzione diretta in nome e per conto. Il dato ospedaliero è comprensivo della distribuzione diretta in nome e per conto e delle strutture private accreditate. La spesa territoriale è stata calcolata valorizzando le movimentazioni al prezzo a realizzo industria. Per il calcolo della spesa ospedaliera è stato utilizzato il 50% del prezzo al pubblico al netto di IVA o il prezzo pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale per la cessione alle strutture del SSN. Pertanto, la spesa così calcolata non tiene conto dell'effetto degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, che in media ha un impatto del 49% sul prezzo dei farmaci. Per il confronto internazionale sono stati considerati 9 Paesi oltre l'Italia: Germania, Belgio, Austria, Spagna, Francia, Svezia, Portogallo, Gran Bretagna e Polonia (Euro10).

Confronto della spesa, dei consumi e del costo per Standard Unit

In Italia nel 2025 l'incidenza della spesa farmaceutica totale sul PIL è stata dell'1,96%, inferiore solo a Spagna (2,12%) e in linea con quella del Portogallo (1,90%). Registrano percentuali notevolmente inferiori Svezia (0,96%) e Gran Bretagna (1,13%; Figura 1.8.1). Si evidenzia una tendenza della spesa *pro capite* a crescere all'aumentare del PIL *pro capite*, sebbene vi sia solo una debole correlazione tra spesa e PIL (Figura 1.8.2). Tutti i Paesi hanno osservato un tendenziale incremento dal 2021 al 2025 del peso della spesa farmaceutica sul PIL, principalmente attribuibile ad una crescita della spesa farmaceutica. Il trend di crescita del valore della spesa farmaceutica *pro capite* è, infatti, osservabile in tutti i Paesi analizzati (Figura 1.8.3), con un tasso di crescita medio annuo (CAGR%) nel periodo 2018-2025 del 7,4%. L'Italia ha registrato un tasso di crescita in linea con la media (+7,6%), mentre la Polonia e la Svezia sono rispettivamente i Paesi con la crescita media annua più elevata (+12,4%) e quella più bassa (+5,1%).

La spesa farmaceutica totale italiana, comprensiva della spesa territoriale pubblica e privata e della spesa ospedaliera, è stata pari a 750 euro *pro capite*, inferiore rispetto a quella registrata in Germania (779 euro), Austria (795 euro) e lievemente superiore a quella del Belgio (738 euro) e della Spagna (727 euro); risulta, invece, nettamente superiore a quella della Polonia (388 euro), della Svezia (536 euro), del Portogallo (541 euro) e della Gran Bretagna (575 euro) (Figura 1.8.3).

Il confronto internazionale è stato effettuato anche in termini di *Standard Unit* (SU), ovvero le unità elementari contenute in ciascuna confezione. La definizione di unità standard è agevole nel caso di forme solide (tipicamente compresse, capsule, ecc.) o forme liquide già

preconfezionate in unità elementari (ad esempio, siringhe pre-riempite). Per altre tipologie farmaceutiche (ad esempio, sciroppi o aerosol) vengono individuati dei criteri per l'identificazione dell'unità minima standard (ad esempio, inalazione).

Il confronto in *Standard Unit* mostra in Italia un consumo *pro capite* di 839 SU (Figura 1.8.4), inferiore a tutti i Paesi considerati, alla media Paesi EU10 (1.083 SU *pro capite*). È importante sottolineare che il dato di consumo si riferisce alle SU erogate e non a quelle effettivamente consumate dal paziente; pertanto il diverso confezionamento, o la numerosità delle unità posologiche all'interno delle singole confezioni, può avere un impatto sui livelli di consumo rilevati. A parità di aderenza i Paesi caratterizzati da un minor numero medio di unità posologiche per confezione mostreranno un livello di consumo apparente più contenuto. Ciò è riconducibile alla contrazione della quota di unità posologiche non assunte dal singolo paziente. La differenza riscontrata nei consumi in Italia rispetto alla media europea può essere, pertanto, attribuibile anche al fatto che in Italia le confezioni erogate in ambito territoriale contengano mediamente un numero inferiore di SU e di DDD rispetto alla media europea. Inoltre, a differenza della DDD che rappresenta la dose media giornaliera, la SU non tiene conto del dosaggio utilizzato. Pertanto, a parità di posologia prescritta, nei Paesi in cui si utilizzano maggiormente unità posologiche a più basso dosaggio si potrebbe riscontrare un maggior consumo e un maggior costo per SU.

Se osserviamo il costo medio per SU, l'Italia con 0,24 euro presenta un valore, in ambito territoriale, inferiore del 27% rispetto alla media EU10 (0,33 euro) dei Paesi analizzati. Inoltre, in Italia tale valore ha mostrato una lieve crescita rispetto al 2024 (+5,4%), a differenza di Paesi come Svezia (+14,4%), Portogallo e Belgio (+10,2%), dove si sono riscontrate le maggiori variazioni (Figura 1.8.5). In ambito ospedaliero (Figura 1.8.6), l'Italia presenta un costo medio per SU (8,03 euro) superiore alla media dei Paesi analizzati (EU10: 6,24 euro), con una differenza percentuale del 29%. È importante sottolineare che il confronto non è effettuato su un paniere comune di farmaci e che il diverso confezionamento (numero di unità posologiche contenute/SU) potrebbe riflettersi sulla definizione del costo per unità posologica, a causa di un potenziale effetto prezzo/volume. In tutti i Paesi analizzati si registra un incremento rispetto al 2024, con la maggiore variazione in Polonia (+15,8%). Se si considerano i prezzi d'acquisto delle strutture sanitarie pubbliche per Italia e Germania (HPm – *Hospital Price medium*), gli unici Paesi per cui tale prezzo è disponibile, otteniamo un prezzo per SU pari rispettivamente a 4,1 euro e 1,9 euro. I valori dell'Italia evidenziano un diverso incremento del costo per SU, rispetto all'anno precedente, se consideriamo il prezzo a realizzo industria (+10,9%) rispetto al prezzo effettivo di acquisto (+6,6%), contrariamente a quanto avviene per la Germania, il cui incremento risulta pressoché sovrapponibile indipendentemente dal valore considerato (+7,7% a realizzo industria e +8,1% al prezzo effettivo di acquisto).

Considerando complessivamente l'ambito territoriale ed ospedaliero e il prezzo d'acquisto (Figura 1.8.7), i valori dell'Italia risultano più alti rispetto a quelli della Germania (0,89 vs 0,68 euro); considerando tuttavia il costo effettivo per le strutture sanitarie pubbliche, la situazione si inverte (0,56 vs 0,62 euro per SU).

Figura 1.8.1 Confronto internazionale: incidenza della spesa farmaceutica totale sul PIL nel periodo 2021-2025

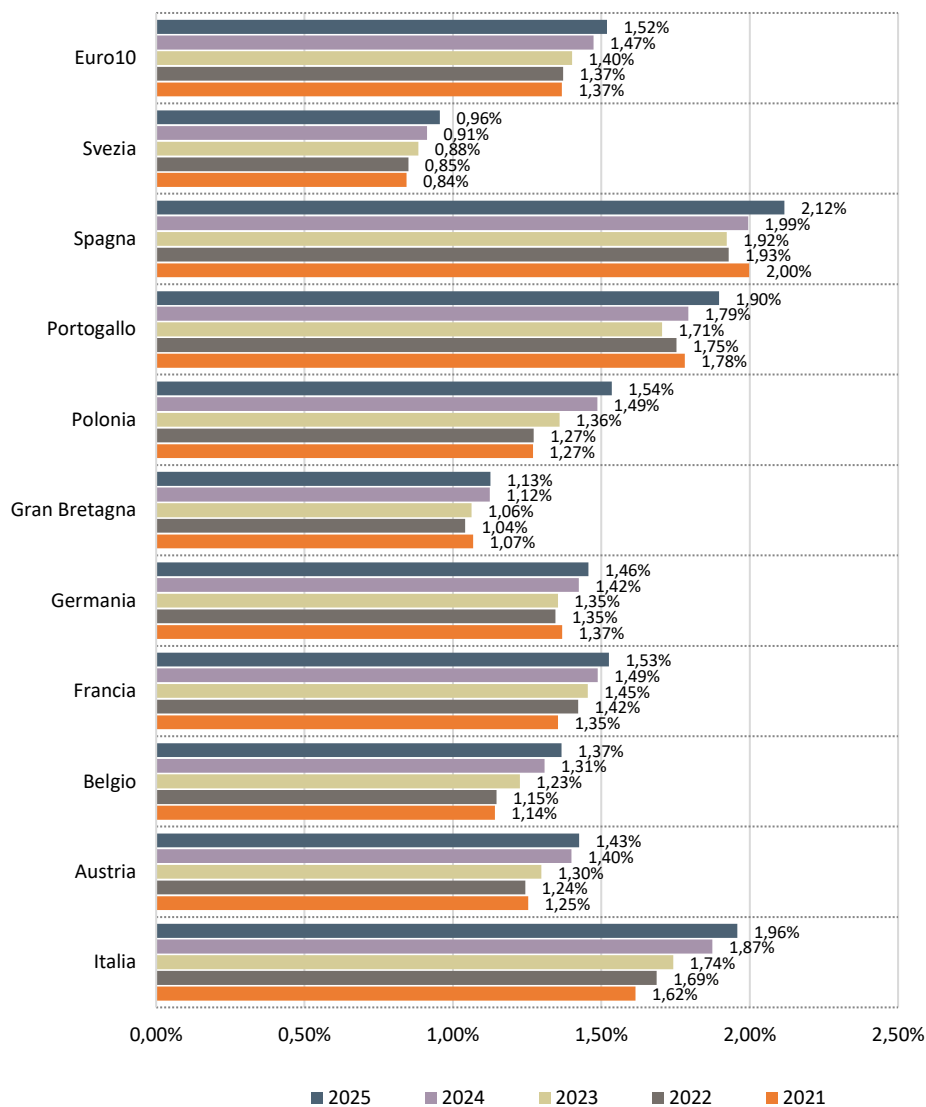


Figura 1.8.2 Relazione tra spesa farmaceutica *pro capite* e PIL *pro capite* (anno 2025)

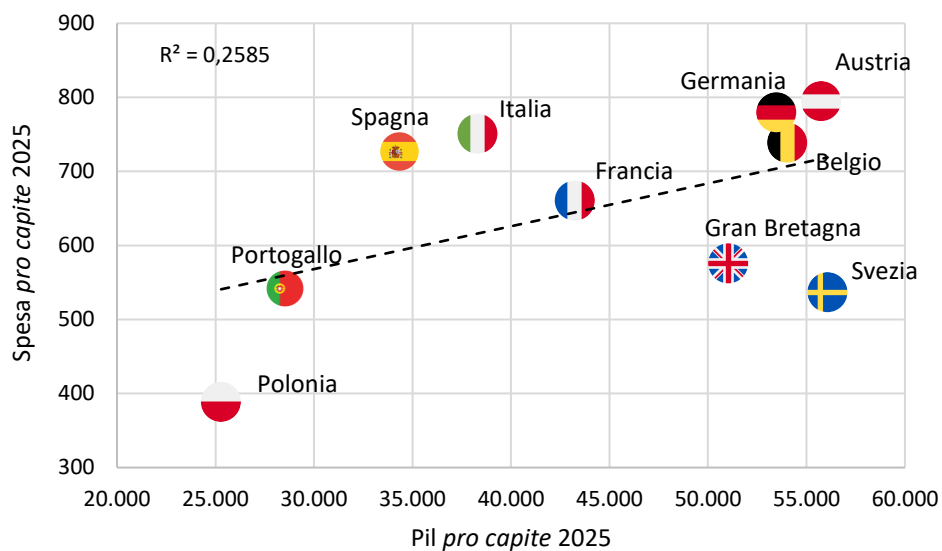


Figura 1.8.3 Confronto internazionale della spesa farmaceutica totale *pro capite* 2018-2025

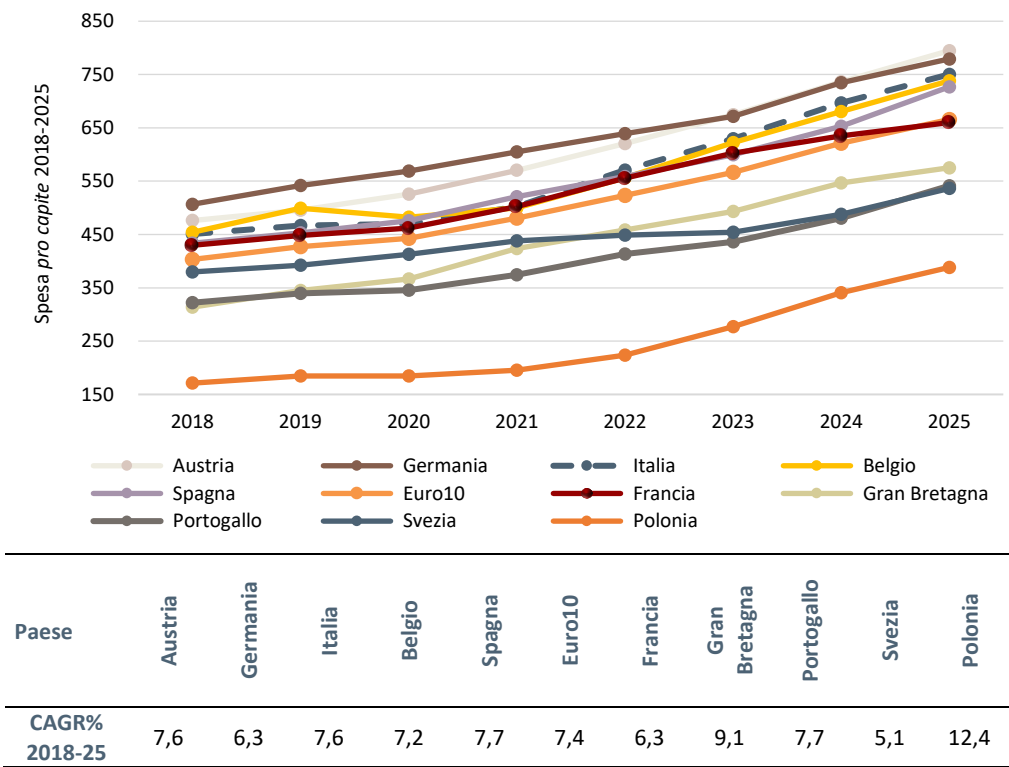


Figura 1.8.4 Confronto internazionale dei consumi totali *pro capite* (Standard Unit per abitante) 2018-2025

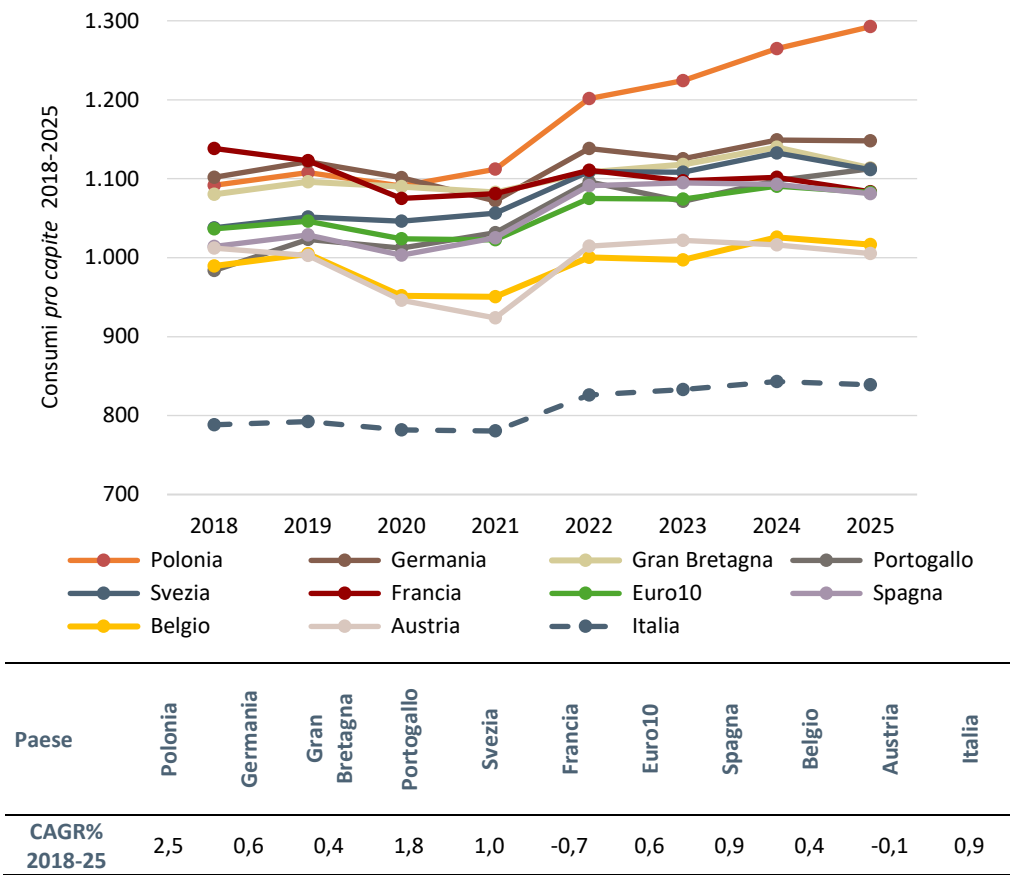


Figura 1.8.5 Confronto internazionale del costo medio per Standard Unit in ambito territoriale 2025 e variazione 2025-2024

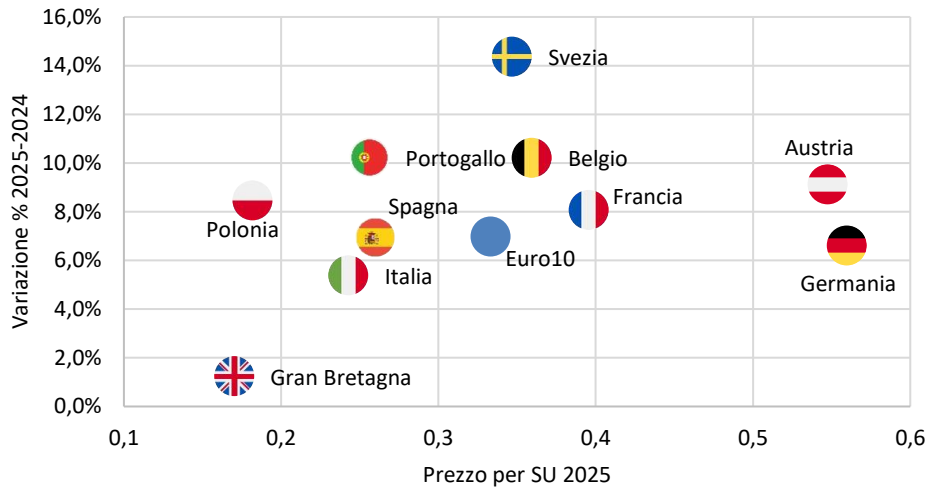
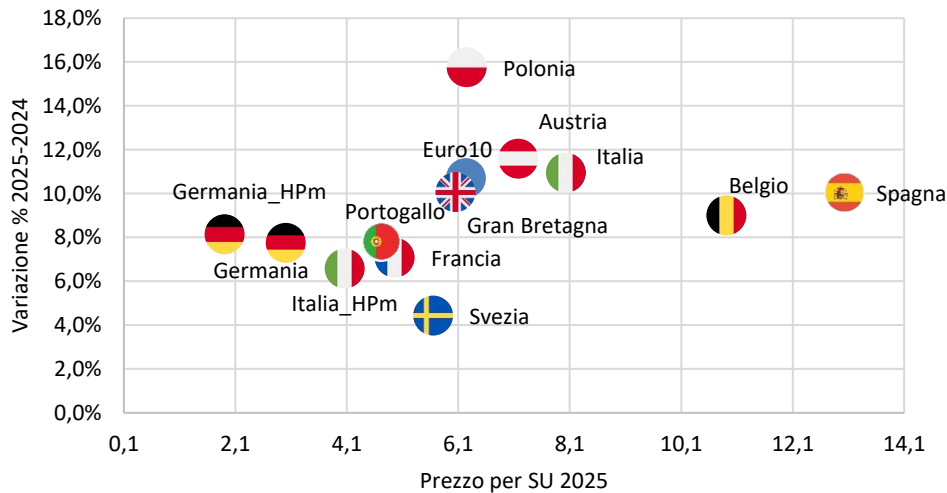
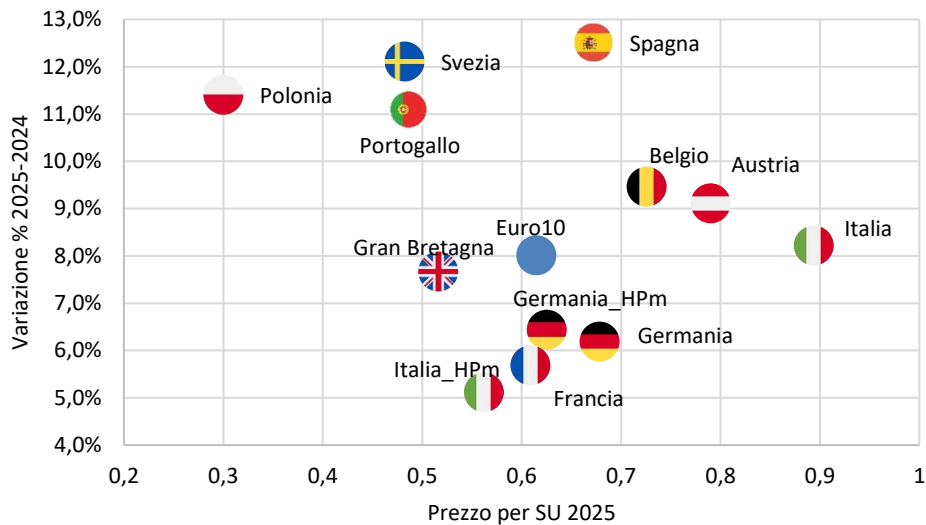


Figura 1.8.6 Confronto internazionale del costo medio per Standard Unit in ambito ospedaliero 2025 e variazione 2025-2024 con Prezzo di Gara su Ospedaliero (HPm)



Per Italia e Germania è stato inserito sia il costo per Standard Unit utilizzando il prezzo base d'asta sia il prezzo di gara (HPm)

Figura 1.8.7 Confronto internazionale del costo medio per Standard Unit in assistenza territoriale e ospedaliera 2025 e variazione 2025-2024 con Prezzo di Gara su Ospedaliero (HPm)



Per Italia e Germania è stato inserito sia il costo per Standard Unit utilizzando il prezzo base d'asta sia il prezzo di gara (HPm)

Distribuzione percentuale dei consumi e della spesa per categoria terapeutica

Analizzando la distribuzione percentuale della spesa totale, comprensiva di quella territoriale e quella ospedaliera (Tabella 1.8.1), si osserva come gli antineoplastici, i farmaci attivi sull'apparato gastrointestinale e i farmaci del Sistema Nervoso Centrale (SNC) occupino le prime tre posizioni per incidenza in Italia e in quasi tutti i Paesi considerati (EU10). Negli anni precedenti i farmaci antimicrobici presentavano in Italia un'incidenza della spesa più alta rispetto a quella della media EU10; negli ultimi due anni tale percentuale ha registrato una riduzione, allineandosi a quella degli altri Paesi. In Italia è stata registrata una crescita media annua nel periodo 2022-2025 del 7,1% (CAGR 2022-2025; Tabella 1.8.2), con le variazioni più elevate, oltre che per gli antiparassitari (+15,1%) e per i dermatologici (+13,5%), anche per i farmaci antineoplastici (+10,6%), per quelli del sistema cardiovascolare (+9,6%) e dell'apparato gastrointestinale (+8,5%). Analoghi andamenti sono stati osservati negli altri Paesi analizzati, essendo stata registrata in EU10 una crescita media annua del 6,2%, con le variazioni più importanti per le medesime categorie (dermatologici: +11,0%, farmaci dell'apparato gastrointestinale: +9,1%, antineoplastici: +8,7%, e quelli del sistema cardiovascolare: +8,4%).

Sul versante dei consumi (Tabella 1.8.3), i farmaci del sistema cardiovascolare, dell'apparato gastrointestinale e del SNC assorbono in Italia la quota maggiore, pari rispettivamente al 27,0%, 17,1% e 15,7%. La percentuale per i farmaci del sistema cardiovascolare è molto più alta in Italia rispetto a quella della media dei 10 Paesi analizzati (media EU10: 21,2%), mentre è più bassa per quelli del SNC (media EU10: 20,5%). Nel periodo 2022-2025 i consumi in Italia sono rimasti pressoché stabili (CAGR 2022-2025: +0,4%), con gli incrementi più elevati (Tabella 1.8.4) per gli antiparassitari (+9,7%) e per i farmaci antineoplastici (+3,0%) e simili andamenti si riscontrano negli altri Paesi analizzati.

Si nota come le prime due molecole per spesa in Italia (pembrolizumab e daratumumab) siano presenti nelle classifiche dei primi 20 principi attivi per spesa in tutti i Paesi analizzati, analogamente a quanto riscontrato negli anni precedenti (Tabella 1.8.5). Anche per semaglutide, apixaban e l'immonoglobulina si osserva un elevato tasso di similarità, ovvero si riscontra un'alta percentuale (89%) di Paesi che presentano questi principi attivi nella loro classifica dei primi 20 per spesa. Acido acetilsalicilico, metformina, levotiroxina e atorvastatina sono inclusi, invece, tra i primi 20 farmaci per consumo totale in tutti i 10 Paesi considerati nell'analisi (Tabella 1.8.6).

Tabella 1.8.1 Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa totale 2025 per I livello ATC

ATC I livello	Italia	Austria	Belgio	Francia	Germania	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Euro10
L - Antineoplastici	35,0	38,9	36,0	37,8	28,7	25,5	21,6	34,4	26,8	34,9	33,1
A - Gastrointestinale	11,2	9,0	11,3	9,2	12,5	17,6	17,0	12,7	15,8	12,8	12,1
N - SNC	10,2	9,9	10,1	9,8	10,6	11,0	15,1	12,7	12,0	10,8	10,8
J - Antimicrobici	9,9	8,1	7,8	10,7	11,6	6,1	11,1	9,4	10,9	8,9	10,0
C - Cardiovascolare	8,9	10,0	10,4	7,9	6,5	9,7	10,6	7,5	5,5	6,1	7,7
B - Ematologici	8,2	6,8	7,4	7,7	8,4	5,8	6,4	5,6	9,2	5,3	7,2
R - Respiratorio	6,2	6,6	6,8	6,0	6,9	10,3	6,3	6,8	5,8	9,1	7,1
M - Muscolo-scheletrico	3,4	3,7	2,7	2,9	4,4	5,4	4,1	3,2	4,2	2,8	3,6
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	2,1	1,4	2,2	1,7	1,9	3,6	2,8	2,2	2,6	2,6	2,2
D - Dermatologici	2,0	2,3	1,8	1,7	3,4	1,9	2,1	1,9	1,4	1,7	2,2
H - Ormoni sistemici	1,4	1,1	1,1	1,6	1,6	1,3	0,9	1,3	1,9	1,1	1,4
S - Organi di senso	1,1	1,1	1,9	2,4	1,6	1,0	0,9	1,7	3,1	3,3	1,9
V - Vari	0,5	1,1	0,4	0,6	1,8	0,6	0,9	0,4	0,7	0,4	0,8
P - Antiparassitari	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Tabella 1.8.2 Confronto internazionale del CAGR a 4 anni (2022-2025) sulla spesa totale per I livello ATC

ATC 1 livello	Italia	Austria	Belgio	Francia	Germania	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Euro10
P - Antiparassitari	↑ 15,1%	↓ -4,5%	↑ 6,3%	↑ 0,2%	↑ 4,2%	↑ 22,0%	↑ 8,1%	↑ 2,8%	↑ 4,5%	↑ 17,2%	↑ 6,9%
D - Dermatologici	↑ 13,5%	↑ 14,5%	↑ 13,5%	↑ 10,9%	↑ 9,7%	↑ 13,7%	↑ 8,0%	↑ 12,0%	↑ 9,9%	↑ 10,3%	↑ 11,0%
L - Antineoplastici	↑ 10,6%	↑ 7,0%	↑ 8,2%	↑ 6,4%	↑ 6,0%	↑ 26,5%	↑ 10,1%	↑ 10,7%	↑ 2,5%	↑ 9,5%	↑ 8,7%
C - Cardiovascolare	↑ 9,6%	↑ 10,4%	↑ 14,5%	↑ 8,4%	↑ 5,9%	↑ 9,6%	↑ 5,6%	↑ 6,7%	↑ 9,9%	↑ 10,5%	↑ 8,4%
A - Gastrointestinale	↑ 8,5%	↑ 9,2%	↑ 11,3%	↑ 4,5%	↑ 9,0%	↑ 19,1%	↑ 8,3%	↑ 9,1%	↑ 12,8%	↑ 9,2%	↑ 9,1%
M - Muscolo-scheletrico	↑ 6,5%	↑ 4,3%	↑ 6,2%	↑ 4,1%	↑ 3,9%	↑ 9,9%	↑ 4,0%	↑ 6,6%	↑ 5,5%	↑ 4,4%	↑ 5,2%
R - Respiratorio	↑ 5,8%	↑ 3,8%	↑ 5,6%	↑ 1,5%	↑ 3,9%	↑ 10,1%	↑ 4,0%	↑ 5,0%	↑ 2,1%	↑ 2,2%	↑ 4,1%
S - Organi di senso	↑ 4,6%	↑ 26,0%	↑ 6,7%	↓ -0,4%	↑ 2,0%	↑ 13,7%	↓ -0,5%	↑ 1,3%	↑ 5,1%	↑ 5,0%	↑ 3,1%
V - Vari	↑ 4,2%	↑ 7,2%	↑ 8,5%	↑ 4,9%	↑ 7,0%	↑ 31,3%	↑ 11,5%	↑ 8,6%	↑ 4,0%	↑ 6,3%	↑ 7,1%
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	↑ 3,3%	↑ 3,6%	↑ 4,1%	↓ -1,8%	↑ 4,9%	↑ 10,7%	↑ 5,4%	↑ 2,0%	↑ 3,3%	↑ 7,8%	↑ 4,0%
N - SNC	↑ 2,9%	↑ 3,5%	↑ 0,9%	↓ -0,5%	↑ 0,8%	↑ 10,6%	↑ 5,9%	↑ 2,5%	↑ 1,8%	↑ 2,6%	↑ 2,2%
H - Ormoni sistemici	↑ 2,9%	↑ 2,9%	↑ 1,4%	↑ 1,1%	↑ 3,1%	↑ 14,3%	↑ 4,9%	↑ 2,1%	↑ 1,4%	↓ -0,8%	↑ 2,4%
B - Ematologici	↑ 2,8%	↑ 1,9%	↑ 2,3%	↑ 0,4%	↑ 2,5%	↑ 1,4%	↑ 1,8%	↑ 2,9%	↑ 2,2%	↓ -5,0%	↑ 1,2%
J - Antimicrobici	↑ 2,8%	↑ 4,5%	↑ 8,0%	↑ 7,3%	↑ 5,3%	↑ 15,5%	↑ 9,6%	↑ 3,5%	↑ 4,4%	↑ 2,7%	↑ 5,0%
Totale	↑ 7,1%	↑ 6,4%	↑ 7,3%	↑ 4,4%	↑ 5,1%	↑ 14,8%	↑ 7,0%	↑ 6,8%	↑ 4,6%	↑ 5,8%	↑ 6,2%

Tabella 1.8.3 Confronto internazionale della distribuzione percentuale dei consumi totali 2025 per I livello ATC

ATC I livello	Italia	Austria	Belgio	Francia	Germania	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Euro10
C - Cardiovascolare	27,0	19,7	19,0	17,3	24,5	21,8	23,6	18,5	18,7	19,0	21,2
A - Gastrointestinale	17,1	15,4	15,7	18,2	14,6	23,9	15,6	15,4	18,1	18,9	17,5
N - SNC	15,7	17,6	23,1	24,3	15,6	15,4	24,2	27,5	25,9	22,7	20,5
R - Respiratorio	12,8	24,9	21,6	16,7	19,4	17,2	12,5	16,2	18,3	18,6	17,4
B - Ematologici	7,3	5,1	5,5	5,2	5,7	4,6	4,6	4,5	5,1	4,7	5,3
M - Muscolo-scheletrico	6,2	6,7	4,2	4,6	5,5	6,8	7,1	6,2	3,6	3,2	5,2
H - Ormoni sistemici	4,0	3,2	2,5	2,8	4,0	2,7	2,3	2,9	3,2	3,0	3,2
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	3,0	2,1	3,0	2,5	2,9	2,8	3,0	2,4	2,5	3,6	2,9
D - Dermatologici	2,2	2,3	1,6	2,1	2,8	1,6	3,0	2,0	1,6	2,4	2,2
J - Antimicrobici	1,8	1,1	1,5	2,0	1,0	1,6	1,6	1,8	1,1	1,9	1,6
S - Organi di senso	1,7	0,7	1,1	2,9	1,9	0,9	1,2	1,7	0,7	0,9	1,6
L - Antineoplastici	0,9	0,7	0,9	0,7	0,6	0,4	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7
V - Vari	0,2	0,4	0,1	0,7	1,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,4
P - Antiparassitari	0,1	0,0	0,1	0,1	0,6	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2

Tabella 1.8.4 Confronto internazionale del CAGR a 5 anni (2022-2025) sui consumi totali per I livello ATC

ATC 1 livello	Italia	Austria	Belgio	Francia	Germania	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Euro10
P - Antiparassitari	↑ 9,7%	↓ -6,8%	↓ -3,4%	↑ 2,8%	↑ 11,2%	↑ 7,9%	↓ -0,9%	↓ -2,3%	↑ 0,2%	↑ 1,4%	↑ 6,8%
L - Antineoplastici	↑ 3,0%	↑ 3,2%	↑ 2,4%	↑ 3,0%	↑ 2,2%	↑ 5,8%	↑ 2,1%	↑ 2,2%	↑ 1,0%	↑ 1,3%	↑ 2,6%
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	↑ 2,9%	↑ 2,8%	↑ 3,8%	↑ 2,0%	↑ 3,4%	↑ 4,0%	↑ 2,8%	↑ 3,2%	↑ 5,0%	↑ 7,3%	↑ 4,0%
S - Organi di senso	↑ 1,9%	↓ -2,6%	↓ -1,1%	↓ -4,8%	↓ -0,1%	↓ -1,4%	↓ -1,2%	↓ -0,2%	↓ -4,0%	↑ 2,9%	↓ -1,4%
C - Cardiovascolare	↑ 1,6%	↑ 0,6%	↑ 2,1%	↑ 0,9%	↑ 0,9%	↑ 2,8%	↑ 1,1%	↑ 0,2%	↑ 0,8%	↑ 2,3%	↑ 1,3%
H - Ormoni sistemici	↑ 1,1%	↓ -1,1%	↑ 0,6%	↓ -1,1%	↓ -1,0%	↑ 3,1%	↑ 0,8%	↑ 1,2%	↑ 1,3%	↓ -0,3%	↑ 0,1%
B - Ematologici	↑ 1,0%	↑ 0,9%	↑ 0,7%	↑ 2,0%	↑ 1,1%	↑ 2,4%	↑ 0,2%	↑ 0,4%	↑ 0,2%	↓ -0,1%	↑ 1,0%
V - Vari	↑ 0,2%	↑ 1,6%	↑ 0,3%	↓ -2,7%	↓ -5,5%	↓ -0,7%	↓ -3,7%	↓ -1,8%	↓ 0,0%	↓ -5,9%	↓ -4,2%
N - SNC	↓ -0,3%	↑ 0,7%	↓ -0,3%	↓ -1,1%	↓ -0,2%	↑ 2,6%	↑ 0,1%	↓ -0,9%	↓ -0,7%	↓ -0,8%	↓ -0,3%
M - Muscolo-scheletrico	↓ -0,4%	↓ -3,1%	↓ -1,8%	↓ -0,7%	↓ -1,7%	↑ 1,7%	↓ -2,3%	↓ -1,6%	↓ -1,1%	↓ -0,1%	↓ -0,9%
A - Gastrointestinale	↓ -0,4%	↑ 1,1%	↑ 0,5%	↓ -0,6%	↑ 0,6%	↑ 3,2%	↑ 1,1%	↓ -0,3%	↑ 0,2%	↑ 0,9%	↑ 0,6%
D - Dermatologici	↓ -0,7%	↓ -0,9%	↓ -0,8%	↓ -2,3%	↓ -1,6%	↑ 0,6%	↑ 2,0%	↓ -1,1%	↑ 1,6%	↓ -1,0%	↓ -1,1%
J - Antimicrobici	↓ -0,7%	↑ 0,3%	↓ -1,9%	↓ -1,6%	↓ -0,2%	↓ -1,4%	↑ 1,7%	↓ -0,5%	↑ 0,9%	↓ -2,1%	↓ -1,1%
R - Respiratorio	↓ -0,9%	↓ -1,8%	↓ -0,1%	↓ -1,4%	↓ -0,1%	↓ -1,6%	↓ -0,6%	↑ 0,2%	↓ -0,4%	↓ -2,3%	↓ -1,0%
Totale	↑ 0,4%	↓ -0,2%	↑ 0,4%	↓ -0,6%	↑ 0,2%	↑ 1,8%	↑ 0,4%	↓ -0,2%	↑ 0,0%	↑ 0,1%	↑ 0,2%

Tabella 1.8.5 Confronto internazionale dei primi 20 principi attivi in Italia: rango per spesa totale 2025

Principio Attivo	Italia	Austria	Belgio	Germania	Francia	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Tasso di similarità
pembrolizumab	1	1	1	3	1	1	1	1	6	2	100%
daratumumab	2	3	3	16	2	4	3	3	3	6	100%
semaglutide	3	19	6	12	15	3	11	4	1	28	89%
nivolumab	4	7	4	30	6	2	18	8	9	22	78%
tafamidis	5	2	2	13	3	448	10	11	17	26	78%
adalimumab	6	16	15	4	12	391	51	2	14	1	78%
epoetina alfa	7	227	141	118	110	401	509	179	1.386	396	0%
abemaciclib	8	68	31	57	35	150	60	15	56	23	11%
dupilumab	9	4	27	8	10	120	22	18	18	20	67%
apixaban	10	6	11	1	5	10	8	19	2	206	89%
immunoglobulina base	11	5	5	2	4	104	6	7	4	11	89%
enzalutamide	12	15	18	15	16	16	30	24	24	13	67%
edoxaban	13	18	14	21			16	46	156	27	33%
elexacaftor/ivacaftor/tezacaftor	14	9	20	18	8	12	36	20	1.384	4	78%
ravulizumab	15	55	133	42	21	33	962	59	286	73	0%
bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide	16	64	32	53	33	1.656	9	6	111	25	22%
osimertinib	17	39	29	58	19	45	17	30	27	41	22%
ocrelizumab	18	72	28	29	26	32	23	32	656	24	0%
tirzepatide	19	42	7	5	180	5	2	9	7	3	78%
ivacaftor	20	26	43	38	23	34	81	119	46	5	11%
Tasso di similarità		60%	60%	55%	60%	40%	55%	65%	50%	45%	

Tabella 1.8.6 Confronto internazionale dei primi 20 principi attivi in Italia: rango per consumi totali 2025

Principio Attivo	Italia	Austria	Belgio	Germania	Francia	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Tasso di similarità
acido acetilsalicilico	1	8	5	4	4	3	10	7	18	19	100%
metformina	2	11	3	11	3	2	4	12	3	4	100%
levotiroxina sodica	3	4	6	3	5	6	8	5	16	10	100%
bisoprololo	4	9	7	7	9	8	5	9	23	13	89%
pantoprazolo	5	6	4	8	15	15	6	41	113	136	67%
diclofenac	6	3	10	12	6	5	13	16	32	46	78%
atorvastatina	7	14	9	13	7	13	1	8	5	2	100%
ibuprofene	8	10	8	2	12	12	3	3	7	25	89%
paracetamolo	9	17	1	27	1	22	2	1	1	3	78%
furosemide	10	39	130	147	18	74	15	26	36	39	22%
ketoprofene	11	730	199	1.033	57	26	592	186	321	303	0%
ramipril	12	40	128	6	21	14	49	58	64	11	33%
salbutamolo	13	16	14	9	2	36	7	4	11	1	89%
ezetimibe/rosuvastatina	14	23	15	140	127	53	31	53			11%
amlodipina	15	21	29	14	29	24	35	22	8	7	33%
flurbiprofene	16	60	155	111	220	190	148	436	234	809	0%
olmesartan medoxomil	17	787	43	192	984	475	113	85		334	0%
esomeprazolo	18	55	36	80	13	33	14	40	41	103	22%
omeprazolo	19	206	19	34	31	41	16	2	9	6	56%
rosuvastatina	20	20	11	20	24	10	9	27	28	62	56%
Tasso di similarità		55%	65%	60%	60%	50%	70%	50%	45%	50%	

Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari

In Italia si registra ancora una bassa incidenza della spesa per i farmaci equivalenti, pari al 47,6%, rispetto agli altri Paesi, posizionandosi quart'ultima nel *ranking* dei 10 Paesi (Figura 1.8.8). La percentuale media di spesa territoriale per i farmaci equivalenti nei Paesi analizzati è stata pari al 49,9% ed oscilla tra il 35,8% del Belgio e il 68,6% della Polonia. Analizzando i consumi invece, l'incidenza percentuale oscilla tra il 53,4% del Belgio e l'85,7% della Gran Bretagna, con l'Italia che si posiziona, diversamente dalla spesa, al penultimo posto con una percentuale del 57,8% (Figura 1.8.9).

È stata analizzata anche la penetrazione nel mercato dei farmaci biosimilari in termini di spesa (Figura 1.8.10) e consumo (Figura 1.8.11). L'Italia è al primo posto nell'incidenza di farmaci biosimilari per i consumi (71,4%) e al secondo posto per la spesa (70,3%) rispetto a una media Euro10 del 45,9% per i consumi e del 60,9% per la spesa.

La Tabella 1.8.7 illustra la penetrazione del biosimilare in termini di consumi per singola molecola. A livello Euro10, la più alta percentuale di consumo di farmaci biosimilari si registra per rituximab, filgrastim, bevacizumab, trastuzumab, infliximab ed epoetina. Basse percentuali di penetrazione del biosimilare, oltre che per i farmaci di più recente scadenza brevettuale (denosumab e omalizumab), i cui biosimilari non sono ancora disponibili in tutti i Paesi, si osservano per le insuline aspart, insulina lispro, insulina glargine, natalizumab e tocilizumab. Rispetto al 2024, per quasi tutte le molecole è stata registrata una crescita del tasso di penetrazione e gli incrementi più elevati sono stati osservati per l'eculizumab e l'ustekinumab; il primo è passato dal 22% del 2024 al 64% del 2025, mentre il secondo dal 6% del 2024 al 47% del 2025. La Tabella 1.8.8 rappresenta, tramite l'indice di Herfindhal-Hirschman (HHI), la concentrazione e le quote di mercato dei competitor dei singoli prodotti biologici a brevetto scaduto per Paese. Questo indice è comunemente utilizzato per quantificare il livello di concorrenza di un mercato ed è definito come la somma dei quadrati delle quote di mercato, calcolate sulla base della spesa farmaceutica. L'indice assume valori che variano tra 0 e 1, dove il valore massimo corrisponde a una situazione di completo monopolio, mentre valori molto bassi si ottengono in mercati nei quali c'è un numero elevato di agenti concorrenti, ciascuno dei quali detiene una quota. L'Euro10 presenta mediamente un indice HHI inferiore rispetto ai singoli Paesi che lo compongono, poiché aggrega i biosimilari commercializzati in tutti i Paesi considerati, determinando una minor concentrazione del mercato. Denosumab, omalizumab, insulina aspart e insulina lispro presentano un sostanziale monopolio del mercato sia analizzando complessivamente l'andamento Euro10 che i singoli Paesi. Bevacizumab, adalimumab, pegfilgrastim, filgrastim e trastuzumab evidenziano, invece, i più bassi indici di concentrazione su Euro10 (HHI inferiore a 0,2).

Figura 1.8.8 Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale 2025 per i farmaci a brevetto scaduto

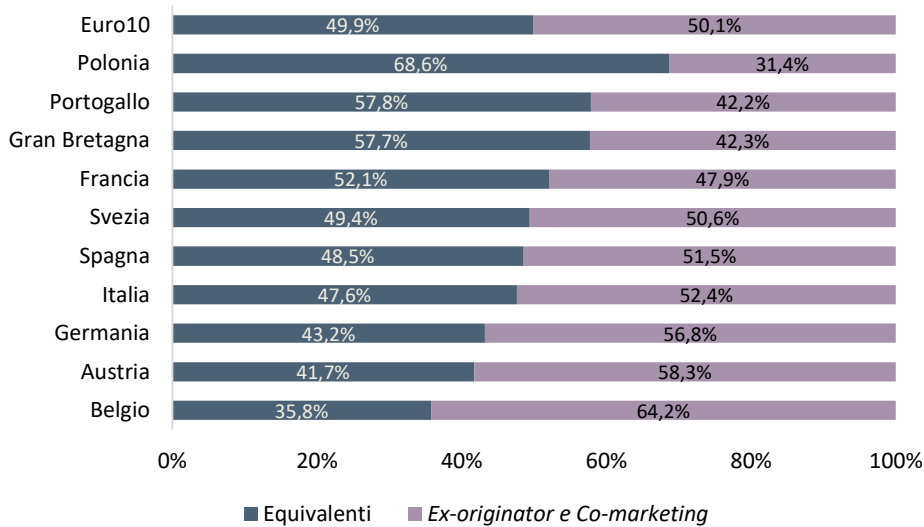


Figura 1.8.9 Confronto internazionale della distribuzione percentuale del consumo territoriale 2025 per i farmaci a brevetto scaduto

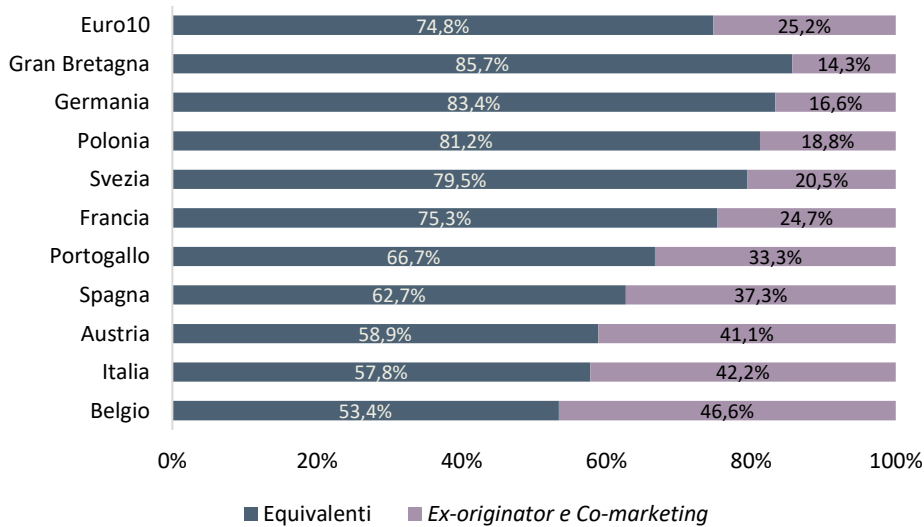


Figura 1.8.10 Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa dei farmaci biosimilari 2025

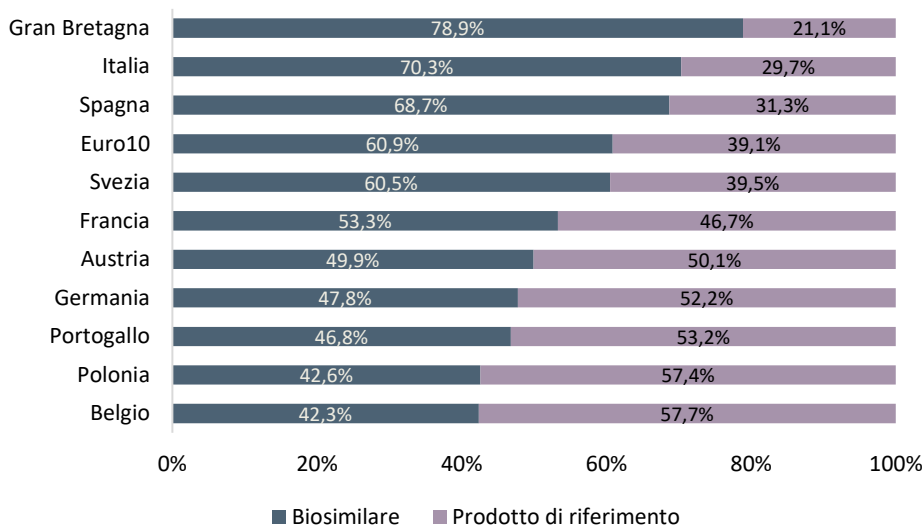


Figura 1.8.11 Confronto internazionale della distribuzione percentuale dei consumi dei farmaci biosimilari 2025

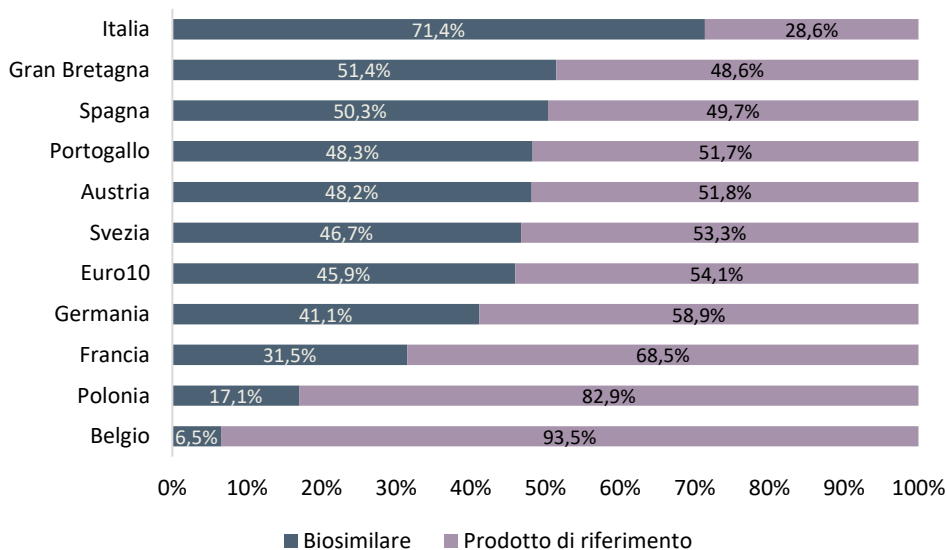


Tabella 1.8.7 Distribuzione percentuale dei consumi (Standard Unit) dei biosimilari per Paese e molecola nel 2025

Molecola	Italia	Austria	Belgio	Germania	Francia	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Euro10	Euro10 2024
adalimumab	97	44	43	81	71	100	87	93	98	95	86	81
bevacizumab	99	98	100	92	100	100	91	96	90	83	96	95
denosumab	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0
eculizumab	39	9	18	43	82	22	70	98	95	67	64	22
enoxaparina	89	60	3	64	31	1	61	64	0	84	60	51
epoetina	96	75	16	96	65	0	100	100	100	71	92	90
etanercept	91	31	28	83	61	93	62	86	97	89	80	78
filgrastim	98	100	87	87	99	100	100	93	98	99	97	97
follitropina	66	38	75	60	75	74	77	79	53	30	71	68
infliximab	99	98	99	93	86	100	98	99	98	99	95	93
insulina aspart	3	0	0	3	8	22	0	0	15	8	6	4
insulina glargine	12	19	0	24	39	23	22	32	43	19	26	25
insulina lispro	15	0	0	9	0	32	0	0	68	1	12	11
natalizumab	21	0	0	6	5	0	11	15	9	15	10	5
omalizumab	0	0	0	3	0	0	5	12	0	1	3	0
pegfilgrastim	87	66	86	74	94	100	100	82	100	93	88	85
ranibizumab	61	0	25	2	13	91	51	32	34	93	26	16
rituximab	99	100	100	95	99	100	99	100	99	98	98	98
somatropina	34	41	54	47	53	91	74	20	37	34	37	34
teriparatide	93	71	0	68	83	0	65	82	90	99	82	76
tocilizumab	16	5	0	35	23	1	27	33	14	39	26	13
trastuzumab	99	100	100	92	97	100	98	100	99	73	96	95
ustekinumab	43	20	5	34	23	31	60	58	50	84	47	6

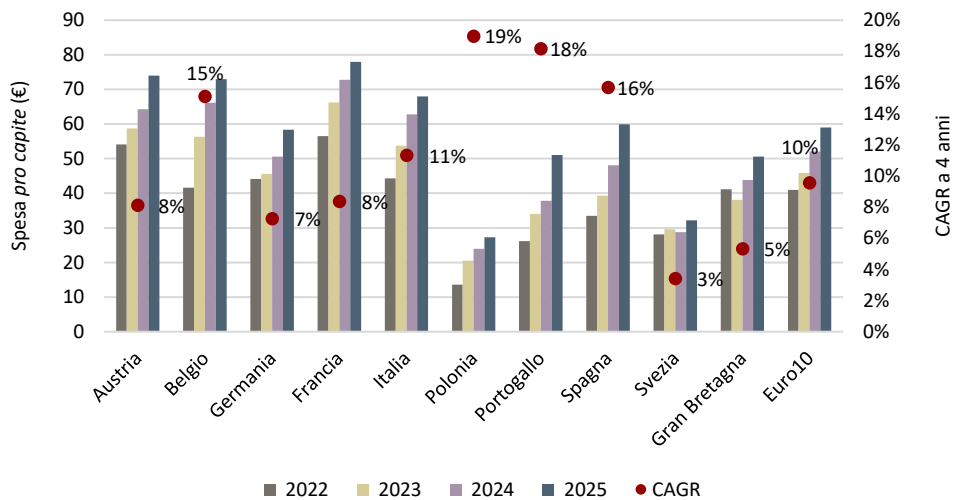
Tabella 1.8.8 Farmaci biologici a brevetto scaduto: indice di Herfindhal-Hirschman (HHI) per Paese (anno 2025) (quote calcolate sulla spesa)

Molecola	Italia	Austria	Belgio	Germania	Francia	Polonia	Portogallo	Spagna	Svezia	Gran Bretagna	Euro10	Euro10 2024
adalimumab	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
bevacizumab	0,4	0,5	0,2	0,2	0,3	0,7	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,2
denosumab	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
eculizumab	0,6	0,8	0,8	0,5	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	0,4	0,4	0,7
enoxaparina	0,4	0,5	1,0	0,3	0,6	1,0	0,4	0,3	1,0	0,5	0,3	0,4
epoetina	0,7	0,4	0,6	0,2	0,4	1,0	0,7	1,0	1,0	0,5	0,4	0,4
etanercept	0,4	0,5	0,6	0,4	0,3	0,9	0,4	0,4	0,5	0,8	0,4	0,4
filgrastim	0,3	0,5	0,6	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,3	0,2
follitropina	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,6	0,4	0,4
infliximab	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,7	0,6	0,5
insulina aspart	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	0,7	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9
insulina glargine	0,9	0,8	1,0	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
insulina lispro	0,8	1,0	1,0	0,9	1,0	0,6	1,0	1,0	0,5	1,0	0,9	0,9
natalizumab	0,6	1,0	1,0	0,9	0,8	1,0	0,8	0,6	0,8	0,7	0,8	0,9
omalizumab	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,8	1,0	1,0	0,9	1,0
pegfilgrastim	0,3	0,3	0,5	0,2	0,2	0,6	0,6	0,4	0,7	0,6	0,2	0,2
ranibizumab	0,5	1,0	0,6	1,0	0,8	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7
rituximab	0,4	0,5	0,7	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,4
somatropina	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,9	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
teriparatide	0,2	0,3	1,0	0,3	0,3		0,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3
tocilizumab	0,8	0,9	1,0	0,6	0,7	1,0	0,6	0,5	0,8	0,5	0,6	0,8
trastuzumab	0,4	0,4	0,6	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2
ustekinumab	0,5	0,7	0,9	0,7	0,7	0,8	0,5	0,3	0,4	0,3	0,4	0,9

Farmaci orfani

L'Italia, con 68,0 euro *pro capite*, si colloca al quarto posto per la spesa dei farmaci orfani, dopo Francia (77,9 euro), Austria (74,0 euro) e Belgio (73,0 euro; Figura 1.8.12). Nel 2025 la spesa *pro capite* nei 10 Paesi analizzati è stata pari a 59,0 euro, in aumento del 13,3% rispetto all'anno precedente. I Paesi che hanno registrato i maggiori aumenti della spesa rispetto al 2024 sono stati Portogallo (+35,0%) e Spagna (+24,6%). L'incremento medio annuo (CAGR) nel periodo 2022-2025 a livello europeo è stato del 10% e i Paesi con le più elevate variazioni sono stati Polonia (+19%), Portogallo (+18%) e Spagna (+16%).

Figura 1.8.12 Andamento della spesa *pro capite* per farmaci orfani nel periodo 2022-2025



Confronto sui prezzi europei

Le Figure 1.8.13 e 1.8.14 mostrano il confronto del prezzo a realizzo industria medio ponderato per i consumi del 2025, relativo distintamente ai medicinali dispensati dalle farmacie territoriali e ai medicinali erogati in ambito ospedaliero. La Figura 1.8.15 mostra un confronto dei prezzi sul mercato complessivo, includendo sia i farmaci territoriali sia quelli ospedalieri. Nell'analisi sono stati considerati i medicinali identici o con confezionamento più prossimo a quelli commercializzati in Italia. È stata, quindi, calcolata la percentuale di spesa dei prodotti in comune con il Paese di confronto (Italia) sul totale della spesa rilevata nello specifico Paese e in Italia. Su tale paniere è stato calcolato il prezzo medio, come rapporto tra la spesa e le unità posologiche erogate in ciascun Paese. Tale approccio consente di superare il problema delle diverse modalità di erogazione dei farmaci nei vari Paesi. Il canale territoriale italiano non comprende i farmaci erogati in distribuzione diretta e in nome e per conto, che sono, invece, inclusi nel canale ospedaliero. Ad esempio, a differenza degli altri Paesi, nel canale territoriale italiano non sono compresi i nuovi anticoagulanti orali, che sono inclusi, invece, nel canale ospedaliero. Il confronto è da leggersi solo tra il Paese di riferimento (Italia) con i singoli Paesi analizzati, in quanto il paniere in analisi cambia di volta in volta in base al Paese selezionato. Un ulteriore elemento da considerare nella lettura dei risultati è che tali confronti vengono effettuati sul prezzo a realizzo industria, che non tiene conto dell'impatto degli accordi di rimborsabilità condizionata (es. MEA, tetto di spesa, prezzo/volume), inclusi gli sconti confidenziali, che possono essere applicati in diversa misura nei vari Paesi, né dell'effetto delle gare d'acquisto. Si è cercato di superare in parte questo limite applicando per l'Italia e la Germania, Paesi per cui erano disponibili, i prezzi effettivi di acquisto.

Considerando i farmaci territoriali, la Figura 1.8.13 evidenzia che tutti i Paesi presentano prezzi medi superiori a quelli italiani, con un *range* variabile tra la minima differenza del +55,4% con il Portogallo, a quella massima del +372,4% con la Germania. Diversa è la situazione se si osservano i farmaci ospedalieri (Figura 1.8.14), per i quali Germania, Francia, Portogallo, Belgio e Spagna presentano prezzi inferiori a quelli applicati in Italia, con differenze che oscillano tra il -64,5% della Germania e il -3,1% della Spagna. L'Italia, invece, registra prezzi inferiori rispetto a Gran Bretagna (+575,9%), Svezia (+496,4%), Polonia (+431,8%) e Austria (+313,6%; Figura 1.8.14). Applicando i prezzi di acquisto per Italia e Germania, la differenza nei prezzi tra i due Paesi si riduce (Germania -49,0% rispetto all'Italia): questo è probabilmente anche dovuto a un maggior ricorso in Italia ai farmaci biosimilari.

Se consideriamo il mercato complessivo, comprensivo sia dei farmaci erogati in ambito territoriale che in ambito ospedaliero (Figura 1.8.15), si evidenzia che l'Italia ha prezzi inferiori a Belgio (+83,7%), Germania (+80,0%), Austria (+24,2%), Svezia (+17,3%), Gran Bretagna (+8,9%) e Spagna (+4,1%), mentre hanno prezzi inferiori all'Italia Paesi come Francia (-17,9%), Polonia (-29,6%) e Portogallo (-37,8%). Considerando i prezzi di acquisto, la Germania presenta prezzi superiori all'Italia del 177,4%, una differenza maggiore rispetto a quella rilevata utilizzando i prezzi di base d'asta. Ciò potrebbe essere dovuto all'effetto

delle gare di acquisto di farmaci che in Italia sono dispensati in distribuzione diretta e in nome e per conto e che in Germania vengono acquistati ed erogati dalle farmacie territoriali. Inoltre, nell'interpretazione dei risultati è importante considerare i farmaci corrispondenti tra l'Italia e gli altri Paesi, in particolare la loro copertura sulla spesa farmaceutica del Paese. Nel mercato totale la maggior copertura della spesa si riscontra in Spagna (70%), mentre quella minima in Germania (26%).

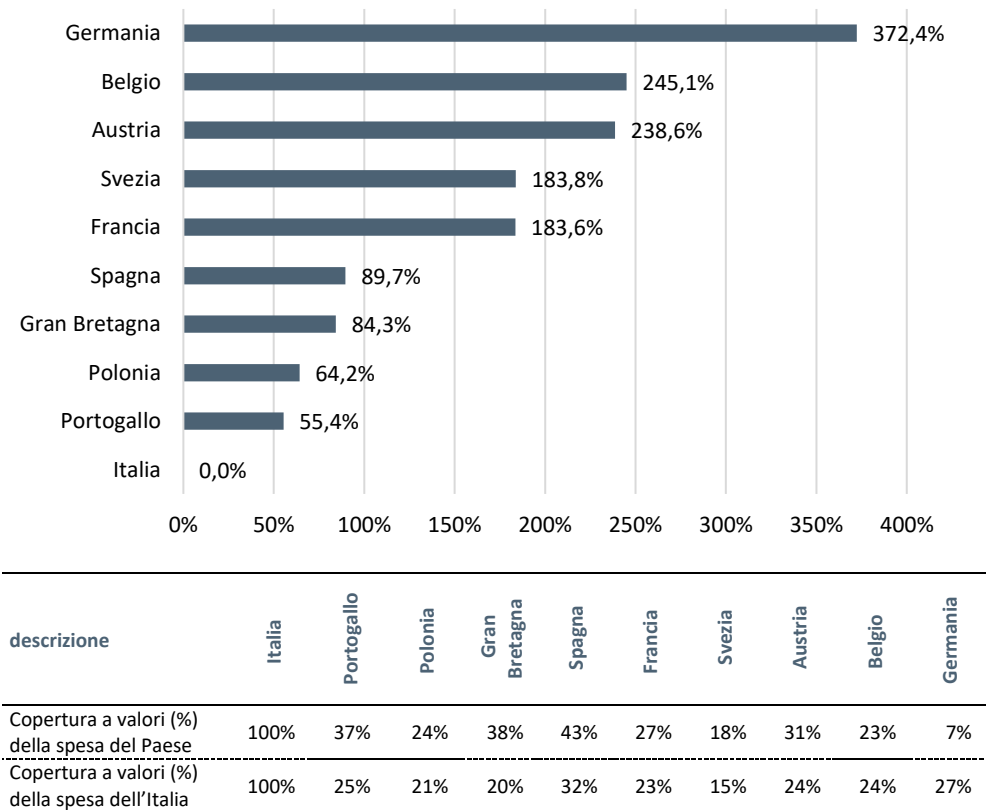
È stato, inoltre, condotto un confronto dei prezzi distinguendo i farmaci con competizione (*off-patent*) da quelli senza competizione (*on-patent*). In ambito territoriale, l'Italia presenta prezzi più bassi rispetto a quasi tutti i Paesi considerati sia nel mercato con competizione (Figura 1.8.16) che senza competizione (Figura 1.8.17). In ambito ospedaliero, nel mercato con competizione (Figura 1.8.18), l'Italia presenta prezzi maggiori di Spagna (-13,4%), Belgio (-44,2%), Germania (-58,7%), Portogallo (-59,9%) e Francia (-63,6%). Come già sottolineato, inoltre, tale analisi non tiene conto dell'effetto delle gare, che insistono proprio nel mercato con competizione in ambito ospedaliero. Nel mercato senza competizione (Figura 1.8.19), invece, solo la Germania e il Portogallo presentano prezzi inferiori all'Italia (-9,7% e -17,2%). Le Figure 1.8.20 e 1.8.21 rappresentano il confronto dei prezzi rispettivamente nel mercato con competizione e in quello senza competizione considerando complessivamente l'assistenza territoriale ed ospedaliera. Nel mercato con competizione solo Portogallo (-30,4%) e Polonia (-39,2%) presentano prezzi inferiori all'Italia; nel mercato senza competizione tutti i Paesi, ad eccezione di Belgio (+246,5%), Svezia (+153,2%) e Germania (+109,6%), presentano prezzi inferiori a quelli italiani.

Nel confronto dei prezzi a livello territoriale, se consideriamo solo i farmaci rimborsabili in Italia (Tabella 1.8.22), tutti i Paesi hanno prezzi superiori all'Italia, con la differenza più ampia per la Germania (+871,0%) e la più ridotta per la Polonia (+32,9%).

È stata condotta un'analisi sull'andamento nel periodo 2018-2025 dei prezzi in Italia rispetto a quelli degli altri Paesi distintamente nel mercato dei farmaci coperti da brevetto e dei farmaci a brevetto scaduto (Figura 1.8.23). Sono state raccolte le informazioni relative ai nove Paesi (EU9) inclusi nell'analisi sulla protezione brevettuale, sulla spesa e sui consumi a livello di singola confezione. Sono stati inclusi nell'analisi i soli prodotti che presentavano la medesima copertura brevettuale nei vari Paesi e che risultavano movimentati in Italia. Al fine di raffrontare il prezzo in Italia con quello della media dei Paesi considerati è stato calcolato un indice annuale di confronto tra i prezzi medi italiani e i prezzi medi dei Paesi EU9 distinguendo tra i farmaci con copertura brevettuale e i farmaci non più coperti da brevetto. Si osserva come il prezzo in Italia dei farmaci a brevetto scaduto sia del 34,4% inferiore alla media EU9 nel 2018 e del 36,8% nel 2025, evidenziando come nel periodo considerato la differenza dei prezzi dei farmaci a brevetto scaduto rispetto alla media dei nove Paesi europei sia rimasta pressoché stabile. Nel mercato dei farmaci coperti da brevetto si nota, invece, una progressiva riduzione del divario di prezzo tra l'Italia e la media EU9 nel periodo 2018-2025. La differenza, inizialmente pari al +8,4% nel 2018, è scesa fino al +1,1% nel 2024, per poi far registrare una lieve risalita al +2,6% nel 2025. La medesima analisi è stata condotta includendo solo i farmaci classificati in fascia H in Italia (Figura

1.8.24) e i farmaci classificati in fascia C ed erogati in ambito ospedaliero (Figura 1.8.25). Infine, è stato condotto un confronto dei prezzi per alcune categorie dei farmaci rispetto alla media EU10 (Figure 1.8.26 e 1.8.27). Per i farmaci indicati nella sclerosi multipla si riscontra una variazione dei prezzi in Italia rispetto all'Europa di oltre il 100%, analogamente all'anno precedente, mentre per l'acido bempedoico, da solo e in associazione, la variazione è del 23%. Al contrario, per i farmaci antiemcranici i prezzi in Italia sono inferiori rispetto alla media europea del 50%, così come gli analoghi del GLP-1, usati nel diabete, presentano valori inferiori alla media di circa il 40% (Figura 1.8.26). Per i farmaci antineoplastici e immunosoppressori (appartenenti all'ATC L), le maggiori differenze si riscontrano per gli anticorpi monoclonali anti PD-1/PD-L1, che includono, tra gli altri, nivolumab e pembrolizumab; per questa categoria si riscontra una differenza dei prezzi in Italia rispetto all'Europa del +37% (Figura 1.8.27), in riduzione rispetto al 2024 quando la differenza era del 47%. Prezzi inferiori, invece, si riscontrano per la categoria "altro", in cui rientrano tutti gli immunosoppressori e antineoplastici non ulteriormente categorizzati (-33%), per gli "altri immunosoppressori", che includono anche il metotressato e la lenalidomide e per gli "inibitori della Tirosin Chinasi di Bruton" (-10%).

Figura 1.8.13 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale



(con prezzi di gara):

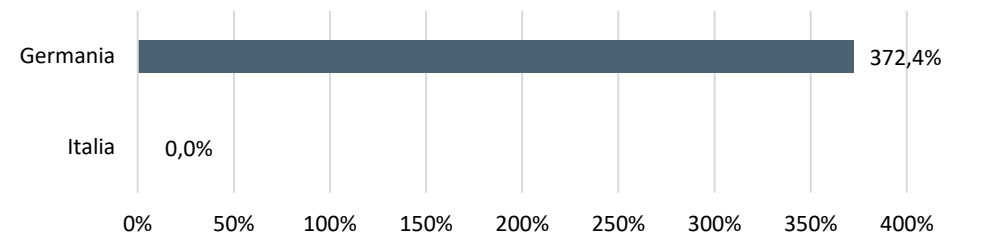
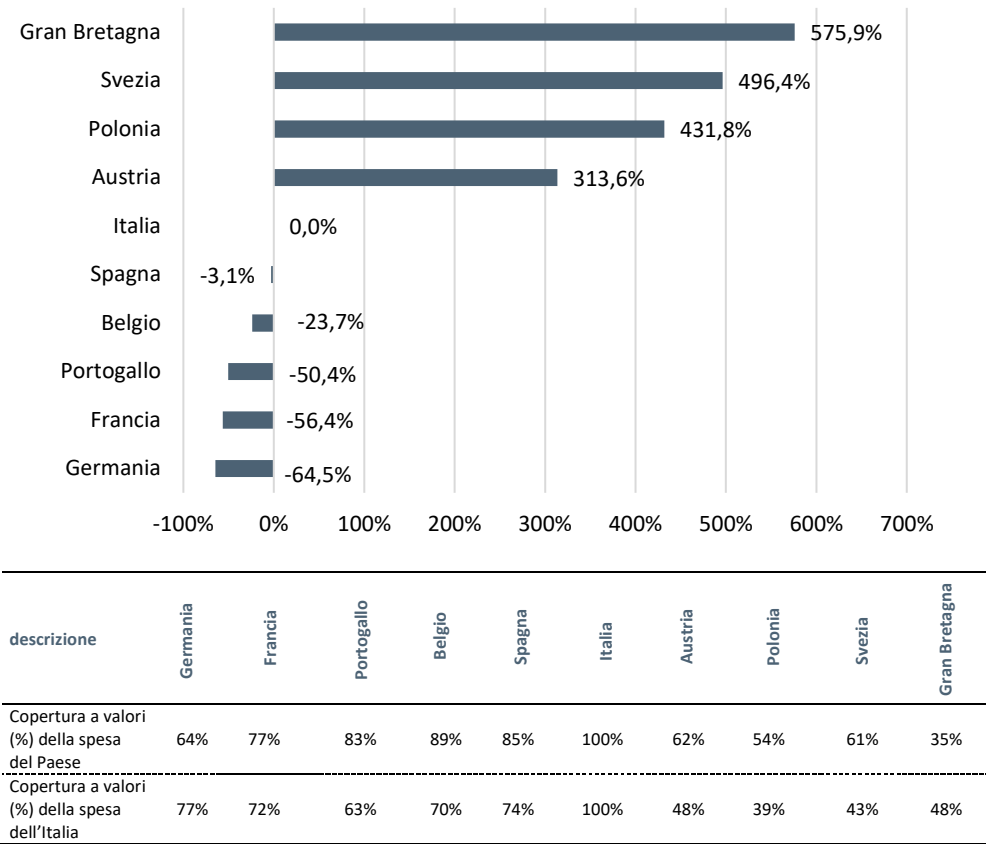


Figura 1.8.14 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza ospedaliera



(con prezzi di gara):

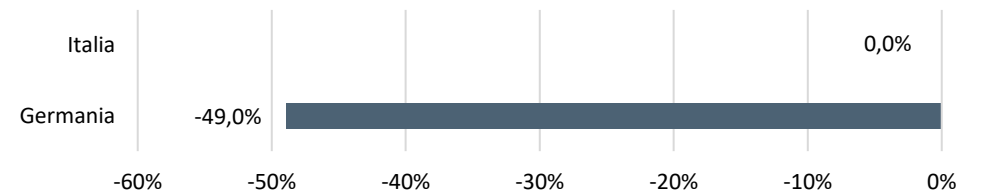
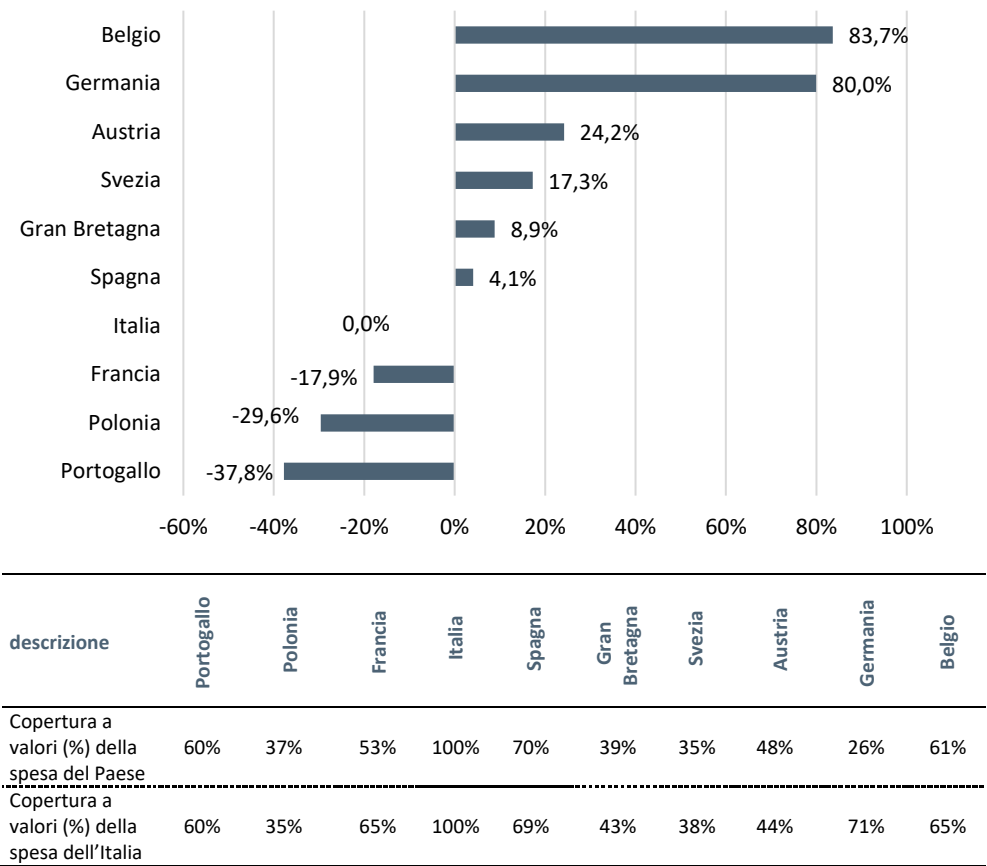


Figura 1.8.15 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale ed ospedaliera



(con prezzi di gara):

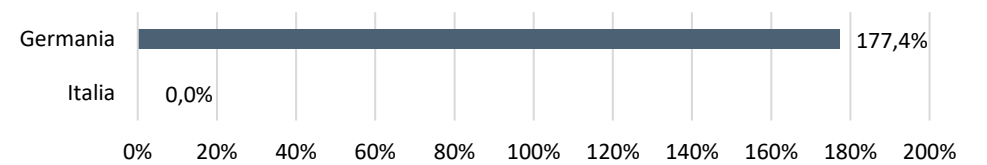


Figura 1.8.16 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci CON COMPETIZIONE nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale

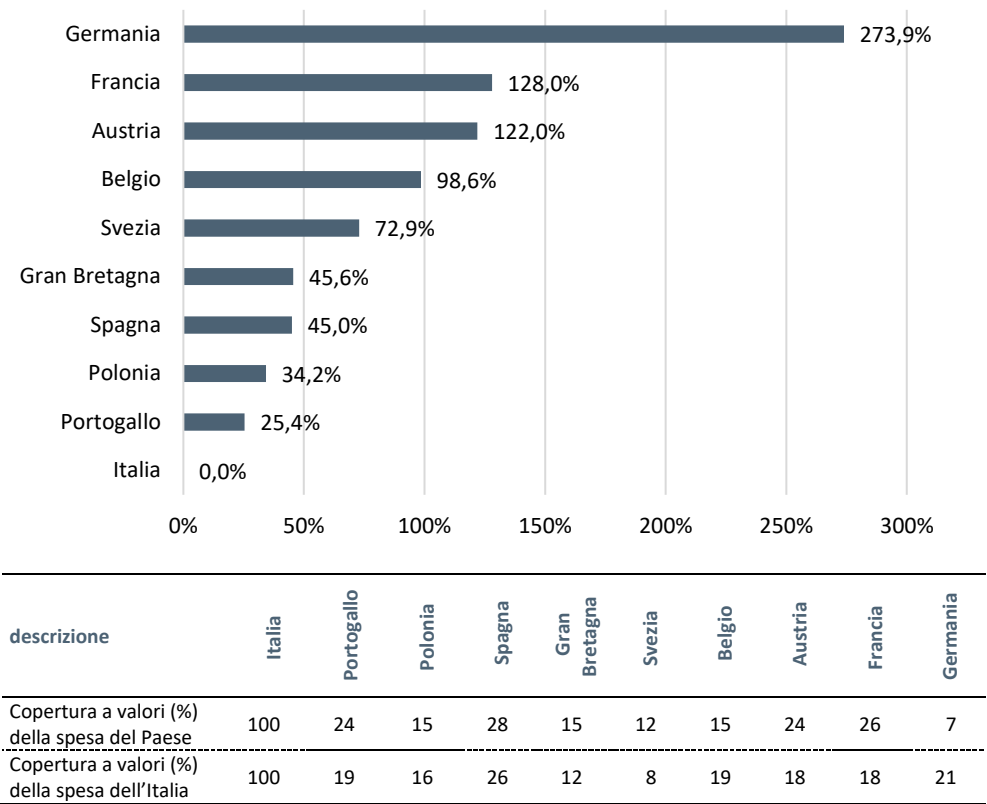


Figura 1.8.17 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci SENZA COMPETIZIONE nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale

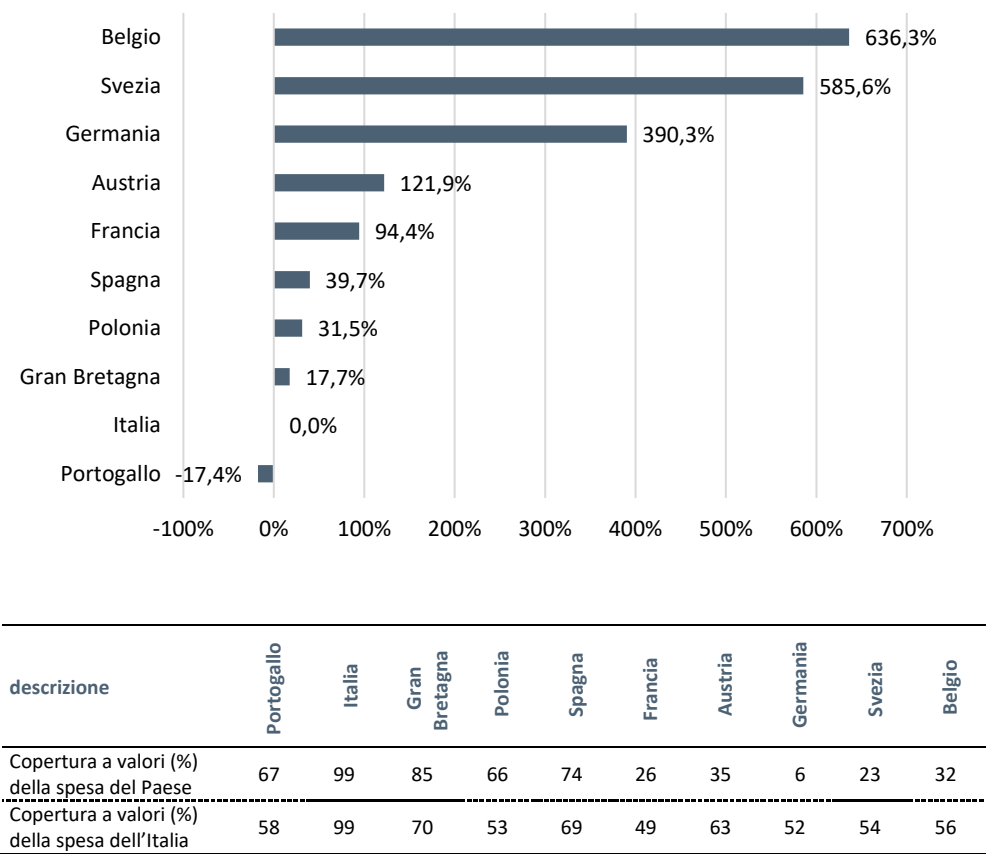


Figura 1.8.18 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci CON COMPETIZIONE nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza ospedaliera

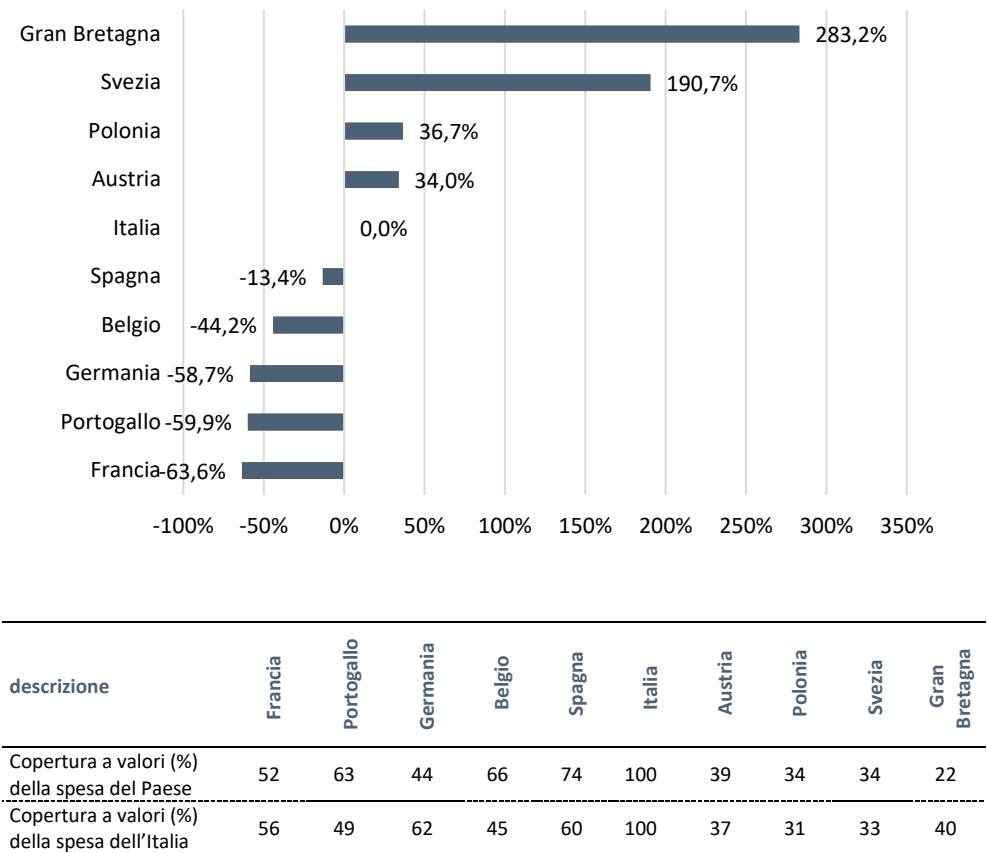


Figura 1.8.19 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci SENZA COMPETIZIONE nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza ospedaliera

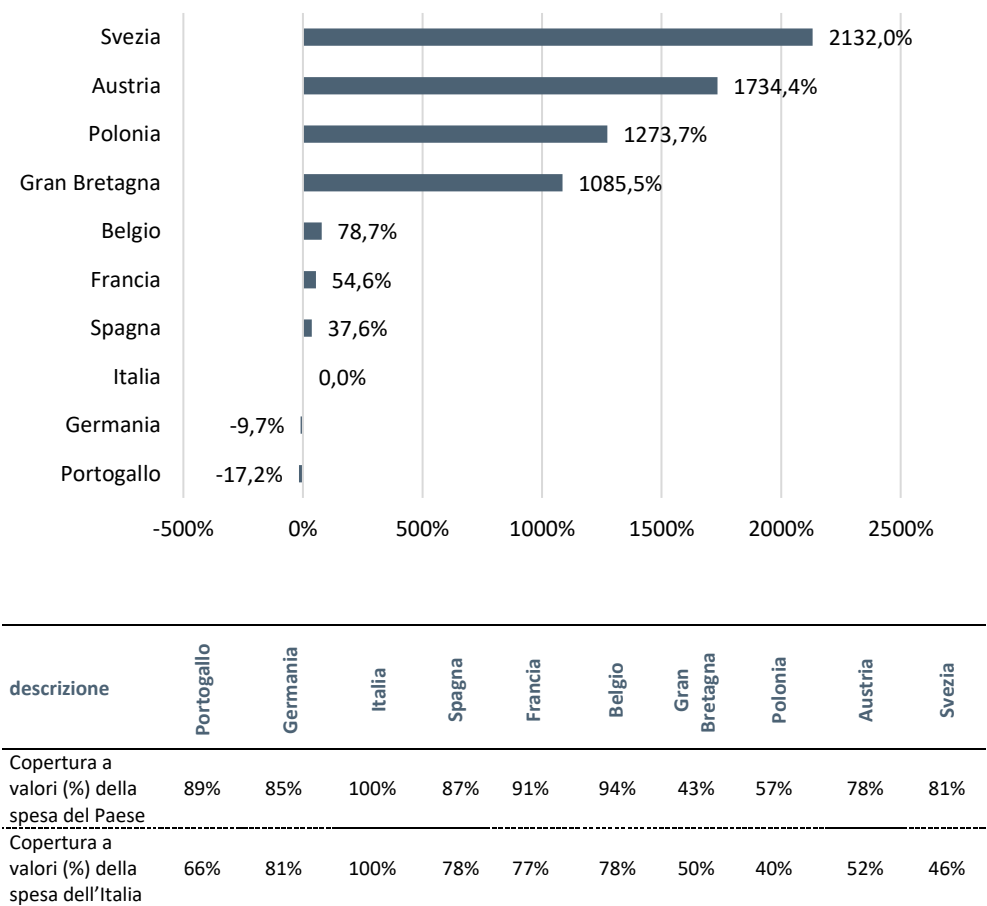


Figura 1.8.20 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci CON COMPETIZIONE nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale e ospedaliera

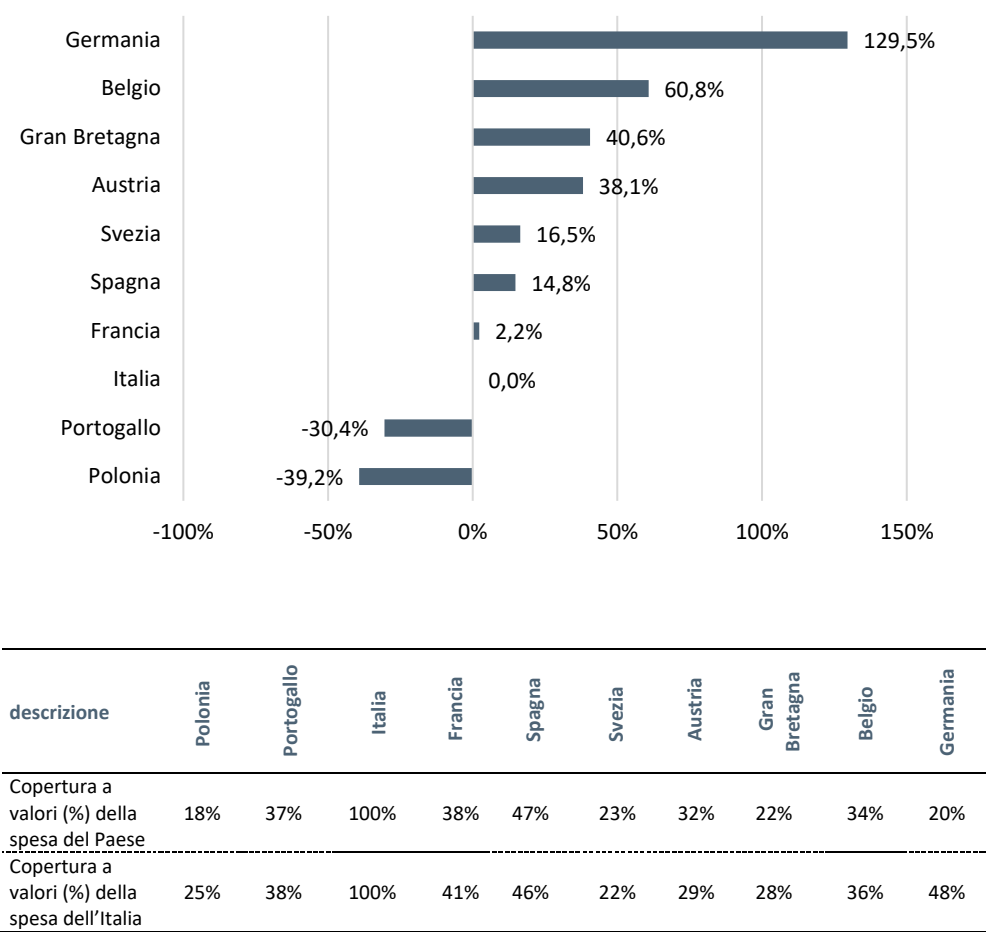


Figura 1.8.21 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci SENZA COMPETIZIONE nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale e ospedaliera

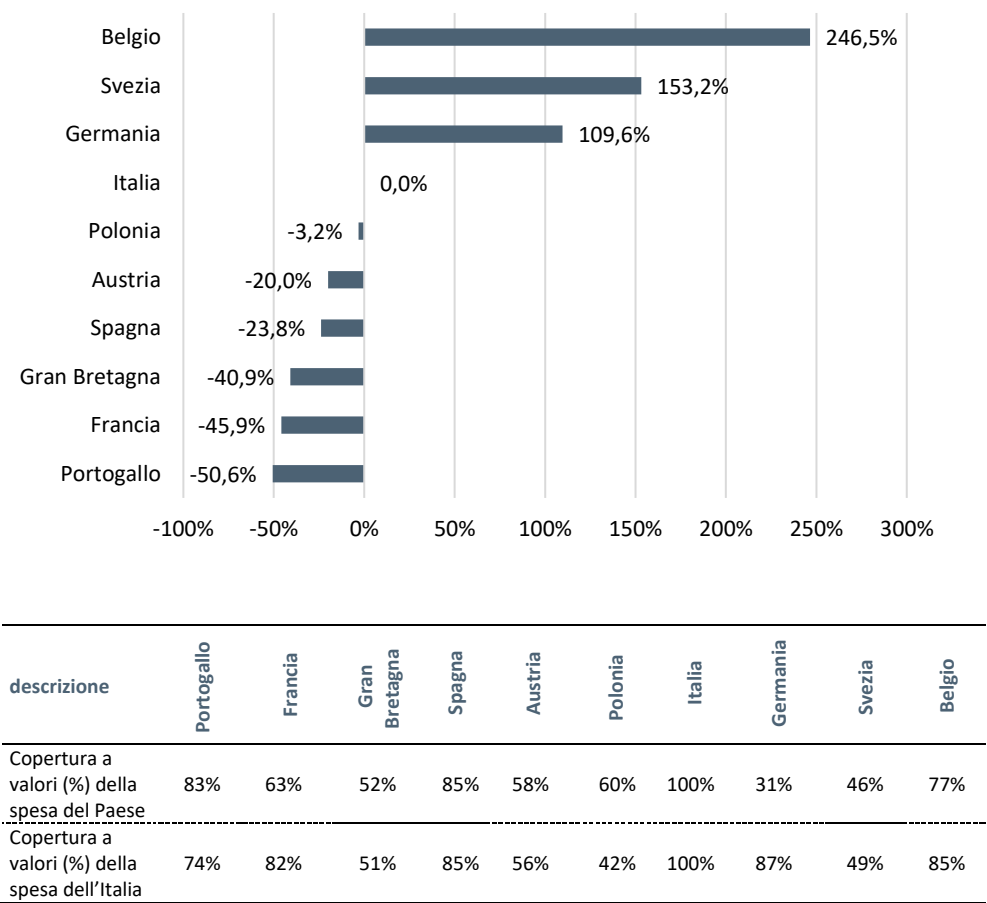


Figura 1.8.22 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci rimborsabili in Italia nel 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale

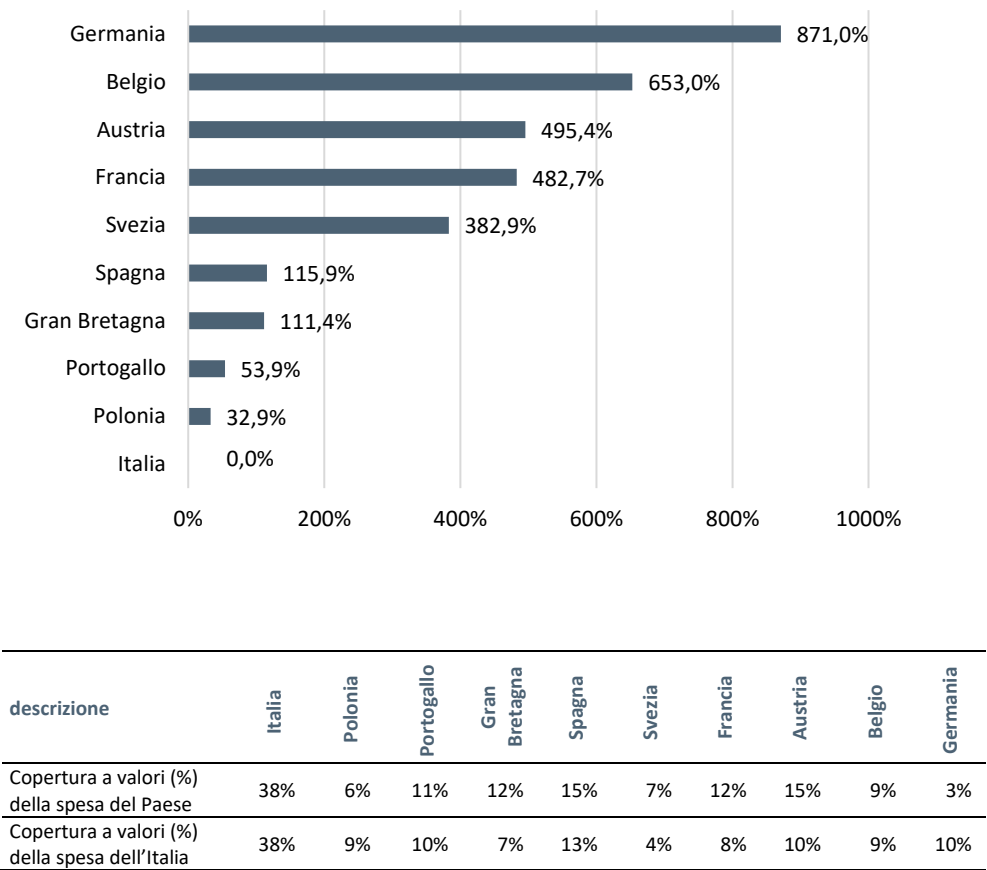


Figura 1.8.23 Confronto internazionale del prezzo dei farmaci a brevetto scaduto e coperti da brevetto tra il 2018 e il 2025 (prezzi a realizzo industria): assistenza territoriale ed ospedaliera

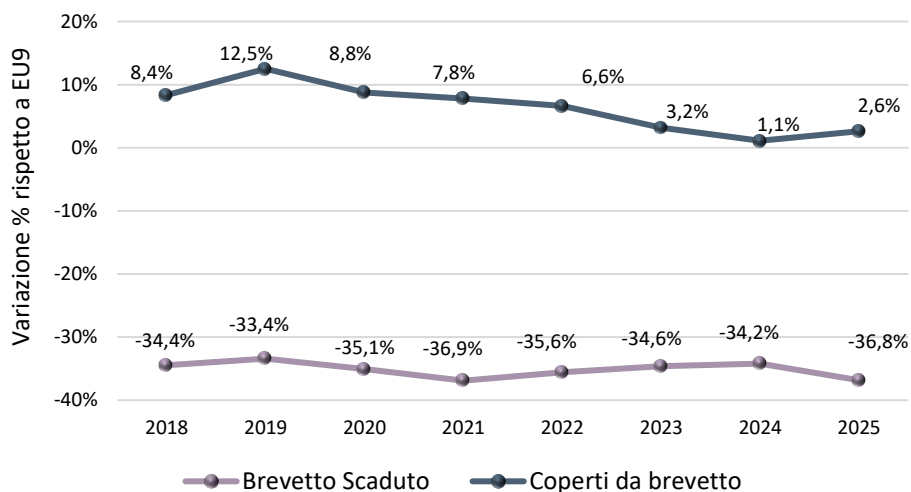


Figura 1.8.24 Sotto analisi farmaci classe H assistenza ospedaliera: confronto internazionale del prezzo dei farmaci a brevetto scaduto e coperti da brevetto tra il 2018 e il 2025 (prezzi a realizzo industria)

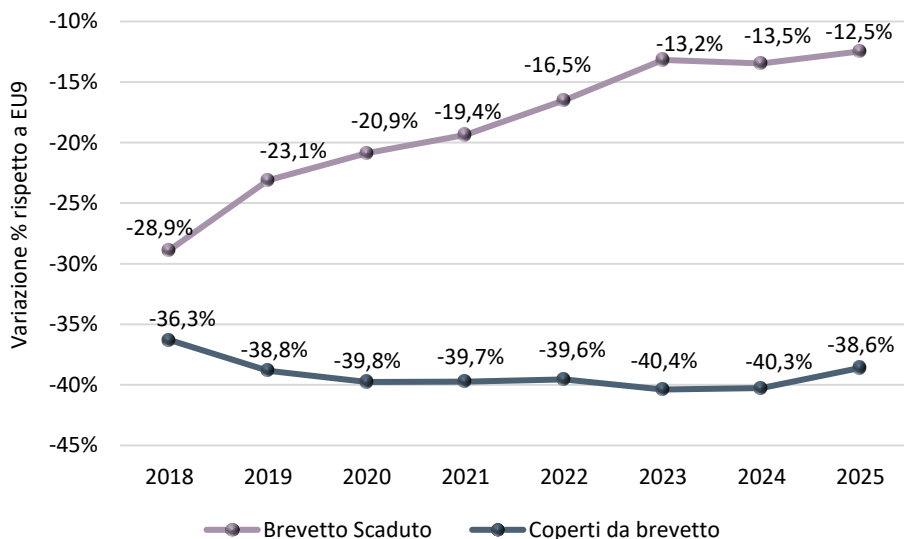


Figura 1.8.25 Sotto analisi farmaci classe C assistenza ospedaliera: confronto internazionale del prezzo dei farmaci a brevetto scaduto e coperti da brevetto tra il 2018 e il 2025 (prezzi a realizzo industria)

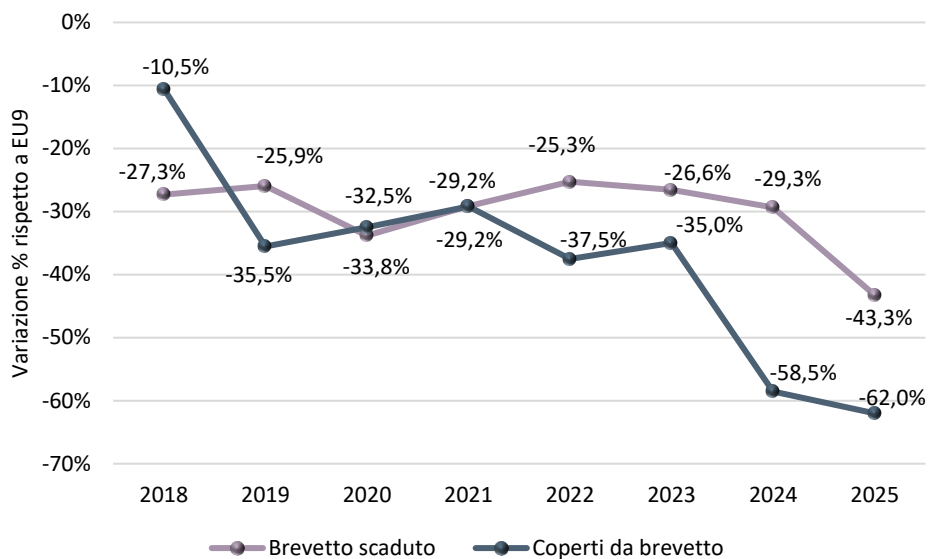


Figura 1.8.26 Confronto internazionale del prezzo per categoria terapeutica nel 2025: assistenza territoriale e ospedaliera

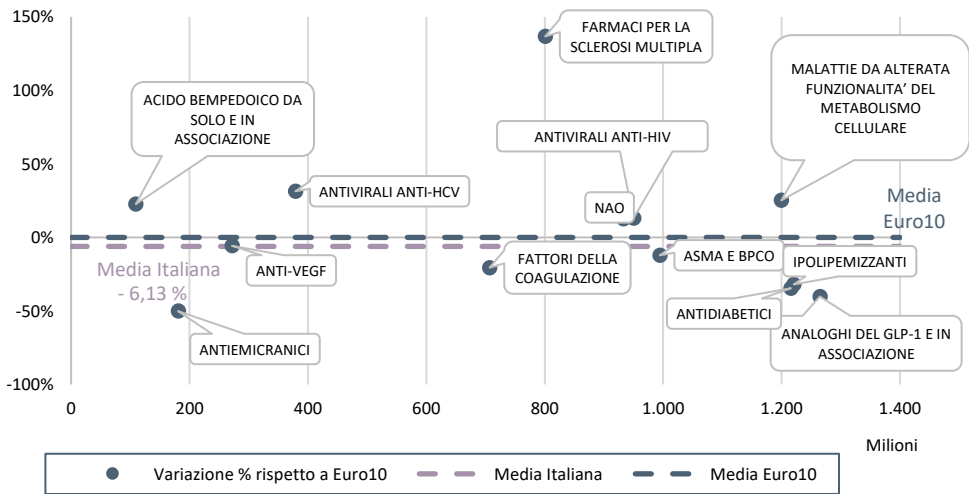
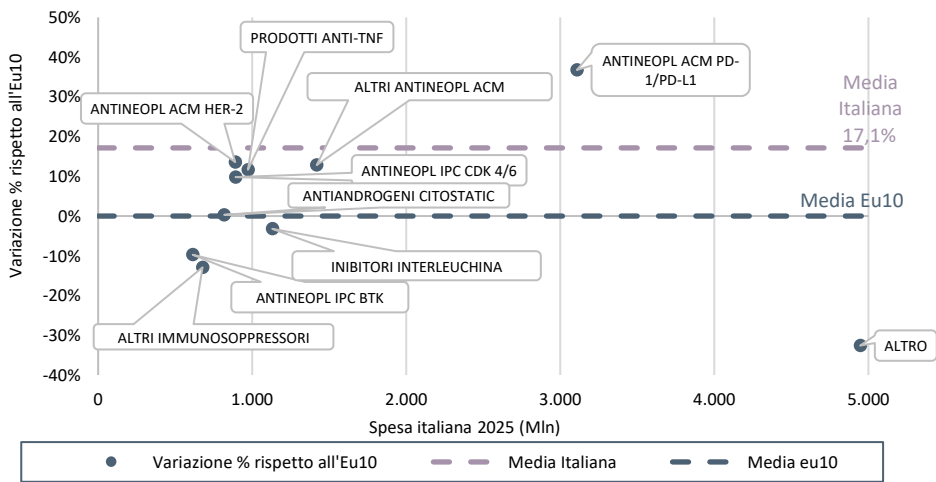


Figura 1.8.27 Confronto internazionale del prezzo per ATC IV livello nell'ambito dell'ATC L nel 2025: assistenza territoriale e ospedaliera



Sezione 2

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

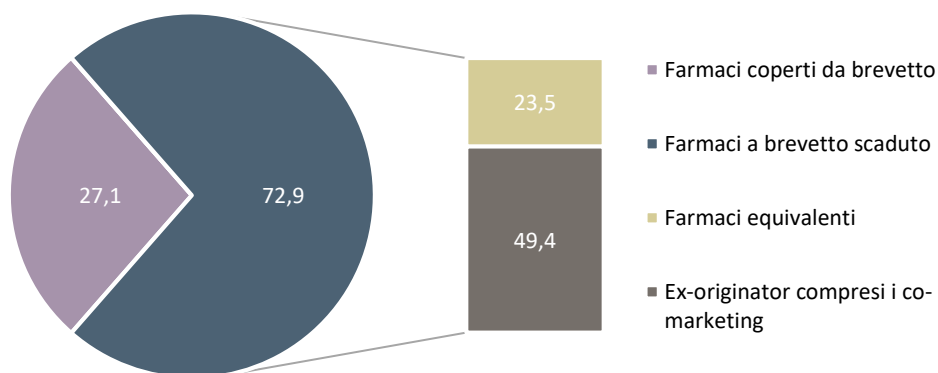
Farmaci a brevetto scaduto in regime di assistenza convenzionata

Nel 2025 i farmaci a brevetto scaduto hanno rappresentato il 72,9% della spesa e l'88,1% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A. I farmaci equivalenti (*unbranded*), distinti dagli *ex originator* a brevetto scaduto, hanno inciso per il 23,5% della spesa e il 32,1% dei consumi (Figure 2.1.1 e 2.1.2). Si conferma il *trend* in crescita dei consumi di questi farmaci, sebbene con un andamento più contenuto nell'ultimo quinquennio (Figure 2.1.3 e 2.1.4). Nel 2025 si è ridotta la quota della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e, parallelamente, la quota di spesa attribuibile ai farmaci ancora coperti da brevetto è aumentata, raggiungendo il 27,1% del totale nel 2025.

La spesa nazionale *pro capite* per i farmaci a brevetto scaduto è stata pari a 129,2 euro, in aumento del 2,5% rispetto al 2024 (Tabella 2.1.1). Le Regioni del Centro (74,9%) e del Sud (74,3%) presentano un'incidenza della spesa per farmaci a brevetto scaduto superiore sia alle Regioni del Nord (70,8%) sia alla media nazionale (72,9%), mentre il valore *pro capite* varia dai 96,5 euro della PA di Bolzano ai 153,3 euro della Campania. L'incidenza di spesa dei farmaci equivalenti mostra un andamento opposto, risultando più elevata al Nord (41,2%), rispetto al Centro (29,4%) e al Sud (23,3%). In particolare, Campania, Calabria e Sicilia registrano il minor ricorso agli equivalenti (19-23%), mentre la PA di Trento e la Lombardia presentano le quote più elevate (45%) (Figura 2.1.5 e Tabella 2.1.1). Anche i consumi confermano questo divario territoriale, infatti nel Nord i farmaci equivalenti rappresentano il 46% dei consumi, valore superiore alla media nazionale (36%). Al contrario, nel Centro e nel Sud prevale il consumo degli *ex originator*, con quote rispettivamente pari a 66% e 75%, in linea con i *trend* osservati per la spesa (Tabella 2.1.2 e Figura 2.1.6).

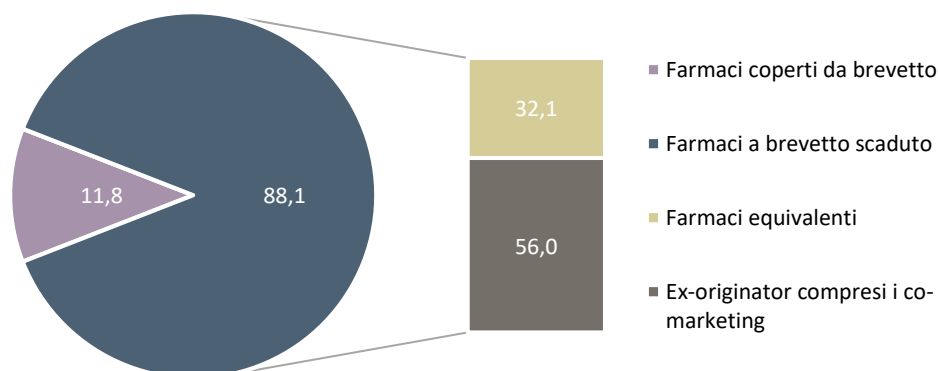
Analizzando i primi 30 principi attivi di classe A-SSN per spesa relativa ai farmaci a brevetto scaduto, anche nel 2025 la metà appartiene all'area cardiovascolare, seguita dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (Tabella 2.1.3). L'atorvastatina si conferma il principio attivo a maggior impatto economico, con una spesa pari a 256,9 milioni di euro, nonostante una riduzione del 3,9% rispetto al 2024; la quota di spesa degli equivalenti è pari al 43,2%. Nel complesso, si osserva un incremento della spesa per le associazioni precostituite di statine ed ezetimibe, a fronte di una riduzione della spesa per le statine in monoterapia. Il pantoprazolo si conferma il secondo principio attivo a brevetto scaduto per spesa (241,4 milioni di euro), seguito da ezetimibe/atorvastatina (227,6 milioni di euro) e dal colecalciferolo (185,2 milioni di euro). La quota di spesa attribuibile ai farmaci equivalenti risulta più elevata per il lansoprazolo (74,0%) e il pantoprazolo (60,2%), mentre è particolarmente contenuta per le associazioni formoterolo/beclometasone (5,5%) ed ezetimibe/rosuvastatina (8,1%). In termini di consumo, il colecalciferolo registra il valore più elevato (106,8 DDD/1000 abitanti *die*), seguito da ramipril (58,5 DDD/1000 abitanti *die*), acido acetilsalicilico (46,2 DDD/1000 abitanti *die*) e atorvastatina (46,2 DDD/1000 abitanti *die*). Rispetto all'anno precedente, tra i primi 30 principi attivi a maggior spesa entra la dutasteride, che registra un incremento della spesa dell'1,3%.

Figura 2.1.1 Spesa (%) dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN distinti per copertura brevettuale nell'anno 2025



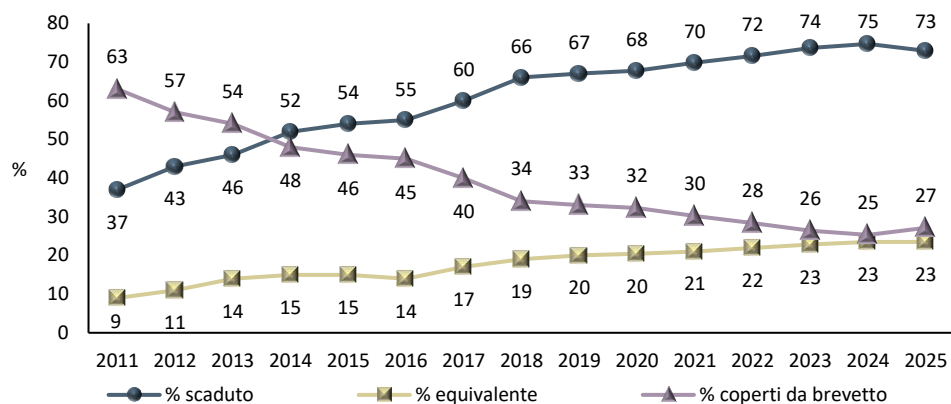
Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art.1bis del Decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149

Figura 2.1.2 Consumo (%) dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN distinti per copertura brevettuale nell'anno 2025



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 Decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Figura 2.1.3 Andamento dell'incidenza della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale della spesa classe A-SSN: confronto 2011-2025**Tabella 2.1.1** Spesa convenzionata regionale dei farmaci a brevetto scaduto* di classe A-SSN: confronto 2024-2025

Regione	Spesa pro capite (euro)		% sul totale della spesa		% spesa equivalente**	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Piemonte	109,4	111,5	76,6	74,2	40,0	41,2
Valle d'Aosta	104,5	109,1	76,4	75,4	39,0	39,9
Lombardia	125,8	132,4	65,9	64,0	43,6	45,3
PA Bolzano	92,9	96,5	76,4	74,4	37,6	38,6
PA Trento	115,4	118,4	78,0	77,1	44,5	45,5
Veneto	106,2	108,6	77,7	76,3	36,1	36,6
Friuli VG	113,3	118,3	76,9	75,9	39,1	40,3
Liguria	115,2	115,8	77,2	75,5	35,5	36,2
Emilia R.	108,0	109,0	79,7	79,1	36,5	37,0
Toscana	102,9	105,2	74,7	74,3	39,9	40,6
Umbria	120,1	121,6	78,3	76,7	29,7	30,1
Marche	130,5	137,2	76,6	76,4	26,9	28,0
Lazio	138,8	139,5	76,4	74,5	23,8	24,1
Abruzzo	140,6	140,7	77,0	74,3	27,5	27,8
Molise	137,5	142,9	77,6	74,8	24,8	24,8
Campania	152,4	153,3	76,5	73,7	18,9	18,7
Puglia	142,5	147,1	76,1	74,9	25,9	26,5
Basilicata	148,7	148,7	74,9	71,9	21,9	23,9
Calabria	146,9	151,1	76,8	74,4	19,5	20,3
Sicilia	134,1	138,9	76,5	75,0	22,1	23,0
Sardegna	135,2	137,4	76,0	74,1	32,8	31,8
Italia	126,0	129,2	74,7	72,9	31,4	32,2
Nord	114,8	118,5	72,7	70,8	40,0	41,2
Centro	124,8	126,9	76,1	74,9	28,9	29,4
Sud e Isole	142,9	145,9	76,4	74,3	22,9	23,3

* sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso degli anni 2024-2025

** calcolata sulla spesa dei farmaci a brevetto scaduto

Figura 2.1.4 Andamento dell'incidenza del consumo dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale dei farmaci classe A-SSN: confronto 2011- 2025

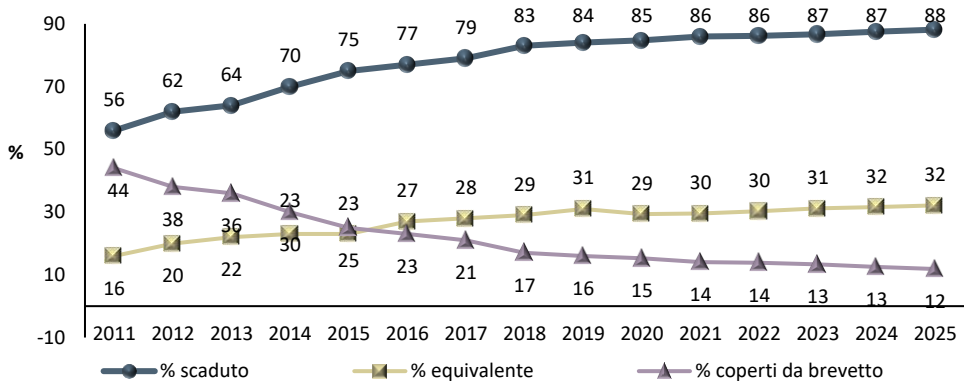


Tabella 2.1.2 Consumo in regime di assistenza convenzionata regionale dei farmaci a brevetto scaduto* di classe A-SSN: confronto 2024-2025

Regione	DDD/1000 ab <i>die</i>		% sul totale delle DDD		% consumo equivalente**	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Piemonte	924,5	944,7	87,2	87,8	46,3	47,2
Valle d'Aosta	854,5	891,6	88,5	89,0	45,1	45,8
Lombardia	975,5	1.007,9	86,8	87,8	48,0	48,3
PA Bolzano	764,4	792,0	86,0	86,5	42,1	42,3
PA Trento	981,9	1.023,6	89,0	89,8	50,6	50,9
Veneto	872,3	888,3	86,6	87,4	42,2	42,7
Friuli VG	981,8	1.011,0	88,3	88,9	45,7	46,0
Liguria	865,7	866,9	87,2	87,8	41,4	41,9
Emilia R.	998,8	986,8	87,7	89,2	43,6	44,3
Toscana	916,2	932,6	86,2	87,8	47,4	47,9
Umbria	1.013,8	1.026,9	88,4	89,4	34,7	35,1
Marche	1.020,0	1.054,3	88,0	88,8	30,4	30,5
Lazio	1.023,1	1.029,2	88,2	88,7	27,3	27,4
Abruzzo	1.020,2	1.011,6	87,6	87,9	29,7	29,7
Molise	1.076,9	1.118,7	88,1	88,5	26,1	25,8
Campania	1.113,6	1.116,2	88,2	88,2	21,3	20,8
Puglia	1.080,9	1.110,5	87,4	88,0	27,3	27,5
Basilicata	1.115,5	1.091,3	87,3	87,6	22,0	22,6
Calabria	1.057,2	1.075,6	87,6	88,0	21,6	21,7
Sicilia	1.040,3	1.079,8	88,4	88,8	25,5	26,6
Sardegna	1.049,1	1.084,1	86,3	87,0	34,9	34,6
Italia	994,1	1.012,2	87,5	88,2	36,1	36,5
Nord	942,5	961,1	87,1	88,0	45,5	46,1
Centro	987,8	1.001,4	87,6	88,5	34,2	34,5
Sud e Isole	1.071,8	1.092,1	87,8	88,1	25,3	25,5

* sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso degli anni 2024-2025

** calcolata sul consumo dei farmaci a brevetto scaduto

Figura 2.1.5 Composizione per Regione della spesa in regime di assistenza convenzionata 2025 per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN

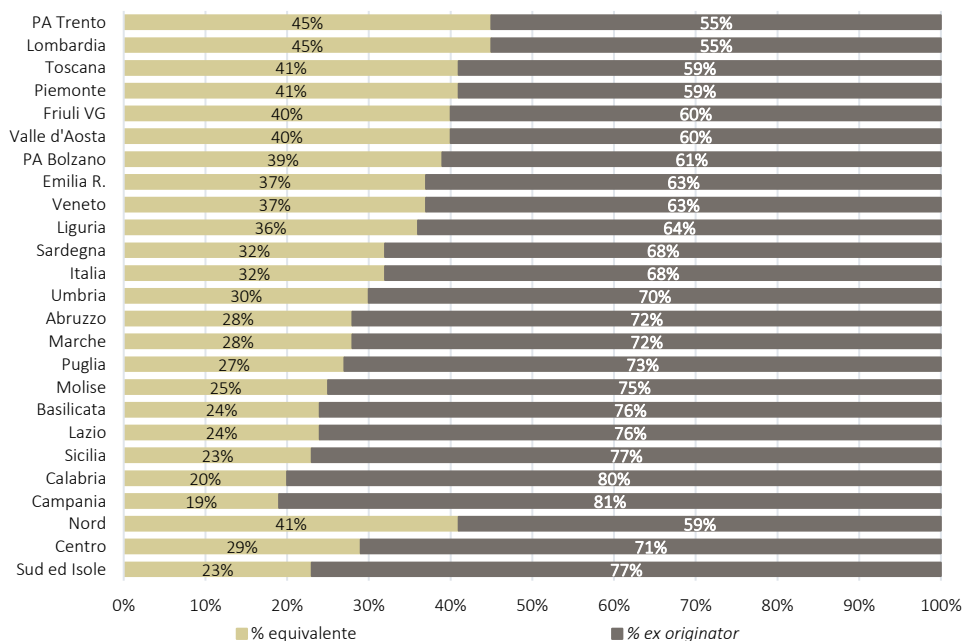


Figura 2.1.6 Composizione per Regione dei consumi in regime di assistenza convenzionata 2025 per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN

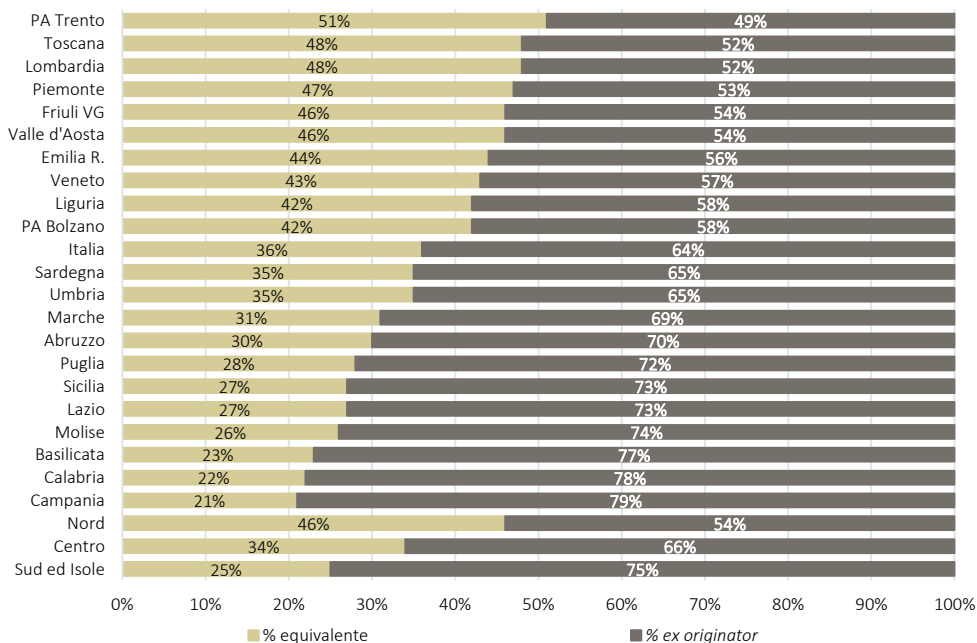


Tabella 2.1.3 Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN, primi 30 principi attivi a brevetto scaduto* a maggiore spesa: confronto 2024-2025

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	Inc. % [^]	Δ % 25-24	% equivalente**	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD
C	atorvastatina	256,9	2,3	-3,9	43,2	46,2	0,26
A	pantoprazolo	241,4	2,2	-5,8	60,2	27,0	0,42
C	ezetimibe/rosuvastatina	227,6	2,0	27,5	8,1	27,9	0,38
A	colecalfiferolo	185,2	1,7	0,5	23,6	106,8	0,08
C	bisoprololo	179,9	1,6	1,8	36,1	13,9	0,60
J	amoxicillina/acido clavulanico	160,7	1,4	-9,1	20,5	5,5	1,36
C	olmesartan	141,9	1,3	7,7	26,9	20,9	0,32
C	omega 3	124,7	1,1	-1,4	51,6	2,8	2,06
C	ezetimibe	120,5	1,1	5,9	51,7	7,8	0,72
R	formoterolo/beclometasone	119,9	1,1	12,7	5,5	4,2	1,33
A	esomeprazolo	117,4	1,1	-6,2	33,1	14,5	0,38
C	olmesartan/amlodipina	113,9	1,0	8,7	17,8	13,3	0,40
C	ramipril	104,7	0,9	-3,8	46,0	58,5	0,08
C	rosuvastatina	104,2	0,9	4,3	42,8	18,2	0,27
A	omeprazolo	102,9	0,9	-8,8	43,4	14,9	0,32
N	pregabalin	101,2	0,9	6,7	38,0	3,1	1,50
A	metformina	101,1	0,9	-0,3	26,0	22,7	0,21
L	letrozolo	100,8	0,9	4,2	47,1	2,1	2,23
N	levetiracetam	100,4	0,9	1,5	42,9	2,3	2,00
C	nebivololo	97,2	0,9	1,4	26,0	17,9	0,25
C	amlodipina	95,0	0,9	-0,6	40,0	29,0	0,15
A	lansoprazolo	93,5	0,8	-11,6	74,0	10,1	0,43
C	ezetimibe/atorvastatina	89,4	0,8	52,6	18,0	10,6	0,39
C	olmesartan/idroclorotiazide	83,4	0,7	4,1	17,2	11,7	0,33
C	ezetimibe/simvastatina	75,5	0,7	0,5	25,7	5,4	0,65
B	clopidogrel	74,7	0,7	-1,2	37,6	6,5	0,54
B	acido acetilsalicilico	72,4	0,7	1,1	14,4	46,2	0,07
G	tamsulosina	70,9	0,6	0,5	34,1	12,3	0,27
C	doxazosin	70,1	0,6	-1,5	31,5	7,3	0,44
G	dutasteride	62,9	0,6	1,3	31,6	8,9	0,33
Totale primi 30		3.590,2	32,0	1,9	34,2	578,7	0,29
Totale		7.613,9	68,0	2,5	32,2	1.012,2	0,35

* sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall’AIFA nel corso del 2024 e del 2025
[^] calcolata sul totale della spesa in regime di assistenza convenzionata
**calcolata sul totale della spesa della molecola

Spesa per la compartecipazione sul prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto

Nel 2025 la spesa *pro capite* per la compartecipazione sulla quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto è stata pari a 17,71 euro, per un totale di circa 1,04 miliardi di euro. Tale valore, che rappresenta il 68,5% della compartecipazione complessiva a carico dei cittadini, comprensiva del ticket per ricetta e/o confezione (Tabella 1.3.1), è in lieve riduzione rispetto al 2024 e negli ultimi cinque anni è rimasto sostanzialmente stabile (CAGR -0,4%) (Tabella 2.1.5). A livello territoriale, la spesa *pro capite* è risultata più elevata nel Sud e Isole (22,35 euro) e più contenuta nel Nord (13,73 euro), con uno scostamento dalla media nazionale (17,71 euro), rispettivamente del +25,5% e del -22,2% (Tabella e Figura 2.1.4). I valori più elevati si registrano in Campania (24,42 euro), Lazio (24,16 euro) e Basilicata (24,13 euro), mentre la PA di Bolzano presenta il valore più basso (12,32 euro). L'analisi della correlazione tra la compartecipazione e il reddito *pro capite* regionale evidenzia una relazione inversa, indicando che le Regioni con il reddito *pro capite* più basso sono quelle che presentano una maggiore compartecipazione. In particolare, Calabria, Sicilia e Campania, caratterizzate da un reddito *pro capite* compreso tra 12.000 e 13.000 euro, presentano valori di compartecipazione superiori alla media nazionale (oltre 20 euro) (Figura 2.1.7).

Le prime 20 categorie terapeutiche per compartecipazione sul prezzo di riferimento rappresentano il 73,5% della spesa e l'80% dei consumi dei farmaci a brevetto scaduto. L'area cardiovascolare concentra oltre un terzo della compartecipazione totale, attraverso categorie quali beta-bloccanti (7,8%), sostanze modificatrici dei lipidi non associate (7,2%), antagonisti dell'angiotensina II in associazione (6,3%) e in monoterapia (5,0%), ACE-inibitori in associazione (5,6%) e in monoterapia (3,5%) (Tabella 2.1.5). Sebbene l'area cardiovascolare continui a rappresentare la quota più rilevante della compartecipazione, gli incrementi più marcati rispetto al 2024 si osservano invece nei preparati antiglaucoma (+17,7%), negli antitrombotici (+11,4%), nei farmaci per la terapia biliare (+8,5%; Tabella 2.1.5). L'analisi per principio attivo conferma quanto osservato a livello di categoria terapeutica. Tra i farmaci cardiovascolari aumenta la compartecipazione di olmesartan (+5,4%) e delle sue associazioni con amlodipina (+6,7%) e idroclorotiazide (+3,5%) (Tabella 2.1.6). Prosegue inoltre la crescita dell'associazione ezetimibe/rosuvastatina, con incrementi della compartecipazione (+12,2%), della spesa (+26,5%) e dei consumi (+28,5%), in linea con il crescente utilizzo delle associazioni statina/ezetimibe. In controtendenza, alcuni antibiotici registrano una riduzione della compartecipazione, tra cui amoxicillina/acido clavulanico (-7,2%), fosfomicina (-8,3%) e cefixima (-11,5%), accompagnata da un calo di spesa e consumi (Tabella 2.1.6).

L'analisi del differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento mostra che gli scostamenti più elevati riguardano soprattutto farmaci a basso impatto sui consumi e sulla spesa convenzionata, come dimetilfumarato, ambrisentan e betaina. Tra i farmaci con maggiore impatto sul SSN e sulla compartecipazione emerge invece rivaroxaban caratterizzato da una crescita simultanea di spesa, consumi e compartecipazione (Tabella 2.1.8). Nel complesso, la compartecipazione si concentra nei farmaci con differenze di prezzo comprese tra 2 e 3 euro (36,4% del totale) e tra 3 e 5 euro (22,6%). Al contrario, i

farmaci con differenze superiori a 20 euro, assorbendo l'86,5% della spesa della distribuzione diretta e per conto, contribuiscono solo all'1,5% della compartecipazione complessiva, a conferma del loro limitato peso nell'assistenza farmaceutica convenzionata (Tabella 2.1.9).

Tabella 2.1.4 Distribuzione della quota su prezzo di riferimento per Regione (Tabella e Figura) (anno 2025)

Regione	Spesa <i>pro capite</i> pesata	Δ % 25-24	CAGR (%) 2020-2025	Δ % media nazionale
Piemonte	12,67	-3,9	-1,8	-26,7
Valle d'Aosta	13,07	-0,3	0,1	-27,1
Lombardia	13,97	-0,6	0,3	-21,9
PA Bolzano	12,32	-0,8	0,9	-30,9
PA Trento	12,82	-1,5	0,4	-27,7
Veneto	13,67	-2,0	-0,2	-22,4
Friuli VG	13,87	-1,1	-1,0	-22,0
Liguria	14,57	-1,6	-0,4	-17,7
Emilia R.	14,23	-3,5	0,3	-18,0
Toscana	12,90	-2,5	-0,7	-26,4
Umbria	17,90	-1,2	-2,0	0,7
Marche	19,00	-0,2	0,3	5,8
Lazio	24,16	-2,2	-0,4	37,4
Abruzzo	20,29	-1,9	-0,3	15,0
Molise	22,49	2,0	1,0	22,6
Campania	24,42	-1,0	-0,4	37,2
Puglia	21,26	0,1	-0,4	18,1
Basilicata	24,13	0,8	1,5	33,1
Calabria	23,92	-1,2	-0,7	34,6
Sicilia	22,65	-2,0	-1,2	28,4
Sardegna	16,82	-1,2	-0,6	-5,4
Italia	17,71	-1,6	-0,4	0,0
Nord	13,73	-1,9	-0,2	-22,2
Centro	19,43	-1,9	-0,5	10,1
Sud e Isole	22,35	-1,0	-0,6	25,5

Fonte: Distinte Contabili Riepilogative (DCR)

segue

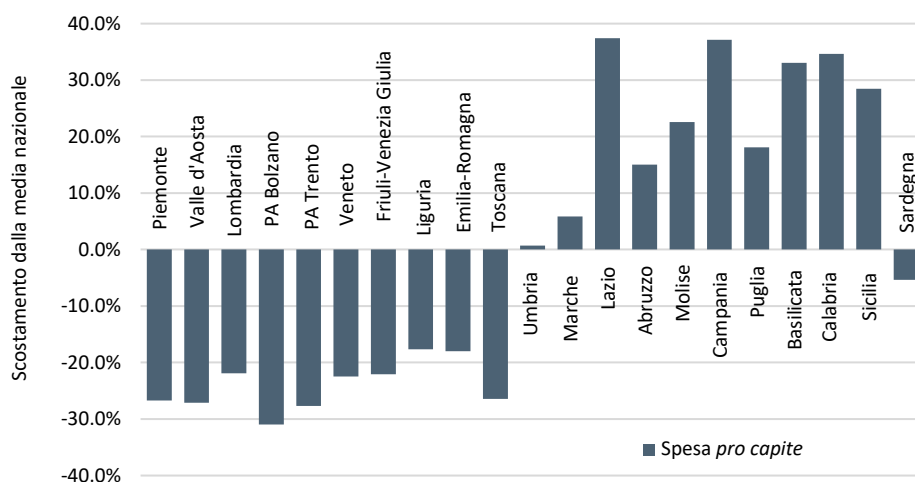
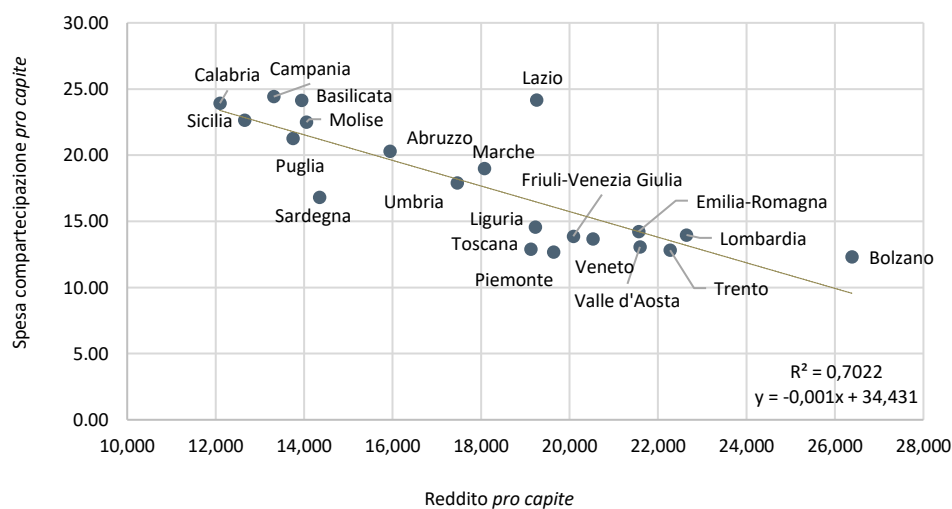
Tabella 2.1.4 e Figura - *continua*Figura 2.1.7 Analisi di correlazione tra spesa per compartecipazione e reddito *pro capite* (anno 2025)

Tabella 2.1.5 Prime 20 categorie terapeutiche a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento (anno 2025)

ATC III	Categoria terapeutica	Compartecipazione (milioni)	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	% equivalente	Spesa totale^	Δ % 25-24	%*	% cum
C07A	Betabloccanti	80,5	-0,4	46,6	0,6	43,9	340,8	0,5	7,8	7,8
C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate	74,1	-9,1	90,0	-3,0	50,9	733,7	-1,2	7,2	15,0
C09D	Antagonisti dell'angiotensina II, in associazione	65,2	0,7	45,9	3,1	24,3	342,8	2,5	6,3	21,3
C09B	Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), in associazione	57,6	-3,0	36,9	0,7	23,2	276,1	-0,7	5,6	26,9
C09C	Antagonisti dell'angiotensina II	51,8	-0,2	59,7	1,1	36,0	304,6	1,9	5,0	31,9
B01A	Antitrombotici	49,0	11,4	66,7	0,4	23,4	351,6	8,6	4,7	36,6
N06A	Antidepressivi	46,3	-8,1	47,8	3,2	51,4	441,3	1,2	4,5	41,1
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna	45,4	-2,3	44,2	3,7	38,4	287,2	2,0	4,4	45,5
C09A	Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE), non associati	36,1	-6,5	74,7	-2,6	58,6	186,2	-4,4	3,5	49,0
C08C	Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare	35,4	6,8	48,9	-0,1	43,9	217,7	-2,9	3,4	52,4
S01E	Preparati anti glaucoma e miotici	28,2	17,7	22,3	1,9	10,3	227,6	0,5	2,7	55,1
C10B	Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni	26,5	7,4	45,2	29,7	13,2	419,8	26,9	2,6	57,7
M01A	Farmaci antinfiammatori e antireumatici, non steroidei	25,9	-7,7	15,3	-5,1	19,1	130,4	-5,4	2,5	60,2
A10B	Ippoglicemizzanti orali	24,5	1,2	41,1	21,8	29,4	860,0	116,8	2,4	62,6
J01C	Antibatterici beta-lattamici, penicilline	23,0	-7,2	6,5	-7,7	28,6	181,6	-8,4	2,2	64,8
A11C	Vitamine a e d, incluse le loro associazioni	20,4	-6,0	121,2	3,6	21,4	228,1	0,4	2,0	66,8
N03A	Antiepilettici	18,6	-1,5	9,6	0,8	21,6	287,3	2,4	1,8	68,6
R03A	Adrenergici per aerosol	17,7	2,9	20,4	3,2	3,0	651,6	5,3	1,7	70,3

segue

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.1.5 - *continua*

ATC III	Categoria terapeutica	Comparteci- pazione (milioni)	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	% equivalente	Spesa totale [^]	Δ % 25-24	%*	% cum
J01D	Altri antibatterici beta-lattamici	17,3	-12,1	1,9	-7,0	18,1	151,5	-7,7	1,7	72,0
A05A	Terapia biliare	15,6	8,5	3,2	5,6	37,4	63,8	6,3	1,5	73,5
Totale prime 20 categorie		759,1	-1,2	848,0	2,8	33,6	6.683,8	9,7	73,5	73,5
Totale		1.043,7	-1,6	1148,2	1,0	32,1	10.445,8	5,0	100	100

[^] spesa lorda inclusiva della spesa per compartecipazione

* calcolata sul totale della compartecipazione

Tabella 2.1.6 Primi 30 principi attivi a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento (anno 2025)

ATC V	Principio attivo	Comparteci- pazione (milioni)	Δ % 25-24	DDD/ 1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	% equivalente	Spesa totale [^]	Δ % 25-24	%*	% cum	Differenza media tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento (€)
C07AB07	bisoprololo	56,22	-0,1	13,9	2,4	50,9	179,9	1,8	5,4	5,4	1,24
C10AA05	atorvastatina	34,94	-5,9	46,3	-5,0	50,9	257,0	-4,3	3,4	8,8	1,13
B01AC06	acido acetilsalicilico	25,72	4,9	46,2	-0,5	22,2	72,4	1,1	2,5	11,3	0,78
C09AA05	ramipril	22,20	-4,2	58,5	-2,0	59,3	104,7	-3,8	2,1	13,4	0,84
C09CA08	olmesartan	21,72	5,4	20,8	7,9	31,9	141,9	7,7	2,1	15,5	1,33
J01CR02	amoxicillina/acido clavulanico	21,09	-7,2	5,5	-7,9	24,1	161,4	-9,1	2,0	17,5	1,21
C09DB02	olmesartan/amlodipina	19,22	6,7	13,2	9,6	21,4	113,9	8,7	1,9	19,4	1,89
C10BA06	ezetimibe/rosuvastatina	19,07	12,2	27,9	28,5	9,0	227,6	26,5	1,8	21,2	0,93
C08CA01	amlodipina	18,25	-3,5	29,0	0,7	51,2	95,0	-0,5	1,8	23,0	0,90
C09DA08	olmesartan/idroclorotiazide	17,25	3,5	11,7	4,6	21,6	83,4	4,1	1,7	24,7	1,91
A11CC05	colecalfiferolo	16,10	-7,7	118,8	3,8	21,5	189,9	0,6	1,6	26,3	0,64
C09BX01	perindopril/indapamide/ amlodipina	15,93	0,8	5,8	5,6	1,6	45,2	3,6	1,5	27,8	3,85

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.1.6 - *continua*

ATC V	Principio attivo	Comparteci- pazione (milioni)	Δ % 25-24	DDD/ 1000 abitanti die	Δ % 25-24	% equivalente	Spesa totale^	Δ % 25-24	%*	% cum	Differenza media tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
A05AA02	acido ursodesossilico	15,59	8,5	3,1	5,8	38,2	62,2	6,6	1,5	29,3	2,16
B01AC04	clopidogrel	14,73	4,0	6,5	0,0	45,8	74,7	-1,2	1,4	30,7	2,97
A10BA02	metformina	14,61	-1,1	22,8	-1,0	36,6	101,6	0,3	1,4	32,1	0,55
G04CA02	tamsulosina	14,32	-4,2	12,3	2,7	43,6	70,9	0,5	1,4	33,5	1,20
C07AB12	nebulolo	13,10	-0,5	17,9	2,0	30,0	97,2	1,4	1,3	34,8	0,95
N02BF02	pregabalin	13,06	3,3	3,1	7,7	43,8	101,4	6,7	1,3	36,1	1,22
C09BB04	perindopril/amlodipina	12,17	-0,6	5,5	1,4	31,2	49,0	0,6	1,2	37,3	3,11
C02CA04	doxazosin	11,68	7,3	7,4	-0,6	38,4	70,2	-1,4	1,1	38,4	1,37
H03AA01	levotiroxina	11,11	-1,4	24,4	1,0	0,9	92,4	1,0	1,1	39,5	0,51
G04CB02	dutasteride	10,75	-2,4	8,9	2,6	37,1	62,9	1,2	1,0	40,5	1,78
C10AA07	rosuvastatina	10,65	-4,4	18,3	3,1	47,7	104,3	4,3	1,0	41,5	0,74
N06AB06	sertralina	10,49	8,8	11,2	8,3	62,5	59,4	8,3	1,0	42,5	1,60
N06AB10	escitalopram	10,19	-3,3	7,7	0,4	43,8	56,5	-0,5	1,0	43,5	2,05
J01XX01	fosfomicina	9,61	-8,3	0,3	-7,0	41,4	33,4	-7,6	0,9	44,4	2,63
G04CA04	silodosina	9,56	0,2	7,4	5,0	31,5	48,4	3,8	0,9	45,3	1,69
C01BC04	flecainide	9,46	-3,0	3,5	3,4	18,4	59,5	2,2	0,9	46,2	1,65
J01DD08	cefixima	9,36	-11,5	1,2	-8,9	20,3	57,7	-9,6	0,9	47,1	1,88
C08CA13	lercanidipina	9,21	0,1	10,3	1,7	42,3	49,7	1,2	0,9	48,0	1,54
Totale primi 30		497,36	-0,2	569,6	2,4	33,6	2.923,7	2,1	48,0	48,0	1,15
Totale		1.043,7	-1,6	1148,2	1,0	32,1	10.445,8	5,0	100,0	100,0	1,00

^ spesa lorda inclusiva della spesa per compartecipazione; * calcolata sul totale della compartecipazione

Tabella 2.1.7 Primi 30 principi attivi per variazione (2025-2024) della compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento

ATC	Principio attivo	Compartecipazione (milioni)	Δ 25-24 (milioni)	Spesa 2025^ (milioni)	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	% consumo equivalente	Δ %* 25-24
S01ED01	timololo	5,06	3,4	24,4	2,4	3,3	1,9	2,5	29,1
C08CA12	barnidipina	3,13	3,1	27,9	-15,7	3,1	-5,6	9,3	-
N02AX06	tapentadolo	3,46	2,4	37,8	-24,4	0,6	-2,7	-	-
B01AF01	rivaroxaban	2,97	2,3	32,4	>100	1,2	>100	94,6	17,8
C10BA06	ezetimibe/rosuvastatina	19,07	2,1	227,6	26,5	27,9	28,5	9,0	21,8
N04BC09	rotigotina	1,43	1,4	24,7	-18,5	0,3	-5,5	17,0	-
A05AA02	acido ursodesossicolico	15,59	1,2	62,2	6,6	3,1	5,8	38,2	-7,2
C09DB02	olmesartan/amlodipina	19,22	1,2	113,9	8,7	13,2	9,6	21,4	6,3
B01AC06	acido acetilsalicilico	25,72	1,2	72,4	1,1	46,2	-0,5	22,2	1,1
C09CA08	olmesartan	21,72	1,1	141,9	7,7	20,8	7,9	31,9	5,9
B05BB01	elettroliti per soluzioni endovenose	1,13	1,1	9,7	10,9	0,2	-1,6	100,0	0,0
B01AE07	dabigatran	1,25	1,1	14,7	>100	0,4	>100	93,9	82,1
L01XX05	idrossicarbamide	0,94	0,9	11,5	2,0	0,4	2,6	0,9	-
S01ED51	timololo/bimatoprost	2,61	0,9	17,4	-9,4	1,3	-5,1	8,1	4,2
N06AB06	sertralina	10,49	0,9	59,4	8,3	11,2	8,3	62,5	-0,9
C02CA04	doxazosin	11,68	0,8	70,2	-1,4	7,4	-0,6	38,4	2,4
R03AK07	formoterolo/budesonide	1,50	0,8	64,5	-6,8	1,9	-2,3	0,3	59,6
A10BD07	sitagliptin/metformina	1,61	0,7	25,8	86,3	1,2	89,2	39,6	-12,7
R03AK08	formoterolo/beclometasone	8,94	0,6	128,1	2,1	4,4	4,5	8,3	28,4
A10BH01	sitagliptin	1,72	0,6	33,5	84,3	1,7	86,9	45,2	-2,1
C09DA08	olmesartan/idroclorotiazide	17,25	0,6	83,4	4,1	11,7	4,6	21,6	2,7
B01AC04	clopidogrel	14,73	0,6	74,7	-1,2	6,5	0,0	45,8	0,9
S01EA05	brimonidina	1,96	0,5	5,1	-8,7	1,5	-3,0	41,2	36,7
S01ED51	timololo/travoprost	1,50	0,5	6,3	-8,9	0,4	-6,9	10,1	-11,1
A02AD02	magaldrato	7,14	0,5	33,5	2,9	2,6	2,3	10,2	12,1
G03DB08	dienogest	0,56	0,4	7,2	>100	0,7	>100	0,3	-10,2
N02BF02	pregabalin	13,06	0,4	101,4	6,7	3,1	7,7	43,8	3,7

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.1.7 - *continua*

ATC	Principio attivo	Compartecipazione (milioni)	Δ 25-24 (milioni)	Spesa 2025^ (milioni)	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	% consumo equivalente	Δ %* 25-24
R03BB06	glicopirronio	0,42	0,4	8,1	-24,1	0,3	-23,0	2,4	-
M05BA04	acido alendronico	3,59	0,3	57,7	5,9	5,5	8,4	31,5	2,6
N06AX12	bupropione	1,98	0,3	13,4	7,9	0,4	12,3	49,0	30,8
Totale primi 30		221,42	17,2	1.591,0	9,2	182,5	8,2	25,7	821,9
Totale		1.043,7	-1,6	10.445,8	5,0	1.148,2	1,0	32,1	1,8

^ spesa lorda inclusiva della spesa per compartecipazione; * calcolato come variazione percentuale e non come differenza in punti percentuali

Tabella 2.1.8 Primi 30 principi attivi per differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento (anno 2025)

ATC	Principio attivo	Differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento	Spesa 2025 (milioni)	Δ % 25-24	%* spesa convenzionata	DDD/ 1000 ab die	%** consumi convenzionata	Compartecipazione (milioni)	%	Δ% 25-24
L04AX07	dimetilt fumarato	1.202,2	0,12	20,6	0,1	0,00	0,04	0,05	0,0	
C02KX02	ambrisentan	330,8	0,07	91,3	2,9	0,00	0,36	0,02	0,0	>100
A16AA06	betaina	200,2	0,00		0,1	0,00	0,03	0,00	0,0	
J02AC04	posaconazolo	139,5	0,21	47,8	5,1	0,00	0,77	0,01	0,0	14,3
V03AC03	deferasirox	76,1	0,74	-83,6	8,2	0,00	1,41	0,01	0,0	21,7
J02AC03	voriconazolo	69,9	0,01	-49,7	0,7	0,00	0,10	0,00	0,0	-45,0
B01AC24	ticagrelor	62,6	0,90	-83,6	2,4	0,03	2,37	0,13	0,0	
N05AE05	lurasidone	32,7	1,47	-20,3	17,2	0,03	12,69	0,12	0,0	
R03BB06	glicopirronio	20,4	8,10	-24,1	99,1	0,25	98,65	0,42	0,0	
N03AF04	eslicarbazepina	12,1	0,29	47,7	25,4	0,00	14,67	0,08	0,0	56,0
N04BC09	rotigotina	10,2	24,67	-18,5	95,4	0,26	93,33	1,43	0,1	
H05BX02	paracalcitolo	7,6	0,29	-51,6	10,9	0,00	1,34	0,01	0,0	-94,0
L04AA06	micofenolato	7,0	0,22	74,1	1,1	0,00	0,32	0,02	0,0	74,2
B01AF01	rivaroxaban	6,9	32,40	>100	31,3	1,15	19,07	2,97	0,3	>100
N05AH03	olanzapina	5,7	17,83	1,4	77,9	0,59	26,18	1,00	0,1	-3,1

Segue

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.1.8 - *continua*

ATC	Principio attivo	Differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento	Spesa 2025 (milioni)	Δ % 25-24	%* spesa convenzionata	DDD/ 1000 ab die	%** consumi convenzionata	Compartecipazione (milioni)	%	Δ% 25-24
B01AF01	rivaroxaban	6,9	32,40	>100	31,3	1,15	19,07	2,97	0,3	>100
N05AH03	olanzapina	5,7	17,83	1,4	77,9	0,59	26,18	1,00	0,1	-3,1
C08CA12	barnidipina	5,6	27,90	-15,7	99,9	3,08	99,70	3,13	0,3	
B01AE07	dabigatran	3,5	14,73	>100	36,6	0,38	19,58	1,25	0,1	>100
L04AD01	ciclosporina	3,3	21,28	-8,7	88,0	0,13	81,25	6,15	0,6	-10,1
G04BE08	tadalafil	3,1	6,25	48,6	82,9	0,11	26,06	0,16	0,0	72,5
L01XX05	idrossicarbamide	2,4	11,53	2,0	92,0	0,40	95,94	0,94	0,1	
S01ED51	timololo/ travoprost	2,1	6,33	-8,9	99,8	0,42	99,44	1,50	0,1	55,1
J01DB04	cefazolina	2,0	0,20	-0,5	3,7	0,00	1,72	0,00	0,0	
L04AD02	tacrolimus	1,7	6,67	14,6	12,1	0,03	6,75	0,14	0,0	51,7
J01GB01	tobramicina	1,0	0,37	-31,9	8,1	0,00	15,78	0,13	0,0	-24,5
N05AH04	quetiapina	0,9	43,69	6,6	80,9	0,60	30,75	0,91	0,1	-15,1
D11AX18	diclofenac	0,7	3,18	-8,4	92,1	0,05	84,63	0,17	0,0	12,1
S01ED51	timololo/ bimatoprost	0,7	17,44	-9,4	99,9	1,31	99,58	2,61	0,3	52,2
R03AK08	formoterolo/ beclometasone	0,6	128,12	2,1	98,7	4,43	97,61	8,94	0,9	7,8
C03DA01	spironolattone	0,5	4,62	30,0	97,2	1,02	93,46	0,44	0,0	77,5
C09CA07	telmisartan	0,5	26,24	-3,8	99,9	7,32	99,11	8,01	0,8	-2,4
	Totale primi 30		405,85	6,2	51,1	21,60	62,84	40,77	3,9	35,9
	Totale		10.445,81	5,0	35,4	1.148,20	84,95	1.043,72	100,0	-1,6

* calcolata sul totale della spesa della molecola comprensiva della convenzionata e degli acquisti diretti

** calcolata sul totale dei consumi della molecola comprensiva della convenzionata e degli acquisti diretti

Tabella 2.1.9 Differenza media tra prezzo al pubblico, prezzo di riferimento e quota di spesa in assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto (anno 2025)

Differenza media tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento (€)	% spesa assistenza convenzionata*	% spesa distribuzione diretta e per conto**	% compartecipazione su compartecipazione totale
<1	11,6	1,3	7,1
≥1-<2	20,7	1,3	18,4
≥2-<3	36,4	1,1	36,4
≥3-<5	19,2	2,9	22,6
≥5-<10	9,7	4,4	11,7
≥10<20	1,7	2,5	2,4
≥20	0,7	86,5	1,5

* calcolata sul totale della spesa in assistenza convenzionata

** calcolata sul totale della spesa in distribuzione diretta e per conto

Biologici a brevetto scaduto

Analizzando il livello di concorrenza nel mercato dei biosimilari (Indice di Herfindahl-Hirschman - HHI) e le quote di mercato per competitor (Figura 2.1.8), si evidenzia una marcata eterogeneità tra le diverse molecole, con una maggiore concentrazione per quelle di più recente scadenza brevettuale, quali omalizumab (HHI= 0,97) e tocilizumab (HHI= 0,70), nonché per le insuline, per le quali la maggior quota di mercato appartiene ancora all'ex-originator (aspart *fast acting* HHI= 0,93; lispro *fast acting* HHI= 0,76; glargine *long acting* HHI= 0,61). Per somatropina (HHI= 0,81) ed epoetina (HHI= 0,78), invece, la maggior quota di mercato è attribuibile al biosimilare, contrariamente a trastuzumab (HHI=0,21), teriparatide (HHI= 0,27), adalimumab (HHI = 0,33) e filgrastim (HHI= 0,34) che presentano livelli di concorrenza più elevati. Particolarmente interessante è il caso di ustekinumab (HHI 0,34) che, nel 2025, ha registrato la presenza sul mercato di sei diversi biosimilari (Figura 2.1.8).

Analizzando l'andamento di spesa e consumo dei farmaci biologici a brevetto scaduto per IV livello ATC (Tabella 2.1.10), si osserva che, nel caso delle follitropine, l'incidenza maggiore di spesa sia rappresentata dalla categoria terapeutica degli altri biologici, ovvero di quei farmaci che non rientrano né nella definizione di *reference product*, né di biosimilare, con un'incidenza superiore al 70% della spesa (Figura 2.1.15), mentre i consumi superano il 50%. Anche per la somatropina si osserva come biosimilare e altre molecole della categoria rappresentino complessivamente quasi il 90% della spesa e dei consumi (Figura 2.1.19). Nel gruppo degli anti-TNF-alfa si osserva una buona penetrazione dei biosimilari, soprattutto per adalimumab ed etanercept, sebbene l'incidenza maggiore di spesa sia appresentata dagli altri biologici della categoria (principalmente golimumab e certolizumab) che raggiungono oltre il 34% della spesa a fronte di circa il 10% dei consumi (Figura 2.1.9). Per bevacizumab si registra come quasi la totalità della spesa e dei consumi sia attribuibile al biosimilare (Figura 2.1.11). Infliximab e trastuzumab, al contrario di rituximab, evidenziano una crescita della formulazione sottocute (Figure 2.1.10 e 2.1.21), mentre nel gruppo delle eparine emerge il progressivo incremento del biosimilare dell'enoxaparina rispetto alle altre molecole della categoria terapeutica (Figura 2.1.12), ad eccezione dell'ultimo anno in cui invece vi è una riduzione.

Nel caso dei fattori della crescita si conferma una rilevante riduzione della spesa (-30,6%) tra il 2020 e il 2025, a fronte di un aumento dei consumi del 27,9% nello stesso periodo. Per questa categoria si evidenzia la crescita del biosimilare di filgrastim e delle altre molecole appartenenti alla categoria terapeutica (Figura 2.1.14) tra il 2025 e il 2024. Anche per le insuline *long acting* si registra una forte crescita delle altre formulazioni di insulina glargine rispetto al 2020 (Figura 2.1.17). Eculizumab, infine, mostra una marcata riduzione della spesa nel 2025 (-48,8%), trainata sia da una riduzione complessiva dei consumi (-34%), sia dalla crescita del biosimilare (+59,6% di spesa e +74,9% dei consumi) a fronte di una consistente riduzione dell'originator (-60,4% della spesa e -57,4% dei consumi) (Figura 2.1.22).

Analizzando la variabilità regionale del consumo dei farmaci biologici a brevetto scaduto, rispetto alla media nazionale (Figura 2.1.24), si osserva che Sardegna, Lombardia, PA Bolzano, Molise e Calabria tendono a consumare quantità superiori alla media nazionale di

ex originator, mentre Liguria, Marche, Umbria, Sicilia, Toscana, Basilicata e Puglia mostrano una maggiore propensione all'utilizzo dei biosimilari. Emilia-Romagna e Campania evidenziano consumi superiori alla media nazionale per entrambe le categorie. L'analisi congiunta del consumo di biosimilari e del costo medio per giornata di terapia dei biologici a brevetto scaduto negli acquisti diretti (Figura 2.1.25) evidenzia che solo Marche e Puglia associano una quota di consumo di biosimilari superiore alla media a un costo medio per DDD del biologico inferiore rispetto alla media nazionale. Al contrario, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Liguria, Campania e Sicilia presentano consumi di biosimilare superiori alla media nazionale ma un costo per giornata di terapia del biologico più elevato. Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, PA Trento e Calabria mostrano invece valori inferiori sia per il consumo di biosimilari sia per il costo medio per giornata di terapia. Infine, Veneto, Sardegna e Piemonte registrano costi per giornata di terapia leggermente superiori alla media a fronte di un minor consumo di biosimilari.

Figura 2.1.8 Biologici a brevetto scaduto: indice di Herfindahl-Hirschman (HHI) e quote di mercato per competitor (anno 2025)

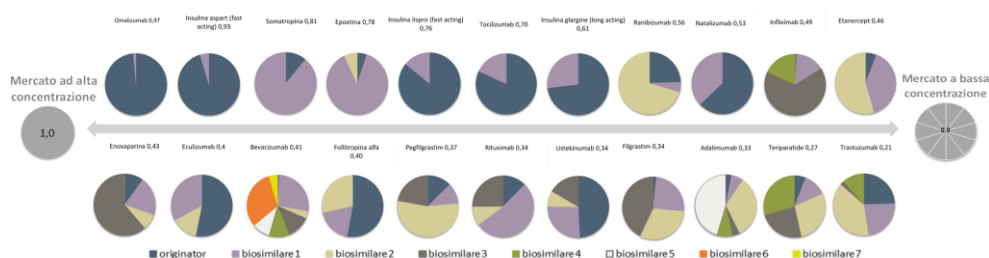


Tabella 2.1.10 Biosimilari, erogazione attraverso le strutture pubbliche e prescrizione territoriale SSN (anno 2025)

Gruppo e sottogruppo	Spesa pro capite	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	DDD/1000 ab die	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	Costo medio (CM)	Δ % 25-24	Δ % 25-20	CV CM
Anti TNF-alfa	4,22	100,0	-0,9	-27,5	2,1	100,0	4,3	54,5	5,5	-5,0	-53,1	2,4
Biosimilare adalimumab	0,86	20,4	2,7	27,8	1,0	46,4	8,3	>100	2,4	-5,1	-53,5	2,2
Biosimilare etanercept	0,88	20,9	8,0	4,1	0,3	15,4	5,3	67,9	7,5	2,6	-38,0	7,3
Biosimilare infliximab ev	0,33	7,9	-5,6	-34,3	0,4	19,0	-2,6	31,7	2,3	-3,1	-50,1	2,3
Biosimilare infliximab sc	0,33	7,8	38,4	>100	0,1	6,4	39,8	>100	6,7	-1,0	>100	7,3
Originator adalimumab	0,17	4,1	-39,0	-84,5	0,0	1,4	-39,2	-84,4	15,8	0,2	-0,4	15,2
Originator etanercept	0,17	4,1	-35,7	-81,6	0,0	1,0	-34,8	-78,4	22,9	-1,3	-14,6	22,7
Originator infliximab ev	0,02	0,4	-28,0	-85,4	0,0	0,2	-28,3	-85,5	10,8	0,4	0,6	10,8
Altri Anti - TNF - alfa	1,45	34,5	1,0	-10,9	0,2	10,2	0,3	11,3	18,5	0,7	-20,0	19,5
Bevacizumab	0,42	100,0	-19,4	-82,1	0,2	100,0	11,7	47,7	7,7	-27,9	-87,9	7,8
Biosimilare	0,41	97,4	-18,1	100,0	0,2	99,6	12,2	>100	7,5	-27,0	-72,0	7,7
Originator	0,01	2,6	-50,8	-99,5	0,0	0,4	-50,8	-99,4	55,2	0,0	-20,3	55,2
Ecuzumab	1,07	100,0	-48,8	-45,9	0,0	100,0	-34,0	-17,3	506,1	-22,5	-34,6	611,6
Biosimilare	0,32	30,1	59,7	-	0,0	46,9	75,0	-	325,3	-8,7	-	328,3
Originator	0,75	69,9	-60,4	-62,2	0,0	53,1	-57,4	-56,1	665,8	-7,2	-14,0	675,2
Eparine a basso peso molecolare	1,81	100,0	-14,2	-8,4	6,7	100,0	-1,0	-8,1	0,7	-13,4	-0,4	0,7
Biosimilare enoxaparina	1,42	78,6	-11,9	29,3	5,8	86,9	4,0	45,1	0,7	-15,2	-10,9	0,7
Fondaparinux	0,24	13,4	0,0	3,7	0,4	6,4	0,5	-4,3	1,6	-0,5	8,4	1,4
Originator enoxaparina	0,06	3,4	-42,3	-85,1	0,3	4,8	-35,0	-85,9	0,5	-11,2	5,8	0,7
Altre eparine a basso peso molecolare	0,08	4,5	-43,4	-63,5	0,1	1,9	-48,0	-77,1	1,7	9,0	59,4	1,7

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.1.10- *continua*

Gruppo e sottogruppo	Spesa <i>pro capite</i>	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	DDD/1000 <i>ab die</i>	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	Costo medio (CM)	Δ % 25-24	Δ % 25-20	CV CM
Epoetine	3,24	100,0	27,3	16,0	4,1	100,0	-0,1	14,0	2,2	27,3	1,8	2,1
Biosimilare epoetine	2,09	64,7	46,3	60,4	3,4	83,8	-0,1	27,0	1,7	46,4	26,3	1,4
Originator epoetine	0,17	5,3	-19,1	-58,4	0,2	4,3	-15,8	-50,9	2,6	-3,8	-15,2	2,2
Altre epoetine	0,97	30,1	7,9	-9,6	0,5	11,9	7,4	-8,6	5,5	0,5	-1,0	5,3
Fattori della crescita	0,37	100,0	1,5	-30,6	0,1	100,0	7,3	27,9	7,7	-5,4	-45,8	5,0
Biosimilare filgrastim	0,12	31,8	11,1	-9,3	0,1	39,5	7,7	10,1	6,2	3,1	-17,6	5,9
Biosimilare pegfilgrastim	0,07	17,9	3,7	-23,8	0,1	45,7	8,4	87,8	3,0	-4,3	-59,4	3,0
Originator pegfilgrastim	0,02	5,7	-41,6	-43,8	0,0	0,7	-36,5	-35,7	66,9	-8,0	-12,5	62,9
Originator pegfilgrastim	0,05	14,3	-6,2	-64,4	0,0	6,6	2,5	-32,4	16,7	-8,5	-47,4	15,9
Altri fattori della crescita	0,11	30,4	9,6	-14,2	0,0	7,5	9,6	5,1	31,1	0,1	-18,4	31,1
Follitropine	0,95	100,0	-0,4	31,9	0,1	100,0	5,5	-0,1	26,0	-5,6	32,0	13,8
Biosimilare	0,09	9,5	-4,1	12,6	0,0	19,6	-0,2	37,8	12,6	-3,9	-18,3	12,2
Originator	0,15	15,6	-9,3	-28,2	0,0	26,1	-0,4	-3,7	15,6	-9,0	-25,4	13,9
Altra follitropina	0,71	74,9	2,2	64,1	0,1	54,3	10,9	-7,5	35,9	-7,8	77,5	13,8
Insuline <i>fast acting</i>	0,17	100,0	18,3	-13,7	0,8	100,0	-7,1	-11,7	0,6	27,4	-2,3	0,6
Biosimilare insulina aspart	0,00	2,9	81,6	-	0,0	2,7	94,8	-	0,6	-6,7	-	0,6
Biosimilare insulina lispro	0,02	10,1	22,9	-54,9	0,1	9,8	33,6	-67,6	0,6	-8,0	39,1	0,6
Originator insulina aspart	0,04	24,0	-13,2	-47,9	0,2	20,3	-19,9	-30,1	0,7	8,4	-25,5	0,7
Originator insulina lispro	0,06	38,0	70,5	61,7	0,4	44,9	-9,1	71,5	0,5	87,4	-5,7	0,5
Altre insuline <i>fast acting</i>	0,04	25,0	1,0	4,9	0,2	22,3	-7,9	-20,0	0,6	9,7	31,1	0,8
Insuline <i>long acting</i>	2,08	100,0	3,3	-11,4	6,5	100,0	10,7	7,4	0,9	-6,8	-17,5	0,9
Biosimilare insulina glargine	0,12	5,7	-19,0	-57,0	0,4	5,8	-19,0	-56,6	0,9	0,0	-0,8	0,9
Originator insulina glargine	0,35	16,8	-16,7	-56,5	1,0	15,7	-15,8	-51,9	0,9	-1,0	-9,6	0,8
Altra insulina glargine	0,98	47,3	14,9	>100	3,1	47,5	14,9	>100	0,9	0,0	-1,0	0,9

segue

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.1.10- *continua*

Gruppo e sottogruppo	Spesa <i>pro capite</i>	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	DDD/1000 <i>ab die</i>	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	Costo medio (CM)	Δ % 25-24	Δ % 25-20	CV CM
Altre insuline long acting	0,63	30,2	6,1	-20,3	2,0	31,0	34,0	27,9	0,9	-20,9	-37,7	1,1
Natalizumab	1,47	100,0	-4,7	-13,2	0,1	100,0	-0,9	32,5	37,0	-3,9	-34,5	40,0
Biosimilare natalizumab	0,47	31,8	>100	-	0,0	37,1	100,5	-	31,7	1,1	-	32,0
Originator natalizumab	1,00	68,2	-23,6	-40,8	0,1	62,9	-23,6	-16,6	40,0	0,0	-29,0	40,0
Omalizumab	1,26	100,0	3,9	42,9	0,1	100,0	4,4	47,5	24,7	-0,4	-3,1	24,8
Biosimilare omalizumab	0,01	0,9	-	-	0,0	1,4	-	-	17,2	-	-	15,9
Originator omalizumab	1,25	99,1	3,0	41,5	0,1	98,7	3,0	45,5	24,8	0,0	-2,7	24,8
Ranibizumab	0,22	100,0	-40,1	-65,4	0,1	100,0	-8,0	-24,0	9,8	-34,9	-54,4	7,6
Biosimilare ranibizumab	0,12	56,3	>100	-	0,1	75,5	>100	-	7,3	-9,0	-	7,6
Originator ranibizumab	0,10	43,7	-69,7	-84,9	0,0	24,5	-69,7	-81,4	17,4	0,0	-18,8	17,6
Rituximab	0,41	100,0	-17,5	-70,0	0,5	100,0	3,5	15,9	2,2	-20,3	-74,1	1,4
Biosimilare ev	0,23	57,3	-20,6	-75,8	0,5	87,5	6,1	44,1	1,4	-25,2	-83,2	1,4
Originator ev	0,01	2,6	-40,6	-88,2	0,0	0,4	-41,0	-87,5	14,4	0,7	-5,5	14,5
Originator sc	0,16	40,1	-10,0	-46,2	0,1	12,1	-10,0	-46,2	7,2	0,0	0,1	7,2
Somatropine	0,96	100,0	-6,8	-28,8	0,3	100,0	-4,0	-11,3	10,6	-3,0	-19,8	8,8
Biosimilare	0,43	44,9	2,5	70,1	0,1	57,1	1,7	>100	8,3	0,8	-17,6	8,0
Originator	0,11	10,9	-47,1	-50,5	0,0	6,9	-49,5	-52,2	16,7	4,7	3,4	16,8
Altra somatropina	0,43	44,2	3,1	-52,0	0,1	36,0	4,9	-49,1	13,0	-1,7	-5,8	11,7
Teriparatide	0,08	100,0	-20,1	-46,5	0,1	100,0	7,4	38,0	3,8	-25,6	-61,2	2,9
Biosimilare	0,07	93,7	-22,1	>100	0,1	94,4	5,4	>100	3,8	-26,1	-46,5	2,9
Originator	<0,005	0,8	-36,2	-99,5	0,0	0,5	-34,4	-99,2	6,9	-2,8	-35,7	7,0
Altra teriparatide (sintesi)	<0,005	5,5	54,2	-	0,0	5,2	80,1	-	4,1	-14,4	-	4,4
Tocilizumab	1,02	100,0	3,2	5,0	0,2	100,0	20,8	58,1	17,0	-14,6	-33,6	17,0
Biosimilare	0,18	17,8	>100	-	0,0	18,1	>100	-	16,7	-3,0	-	16,0
Originator	0,84	82,3	-11,7	-13,7	0,1	81,9	3,7	29,5	17,1	-14,8	-33,3	17,0

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.1.10- *continua*

Gruppo e sottogruppo	Spesa <i>pro capite</i>	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	DDD/1000 <i>ab die</i>	Incidenza %	Δ % 25-24	Δ % 25-20	Costo medio (CM)	Δ % 25-24	Δ % 25-20	CV CM
Trastuzumab	0,47	100,0	-14,6	-69,8	0,1	100,0	-1,3	-16,1	9,8	-13,5	-64,0	5,3
Biosimilare ev	0,18	39,1	-30,8	-76,6	0,1	75,4	-12,7	-15,4	5,1	-20,8	-72,4	5,1
Originator ev	0,00	0,8	-29,3	-98,1	0,0	0,2	-28,2	-97,4	44,2	-1,5	-25,5	44,9
Originator sc	0,28	60,1	1,1	-51,7	0,0	24,4	66,3	3,9	24,2	-39,2	-53,5	23,2
Ustekinumab	1,49	100,0	-47,0	-19,6	0,7	100,0	17,0	>100	6,0	-54,7	-68,4	3,3
Biosimilare	0,31	20,8	>100	-	0,3	50,7	>100	-	2,5	-66,7	-	1,9
Originator	1,18	79,2	-57,3	-36,4	0,3	49,3	-40,6	25,4	9,6	-28,1	-49,3	10,3
Totale	21,71	100,0	-9,9	-25,6	22,7	100,0	3,4	7,8	2,6	-12,9	-30,9	0,9
Biosimilare	8,00	36,8	6,8	10,9	12,6	55,4	2,6	35,4	1,7	4,0	-18,1	0,9
Originator	3,85	17,7	-29,6	-64,6	2,4	10,6	-17,8	-59,8	4,4	-14,4	-12,0	0,8
Altro	9,86	45,4	-11,5	-11,0	7,7	34,1	14,0	33,1	3,5	-22,3	-33,1	0,9

Figura 2.1.9 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): anti TNF-alfa

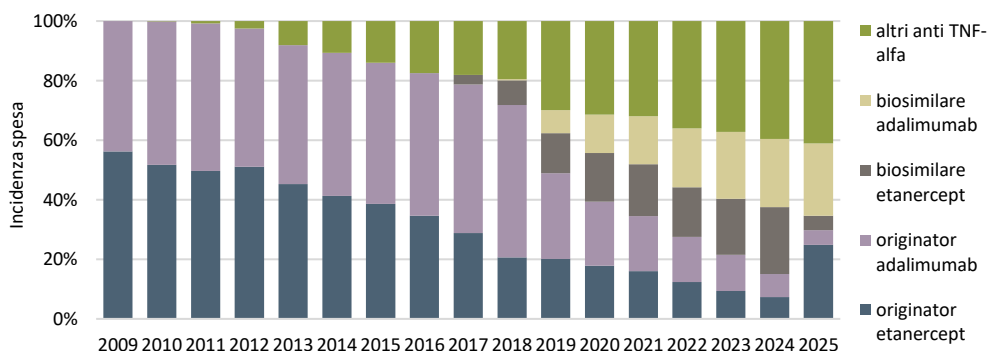


Figura 2.1.10 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: infliximab

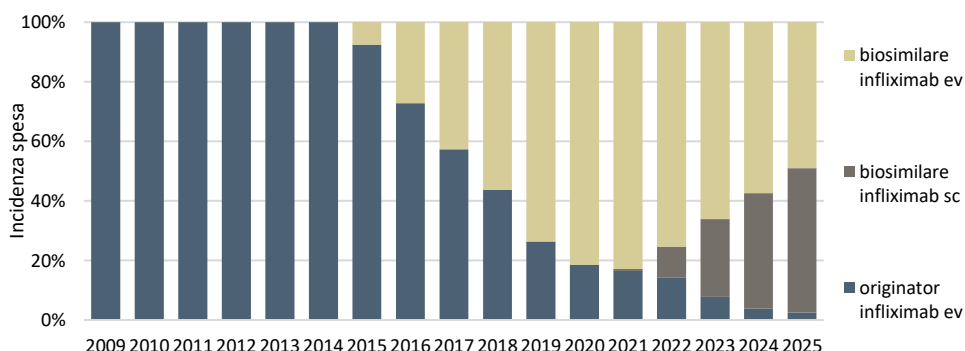


Figura 2.1.11 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: bevacizumab

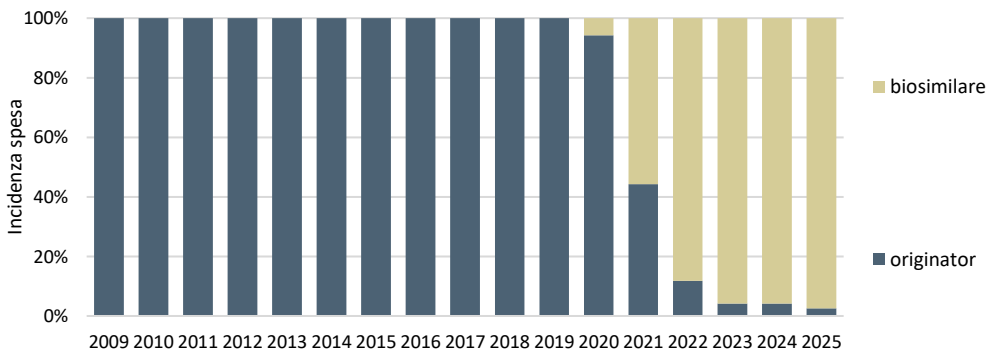


Figura 2.1.12 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): eparine a basso peso molecolare

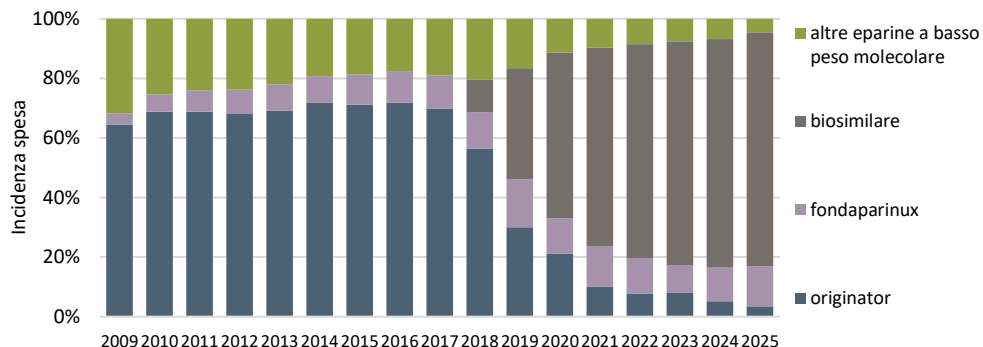


Figura 2.1.13 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): epoetina

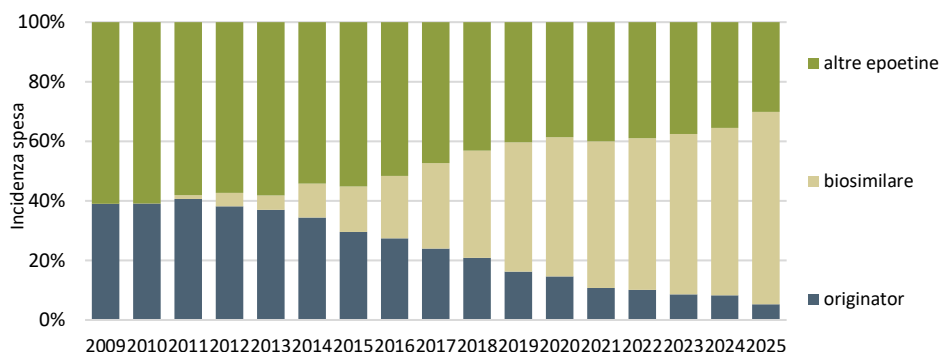


Figura 2.1.14 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): fattori della crescita

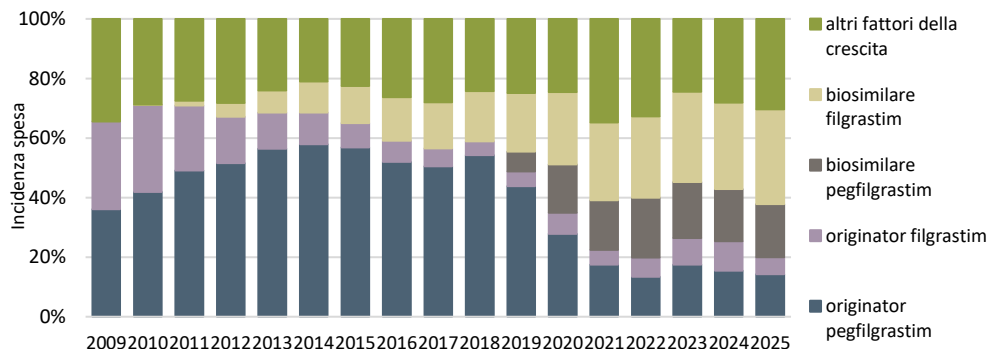


Figura 2.1.15 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): follitropina

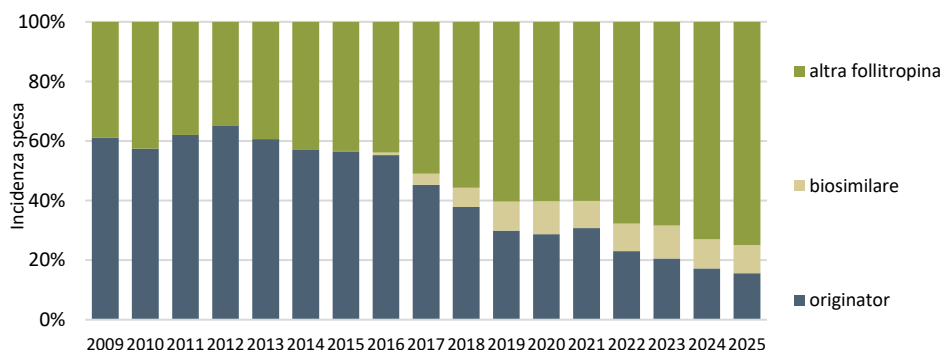


Figura 2.1.16 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): insuline *fast acting*

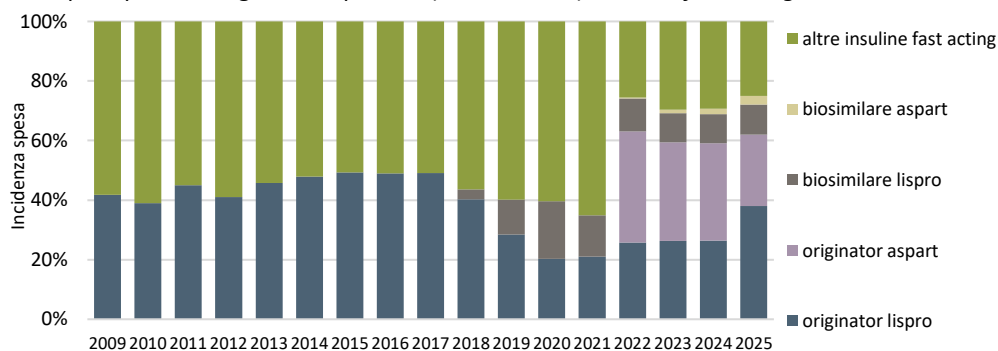


Figura 2.1.17 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica (IV livello ATC): insuline *long acting*

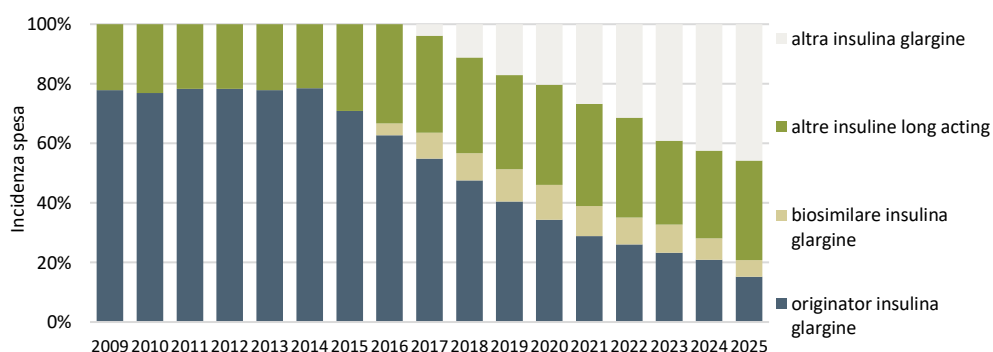


Figura 2.1.18 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: rituximab

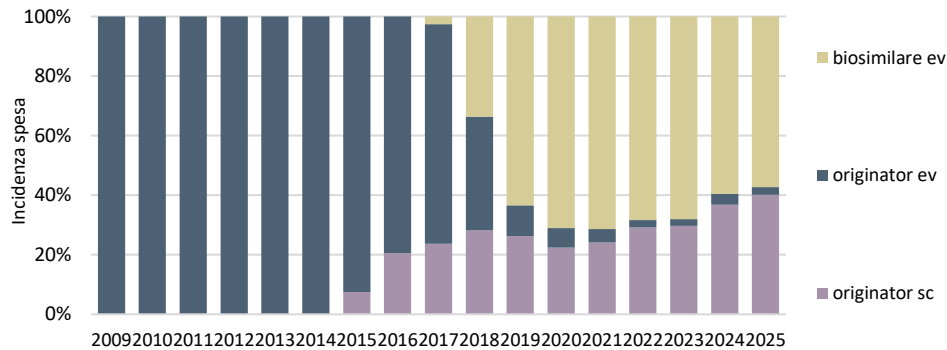


Figura 2.1.19 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: somatropina

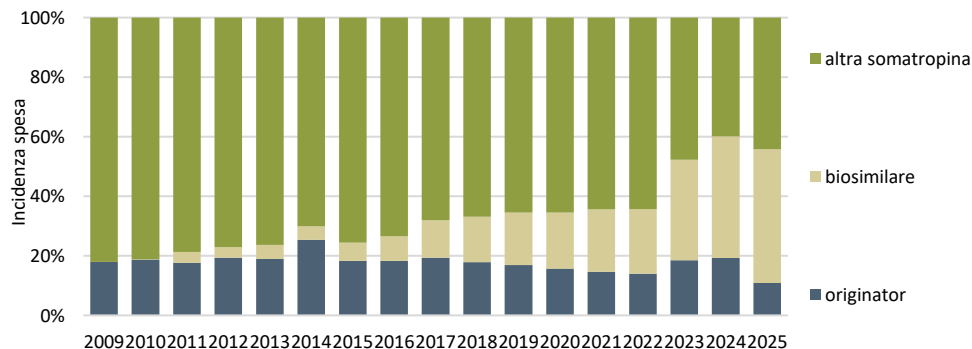


Figura 2.1.20 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: teriparatide

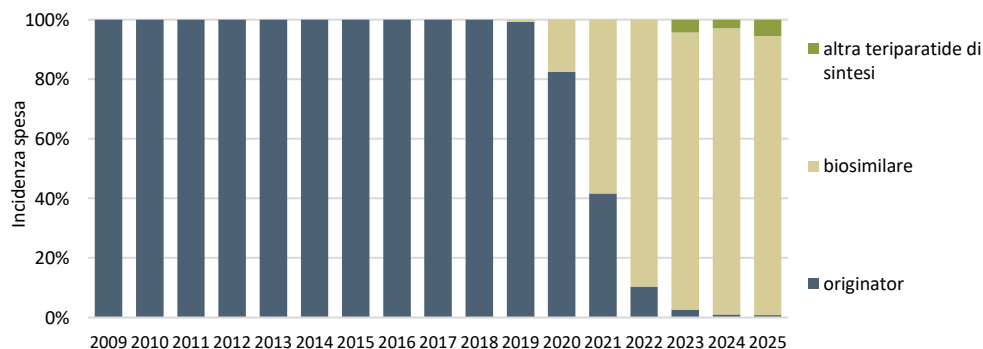


Figura 2.1.21 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: trastuzumab

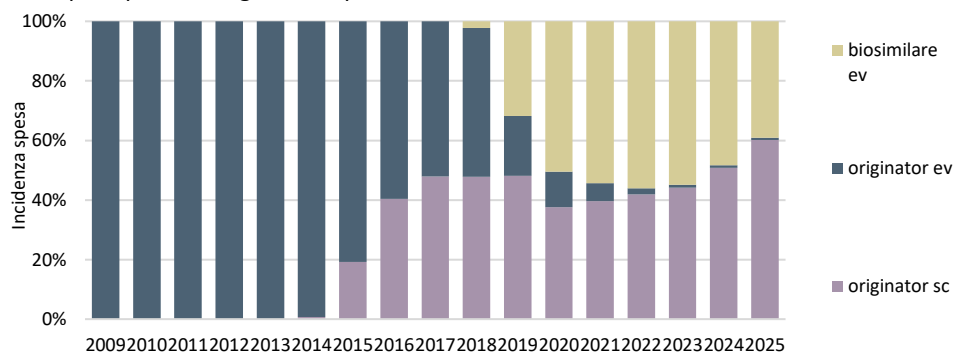


Figura 2.1.22 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: eculizumab

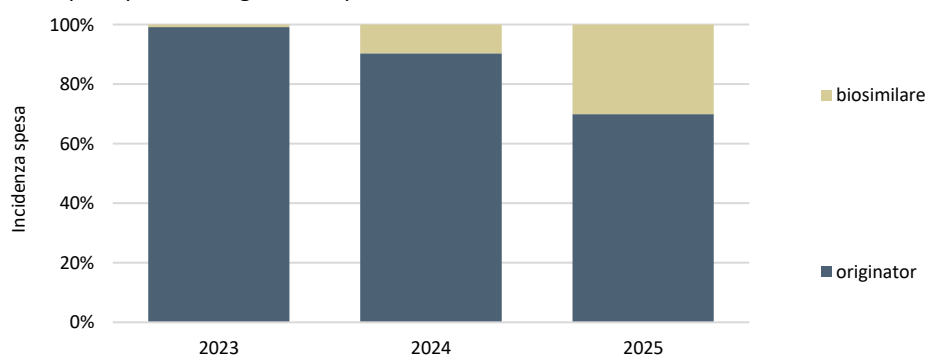


Figura 2.1.23 Incidenza (%) della spesa per i farmaci biosimilari rispetto al totale della spesa per la categoria terapeutica: ustekinumab

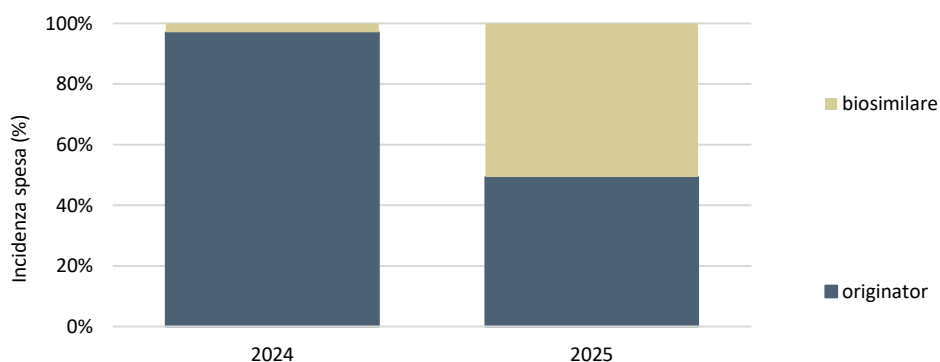


Figura 2.1.24 Consumo (DDD/1000 abitanti *die*) dei farmaci biosimilari vs originator rispetto alla media nazionale (anno 2025)

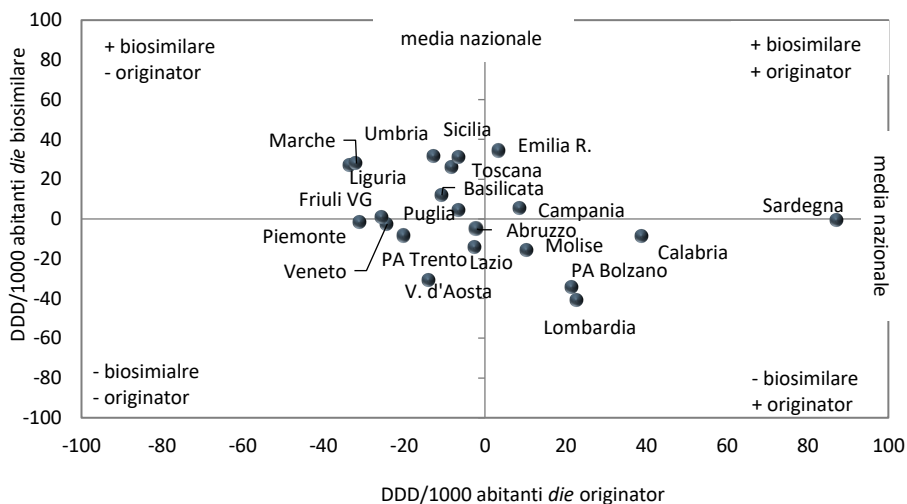
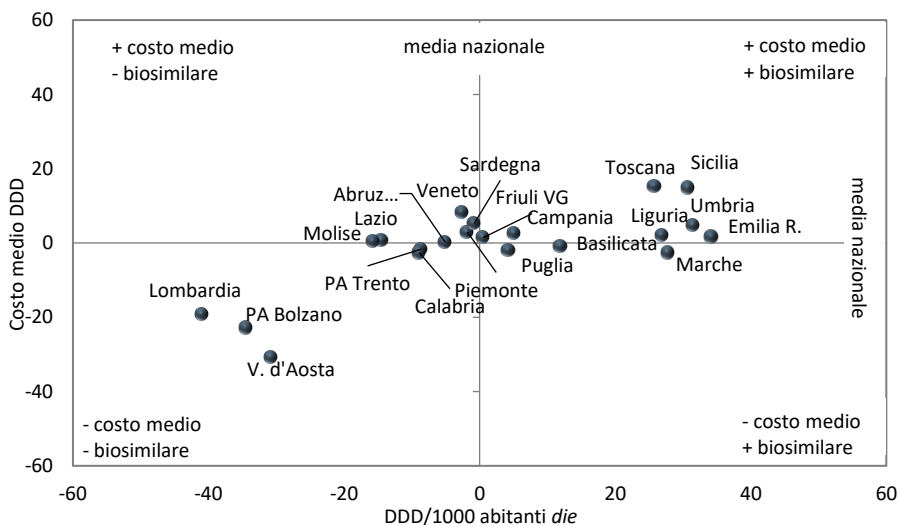


Figura 2.1.25 Variabilità regionale del consumo di farmaci biosimilari e del costo medio DDD del biologico a brevetto scaduto nel 2025 (scostamenti % dalla media nazionale)



2.2 Note AIFA per l'uso appropriato dei farmaci

Introdotte nel 1993 a seguito dell'istituzione del nuovo Prontuario Terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale (Legge n. 537 del 24 dicembre 1993), le Note AIFA definiscono le condizioni e le indicazioni terapeutiche per le quali alcuni medicinali sono rimborsabili dal SSN. Le Note possono essere introdotte qualora il farmaco sia autorizzato per diverse indicazioni cliniche, di cui solo alcune per patologie rilevanti, oppure nel caso in cui il farmaco sia utilizzato per prevenire un rischio significativo in uno o più gruppi di popolazione, nonché qualora il medicinale possa prestarsi ad eventuali utilizzi impropri, che esulino da una comprovata efficacia o possano ridurne la sicurezza d'uso.

Nel corso del 2025 sono stati adottati i primi interventi di revisione e aggiornamento delle Note AIFA nell'ambito delle attività del Tavolo Tecnico per la revisione delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici, istituito con Determina AIFA del 6 giugno 2024. Tali interventi si inseriscono nel più ampio processo di evoluzione degli strumenti regolatori dell'Agenzia, finalizzato a semplificare i percorsi prescrittivi e a rafforzare la coerenza tra condizioni di rimborsabilità, evidenze scientifiche e bisogni assistenziali, nel rispetto dei principi di appropriatezza prescrittiva e di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Complessivamente, nel 2025 sono state aggiornate quattro Note AIFA (51, 79, 98 e 100) e abrogate sei Note (2, 4, 8, 41, 92 e 101) (Tabella 2.2.1). Gli interventi hanno interessato differenti ambiti terapeutici e hanno perseguito finalità diverse: da un lato la semplificazione delle modalità prescrittive, dall'altro il superamento di strumenti regolatori non più necessari o non più coerenti con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica.

Le principali modifiche hanno riguardato la Nota 100, con la semplificazione del percorso prescrittivo per alcune classi di farmaci impiegati nel trattamento del diabete mellito di tipo 2, mediante l'eliminazione dell'obbligo della scheda prescrittiva per gli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2I), o gliflozine, e per gli inibitori della dipeptidil-peptidasi IV (inibitori della DPP-4 o gliptine) e l'estensione della prescrivibilità delle associazioni terapeutiche ai medici di medicina generale e agli specialisti del Servizio Sanitario Nazionale autorizzati. Sono state inoltre aggiornate la Nota 51, con l'estensione della rimborsabilità di relugolix/estradiolo/noretisterone acetato al trattamento dell'endometriosi; la Nota 79, con l'inclusione di abaloparatide tra i medicinali rimborsabili alle condizioni previste dalla Nota, e la Nota 98, con l'inserimento del nuovo confezionamento di faricimab.

Le abrogazioni delle Note 2, 4 e 92 hanno eliminato limitazioni prescrittive non più ritenute necessarie, mantenendo inalterate le condizioni di rimborsabilità dei medicinali interessati. Diversamente, l'abrogazione delle Note 8 e 41 è stata accompagnata dalla riclassificazione dei medicinali coinvolti: la levocarnitina è stata riclassificata in classe A/PHT con ricetta ripetibile e rimborsabilità limitata a specifiche condizioni cliniche; mentre la calcitonina di salmone è stata riclassificata

in fascia C con ricetta ripetibile, con esclusione pertanto dalla rimborsabilità a carico del SSN. Infine, la Nota 101, ripetutamente sospesa e mai entrata in vigore, è stata abrogata; l'AIFA predisporrà specifiche linee di indirizzo per assicurare la corretta prescrizione dei medicinali anticoagulanti orali nelle principali indicazioni cliniche quali il trattamento e la profilassi del tromboembolismo venoso e la profilassi tromboembolica della fibrillazione atriale.

Per i provvedimenti di abrogazione l'AIFA ha previsto specifiche attività di monitoraggio dei consumi e della spesa a 6 e 12 mesi dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni, riservandosi la possibilità di avviare eventuali procedure di rinegoziazione qualora emergano scostamenti significativi rispetto ai livelli precedenti. Resta inoltre affidato alle Regioni e alle Aziende sanitarie il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali interessati.

Tabella 2.2.1 Principali interventi di revisione delle Note AIFA nel 2025

Nota AIFA	Stato della Nota	Categoria di medicinali	Determina	Annotazioni
Nota 2	Abrogata	Acidi biliari per patologie epatobiliari e calcolosi colesterinica	Determina PRES. n. 1033 del 30 luglio 2025 (G.U. del 06/8/25)	Monitoraggio dei consumi e della spesa (6 e 12 mesi) dalla data di efficacia
Nota 4	Abrogata	Farmaci per il trattamento del dolore neuropatico	Determina PRES. n. 1011 del 25 luglio 2025 (G.U. 06/8/25)	Monitoraggio AIFA a 6 e 12 mesi dalla data di efficacia
Nota 8	Abrogata	Levocarnitina	Determina PRES. n. 1519 del 30 luglio 2025 (G.U. del 17/11/25)	Monitoraggio AIFA a 6 e 12 mesi dalla data di efficacia
Nota 41	Abrogata	Calcitonina per il trattamento della malattia di Paget	Determina Pres. n. 1012 del 25 luglio 2025 (G.U. del 06/8/25)	Riclassificazione in fascia C
Nota 51	Aggiornata	Farmaci per il trattamento dell'endometriosi e dei fibromi uterini	Determina Pres. n. 624 del 6 maggio 2025 (G.U. del 15/05/2025)	Estensione della rimborsabilità di Ryeqo (relugolix/estradiolo/noretisterone) al trattamento dell'endometriosi.
Nota 79	Aggiornata	Farmaci per il trattamento dell'osteoporosi	Determina Pres. n. 225 del 13 febbraio 2025 (G.U. del 22-02-25)	Rimborsabilità del medicinale eladyns (abaloparatide)
Nota 92	Abrogata	Benzilpenicillina benzatinica	Determina PRES n.1224 del 30 settembre 2025 (G.U. del 03-10-25)	Riclassificazione in classe A/PHT/RR
Nota 98	Aggiornata	Farmaci anti-VEGF	Determina Pres. n. 1533 dell'11 novembre 2025 (G.U. del 21-11-25)	Rimborsabilità del nuovo confezionamento del medicinale vabysmo (faricimab)
Nota 100	Aggiornata	Farmaci per il trattamento del diabete mellito di tipo 2	Determina Pres. n. 1037 del 31 luglio 2025 (G.U. del 05-08-25)	Eliminata la scheda prescrittiva per SGLT2 e DPP4; prescrizione delle associazioni estesa a MMG e specialisti SSN autorizzati
Nota 101	Abrogata	Farmaci anticoagulanti orali	Determina PRES n. 1520 dell'11 novembre 2025 (G.U. del 17-11-25)	Specifiche linee di indirizzo per assicurare la corretta prescrizione

Analisi dei consumi e della spesa dei farmaci in Nota

Nel 2025 la spesa territoriale (comprensiva della spesa convenzionata lorda e di quella in distribuzione diretta e per conto) dei farmaci sottoposti a Note AIFA è stata pari a 6.079,6 milioni di euro, con un incremento del 6,3% rispetto al 2024 (Tabella 2.2.2). Tale valore è prevalentemente attribuibile all'assistenza convenzionata (67,9%), mentre la quota restante (32,1%) è sostenuta attraverso i canali della distribuzione diretta e per conto (DD/DPC).

Permane tuttavia una marcata eterogeneità tra le diverse Note in relazione ai canali di erogazione: per alcune di esse la quasi totalità della spesa e dei consumi è sostenuta attraverso le strutture pubbliche. In particolare, i farmaci relativi alle Note 39, 51, 65, 97 e 98 risultano prevalentemente erogati in regime di distribuzione diretta o per conto, riflettendo la natura specialistica delle terapie e il loro utilizzo in ambito ospedaliero o specialistico.

Le categorie a maggiore impatto sulla spesa territoriale si confermano i farmaci antidiabetici (Nota 100) e gli ipolipemizzanti (Nota 13), con valori rispettivamente pari a 1.593,7 milioni e 1.117,9 milioni di euro. Per gli ipolipemizzanti l'erogazione avviene quasi esclusivamente in regime convenzionale, mentre per gli antidiabetici permane una quota rilevante della spesa territoriale attribuibile ai canali DD/DPC (52,8%); tale quota risulta tuttavia in marcata riduzione rispetto al 2024 (dal 75,2% al 52,8%), per effetto della riclassificazione di alcune categorie dalla classe A-PHT alla classe A nell'ambito della Nota 100, con conseguente trasferimento verso il canale convenzionale. Seguono, per livelli di spesa, i farmaci anticoagulanti orali (Nota 97; 603,5 milioni di euro), erogati prevalentemente attraverso la distribuzione diretta e per conto (DD/DPC), i farmaci per la BPCO (Nota 99; 600,6 milioni) e quelli per ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo (Nota 1/48; 571,0 milioni), questi ultimi quasi interamente a carico della convenzionata.

Dal punto di vista dei consumi, nel 2025 si registra un incremento complessivo pari al 3,1%, con un valore di 470,7 DDD/1000 abitanti *die* (Tabella 2.2.3). La quota prevalente dei consumi è riferibile all'assistenza convenzionata (88,1%), pari a 414,6 DDD/1000 abitanti *die*, mentre la distribuzione tramite DD/DPC rappresenta l'11,9% (56,1 DDD/1000 abitanti *die*) e mostra una contrazione (-6,0%) rispetto all'anno precedente. Tra le principali Note si osservano dinamiche differenziate: i farmaci ipolipemizzanti (Nota 13) continuano a registrare un aumento dei consumi (+5,8%), mentre si conferma la riduzione per i farmaci per ulcera peptica e reflusso gastroesofageo (Nota 1/48; -6,7%).

A fronte di una spesa *pro capite* nazionale pari a 103,20 euro, si osserva una marcata variabilità regionale (Tabella 2.2.4), con valori che oscillano tra i 123,41 euro della Campania e i 71,31 della Toscana. Le Regioni del Sud presentano complessivamente livelli di spesa più elevati (113,86 euro) rispetto al Centro (94,77 euro) e al Nord (99,37 euro). Analogamente, i consumi più elevati si registrano in Sardegna (593,5 DDD/1000 abitanti *die*) e Campania (542,3 DDD/1000 abitanti *die*), mentre i valori più contenuti si osservano in Toscana e Umbria.

Tra i primi 20 principi attivi per spesa (Tabella 2.2.5) si conferma la rilevanza delle classi degli antidiabetici e degli ipolipemizzanti. In particolare, la semaglutide si colloca al primo posto con 430,0 milioni di euro, in forte crescita (+25,2%), accompagnata da un significativo incremento dei consumi (+35,1%), a conferma del ruolo crescente di questa molecola nella pratica clinica.

Tra i principi attivi si evidenzia inoltre una marcata crescita della spesa per gli inibitori del SGLT2, in particolare dapagliflozin ed empagliflozin, che registrano incrementi rispettivamente del 68,3% e del 71,8%, a fronte di aumenti dei consumi più contenuti (circa +30%). Tale dinamica non riflette esclusivamente un reale incremento dell'utilizzo, ma risente in misura rilevante delle modifiche nei canali di erogazione intervenute nel 2025. In particolare, il passaggio di questi farmaci dalla classe A-PHT alla classe A ha determinato il trasferimento dal canale della distribuzione diretta e per conto alla convenzionata, con conseguente cambiamento nella modalità di valorizzazione della spesa nel presente rapporto. Nei flussi della distribuzione diretta e per conto, infatti, la spesa è rilevata al valore netto di acquisto da parte del SSN (ex-factory) e non include i costi sostenuti dalle Regioni per il servizio di distribuzione; inoltre, in convenzionata, la spesa è espressa a prezzi al pubblico, senza evidenza degli sconti confidenziali riconosciuti successivamente dalle aziende alle Regioni tramite retrocessioni nell'ambito dei meccanismi di payback, che incorporano le riduzioni di prezzo applicate ai medicinali. Pertanto, il confronto delle variazioni di spesa non riflette l'effettivo incremento netto a carico del SSN.

Incrementi rilevanti si osservano anche per l'associazione ezetimibe/rosuvastatina, mentre tra le molecole in riduzione si segnalano dulaglutide e alcuni inibitori della pompa protonica, per i quali la contrazione della spesa è prevalentemente riconducibile alla variazione dei consumi (Tabella 2.2.5). L'analisi dell'andamento temporale 2020-2025 (Figura 2.2.1) evidenzia una crescita significativa della spesa per la Nota 100, che rappresenta il principale *driver* dell'incremento complessivo, insieme alle Note 13 e 97. Andamenti analoghi si osservano sul versante dei consumi (Figura 2.2.2). Per quanto riguarda il costo medio per giornata di terapia (Figura 2.2.3), si osserva una sostanziale stabilità nel periodo considerato, con variazioni generalmente contenute tra le diverse Note AIFA. Gli scostamenti più marcati sono riconducibili prevalentemente all'introduzione di nuove opzioni terapeutiche o a modifiche dei percorsi prescrittivi.

Con riferimento alle Note AIFA abrogate nel 2025, l'analisi dei consumi indica che le variazioni osservate rappresentano la prosecuzione di *trend* già consolidati e non riconducibili all'abrogazione delle stesse. In particolare, i medicinali inclusi nelle Note 2 e 4 confermano un andamento di crescita già evidente negli anni precedenti, quando erano ancora soggetti alle rispettive Note AIFA: i consumi aumentano rispettivamente del 5,3% e dell'8,4%, in continuità con il *trend* registrato nel 2024, anno in cui si erano già osservati incrementi pari al 4,8% per la Nota 2 e al 6,3% per la Nota 4. Tali dinamiche confermano che l'incremento dei consumi era già in atto durante il periodo di applicazione delle Note e non risulta pertanto attribuibile alla loro successiva abrogazione. La Nota 8 continua a presentare livelli di consumo

estremamente contenuti e sostanzialmente stabili (-0,7%). La Nota 41, analogamente a quanto osservato nel 2024, non registra consumi neanche nel 2025, mentre la Nota 92 evidenzia valori pressoché nulli, confermando la sostanziale perdita di rilevanza prescrittiva di tali note già prima della loro abrogazione.

Tabella 2.2.2 Spesa di farmaci con Nota AIFA nel 2025: confronto 2025-2024

Nota	Convenzionata (A)		DD/DPC (B)		Spesa territoriale (C=A+B)		Strutture pubbliche		% Convenzionata*	% DD+DPC*	% spesa Nota**
	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24			
Nota 1	0,2	-11,4	<0,05	47,1	0,2	-11,2	<0,05	-6,0	99,4	0,6	0,0
Nota 1+48	569,1	-7,7	1,9	-6,2	571,0	-7,7	9,8	72,0	99,7	0,3	2,6
Nota 2^	63,8	6,3	0,8	0,5	64,6	6,3	1,3	7,4	98,8	1,2	0,3
Nota 4^	174,8	7,8	1,1	-12,1	176,0	7,6	1,9	18,3	99,4	0,0	0,8
Nota 8^	0,4	8,4	0,3	-4,2	0,7	3,1	0,3	1,4	61,0	39,0	0,0
Nota 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nota 13	1.116,7	6,2	1,2	-17,2	1.117,9	6,2	1,6	-20,7	99,9	0,1	5,0
Nota 15	13,7	-0,1	0,6	-0,2	14,3	-0,1	5,3	-16,9	95,7	4,3	0,1
Nota 28	2,3	-4,3	<0,05	-13,6	2,3	-4,5	0,1	1,2	98,2	1,8	0,0
Nota 31	1,0	-8,3	0,1	7,5	1,0	-7,6	0,2	-8,2	94,3	5,7	0,0
Nota 36	1,5	-0,4	3,2	10,1	4,7	6,5	3,4	18,0	31,5	68,5	0,0
Nota 39	0,4	-76,4	59,7	-5,4	60,1	-7,1	62,1	-3,4	0,6	99,4	0,3
Nota 41^	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nota 42	0,3	-5,0	0,0	-41,1	0,3	-5,2	<0,05	-19,1	99,7	0,3	0,0
Nota 48	4,1	1,6	0,0	-13,8	4,1	1,5	0,1	-3,2	99,5	0,5	0,0
Nota 51	1,9	38,2	130,3	2,6	132,2	3,0	141,3	14,2	1,4	98,6	0,6
Nota 55	15,4	-9,0	0,2	-16,3	15,6	-9,1	2,3	-25,1	98,9	1,1	0,1
Nota 56	3,5	-1,9	0,2	-11,6	3,7	-2,6	1,2	-24,6	93,9	6,1	0,0
Nota 65	0,2	-6,1	175,0	-22,9	175,2	-22,9	184,4	-17,2	0,1	99,9	0,8
Nota 66	119,6	-5,1	0,3	-5,2	119,9	-5,1	1,1	0,6	99,7	0,3	0,5
Nota 74	10,2	6,6	54,8	-3,6	65,0	-2,1	57,5	0,0	15,7	84,3	0,3
Nota 75	8,9	31,7	1,6	34,9	10,4	32,2	1,7	35,8	85,0	15,0	0,0
Nota 79	166,0	8,6	119,3	12,3	285,3	10,1	129,1	16,3	58,2	41,8	1,3
Nota 82	26,2	-3,5	<0,05	7,7	26,2	-3,4	<0,05	12,3	99,9	0,1	0,1
Nota 83	1,9	-0,4	0,2	33,4	2,1	2,3	0,2	-13,3	89,7	10,3	0,0
Nota 84	33,6	3,6	1,6	8,4	35,2	3,8	1,9	-1,8	95,4	4,6	0,2
Nota 85	11,9	0,6	7,7	-2,9	19,6	-0,8	9,5	20,6	60,8	39,2	0,1

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.2.2 - *continua*

Nota	Convenzionata (A)		DD/DPC (B)		Spesa territoriale (C=A+B)		Strutture pubbliche		% Convenzionata *	% DD+DPC*	% spesa Nota**
	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24			
Nota 87	9,0	15,7	<0,05	11,8	9,0	15,7	<0,05	20,4	99,7	0,3	0,0
Nota 88	9,0	0,5	0,1	5,8	9,1	0,6	0,2	18,4	99,4	0,6	0,0
Nota 89	61,9	-3,0	0,1	2,9	62,0	-3,0	0,2	9,0	99,8	0,2	0,3
Nota 90	10,0	18,5	0,6	30,3	10,6	19,1	1,3	40,7	94,4	5,6	0,0
Nota 91	40,2	7,3	0,1	24,6	40,3	7,3	0,1	5,2	99,8	0,2	0,2
Nota 92^	<0,05	-97,7	<0,05	-78,6	<0,05	-83,6	<0,05	-99,9	3,6	96,4	0,0
Nota 95	10,8	4,6	1,0	14,9	11,8	5,5	1,1	44,9	91,2	8,8	0,1
Nota 96	216,8	1,3	0,5	-7,4	217,3	1,3	0,6	-12,7	99,8	0,2	1,0
Nota 97	73,3	>100	530,2	-17,7	603,5	-11,0	544,1	-15,2	12,2	87,8	2,7
Nota 98	-	-	14,1	19,0	-	-	160,5	5,1	-	-	-
Nota 99	594,7	3,4	5,9	18,8	600,6	3,5	9,3	9,5	99,0	1,0	2,7
Nota 100	752,9	>100	840,7	-5,9	1.593,7	34,9	835,3	-8,2	47,2	52,8	7,1
Totale Note	4.126,2	15,9	1.953,4	-9,5	6.079,6	6,3	2.169,3	-7,0	67,9	32,1	27,2

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci in Nota erogati in convenzionata, DD e DPC; ** calcolata sul totale della spesa (convenzionata, DD e DPC); ^ Note AIFA abrogate nel 2025

Tabella 2.2.3 Consumo (DDD/1000 abitanti *die*) di farmaci con Nota AIFA nel 2025: confronto 2025-2024

Nota	Convenzionata (A)		DD/DPC (B)		Spesa territoriale (C=A+B)		Strutture pubbliche		% Convenzionata *	% DD+DPC*	% spesa Nota**
	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24			
Nota 1	0,01	-11,1	<0,05	117,0	0,01	-10,3	<0,05	-3,8	98,4	1,6	0,0
Nota 1+48	67,84	-6,7	1,55	-5,2	69,40	-6,7	3,71	9,6	97,8	2,2	5,4
Nota 2^	3,21	5,6	0,09	-3,7	3,31	5,3	0,15	5,6	97,2	2,8	0,3
Nota 4^	7,41	9,8	0,40	-12,3	7,80	8,4	0,64	9,3	94,9	0,0	0,6
Nota 8^	0,01	6,4	0,02	-3,3	0,03	0,5	0,02	2,3	40,7	59,3	0,0
Nota 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nota 13	134,86	5,8	1,62	6,9	136,48	5,8	2,67	10,4	98,8	1,2	10,6
Nota 15	0,01	0,7	0,00	-11,6	0,01	-1,7	0,01	-14,2	82,4	17,6	0,0
Nota 28	0,05	-3,3	<0,05	-7,9	0,05	-3,6	<0,05	12,2	93,3	6,7	0,0
Nota 31	0,05	-8,2	0,01	12,5	0,06	-5,9	0,03	-10,5	86,4	13,6	0,0
Nota 36	0,05	-0,3	0,15	6,0	0,20	4,4	0,16	15,6	24,4	75,6	0,0
Nota 39	0,00	-78,8	0,24	-5,9	0,24	-6,9	0,26	-2,9	0,3	99,7	0,0
Nota 41^	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nota 42	<0,05	-5,7	<0,05	-49,1	<0,05	-6,2	<0,05	-31,5	99,4	0,6	0,0
Nota 48	0,32	2,6	0,00	-11,9	0,32	2,5	0,01	-5,8	99,3	0,7	0,0
Nota 51	0,02	41,1	2,51	4,2	2,53	4,5	2,70	13,6	0,8	99,2	0,2
Nota 55	0,03	-19,3	<0,05	-15,2	0,03	-19,1	0,01	-27,2	96,8	3,2	0,0
Nota 56	<0,05	-0,7	<0,05	-10,0	0,01	-4,9	0,01	-13,2	57,0	43,0	0,0
Nota 65	<0,05	-16,8	0,58	-4,7	0,58	-4,7	0,57	-7,6	0,0	100,0	0,0
Nota 66	14,79	-4,9	0,14	-0,6	14,93	-4,9	0,46	5,7	99,0	1,0	1,2
Nota 74	0,01	7,0	0,10	-0,1	0,11	0,7	0,10	6,2	12,0	88,0	0,0
Nota 75	0,11	42,9	0,23	6,0	0,35	15,9	0,25	7,4	33,0	67,0	0,0
Nota 79	10,52	4,9	4,52	14,1	15,04	7,5	4,91	20,1	69,9	30,1	1,2
Nota 82	2,00	-1,6	0,01	1,7	2,01	-1,6	0,01	2,3	99,6	0,4	0,2
Nota 83	0,38	0,1	0,04	33,2	0,42	2,4	0,03	-1,0	91,3	8,7	0,0
Nota 84	0,29	4,0	0,08	3,4	0,37	3,9	0,09	3,3	79,5	20,5	0,0
Nota 85	0,67	0,0	1,70	2,7	2,38	1,9	1,80	6,0	28,4	71,6	0,2

segue

Tabella 2.2.3 - *continua*

Nota	Convenzionata (A)		DD/DPC (B)		Spesa territoriale (C=A+B)		Strutture pubbliche		% Convenzionata *	% DD+DPC*	% spesa Nota**
	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24			
Nota 87	0,87	20,0	0,01	3,1	0,88	19,8	0,02	13,6	99,0	1,0	0,1
Nota 88	2,11	1,0	0,03	9,7	2,14	1,1	0,10	18,1	98,4	1,6	0,2
Nota 89	10,17	-2,3	0,12	4,7	10,29	-2,2	0,28	1,1	98,8	1,2	0,8
Nota 90	0,19	24,0	0,02	83,2	0,21	28,6	0,04	48,0	89,0	11,0	0,0
Nota 91	2,82	7,8	0,02	-0,8	2,84	7,7	0,04	-4,3	99,3	0,7	0,2
Nota 92^	<0,05	-97,7	<0,05	-80,2	<0,05	-83,6	<0,05	-99,9	2,7	97,3	0,0
Nota 95	0,09	-1,8	0,01	5,2	0,10	-1,0	0,01	20,8	87,0	13,0	0,0
Nota 96	122,66	3,9	2,02	-7,8	124,68	3,7	3,41	2,2	98,4	1,6	9,7
Nota 97	3,44	51,6	18,63	-0,3	22,07	5,3	18,97	-0,4	15,6	84,4	1,7
Nota 98	-	-	0,16	>100	-	-	1,91	75,1	-	-	-
Nota 99	16,48	2,1	0,25	6,8	16,73	2,2	0,42	-0,2	98,5	1,5	1,3
Nota 100	13,15	181,6	20,84	-16,6	33,99	14,6	20,34	-20,6	38,7	61,3	2,6
Totale Note	414,62	4,4	56,11	-6,0	470,73	3,1	64,15	-3,8	88,1	11,9	36,6

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci in Nota erogati in convenzionata, DD e DPC; ** calcolata sul totale della spesa (convenzionata, DD e DPC); ^ Note AIFA abrogate nel 2025

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.2.4 Spesa e consumo (DDD/1000 abitanti *die*) di farmaci con Nota AIFA per Regione nel 2025: confronto 2025-2024

Regione	Spesa territoriale (milioni)	Δ % 25-24	Spesa pro capite	% DD/DPC*	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24
Piemonte	377,7	6,2	85,73	32,6	429,0	4,2
Valle d'Aosta	10,5	8,3	83,47	31,2	439,5	8,8
Lombardia	1.173,2	11,3	118,76	19,9	502,3	4,8
PA Bolzano	39,0	0,5	77,95	36,9	432,4	-0,2
PA Trento	51,2	8,4	95,49	34,9	520,2	9,0
Veneto	426,4	3,2	87,24	38,7	443,3	1,8
Friuli VG	122,7	6,0	97,79	37,3	493,8	2,0
Liguria	154,6	4,3	94,92	36,9	438,5	0,2
Emilia R.	397,2	3,4	88,63	40,4	465,0	2,8
Toscana	270,6	-8,9	71,31	30,8	351,6	-0,4
Umbria	82,5	6,3	92,80	43,3	366,3	4,2
Marche	160,6	8,9	105,19	34,5	467,8	5,6
Lazio	610,5	7,4	108,01	35,4	439,4	0,9
Abruzzo	144,3	5,0	111,11	39,9	430,9	-3,0
Molise	34,7	4,9	115,83	32,9	541,8	6,2
Campania	644,2	6,6	123,41	30,4	542,3	0,1
Puglia	441,2	7,2	114,10	36,3	516,9	5,6
Basilicata	64,2	7,4	118,86	31,3	504,1	-0,7
Calabria	187,9	2,5	103,87	30,0	453,6	-0,2
Sicilia	491,5	8,2	105,47	34,2	485,1	7,1
Sardegna	195,0	10,6	117,85	36,9	593,5	6,5
Italia	6.079,6	6,3	103,20	32,1	470,7	3,0
Nord	2.752,4	7,2	99,37	29,8	468,9	3,5
Centro	1.124,2	3,1	94,77	34,7	409,5	1,4
Sud e Isole	2.202,9	6,9	113,86	33,7	511,0	3,2

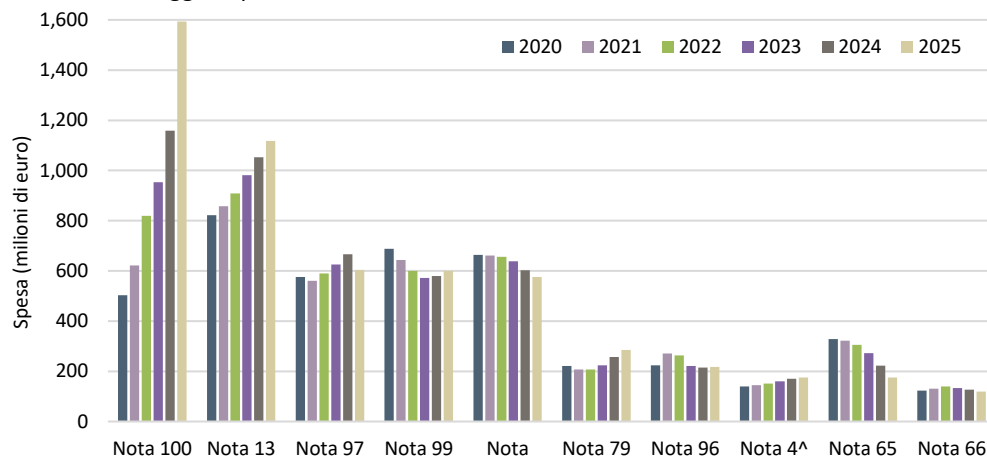
* calcolata sul totale della spesa dei farmaci con note AIFA in convenzionata, DD e DPC

Tabella 2.2.5 Spesa e consumo (DDD/1000 abitanti *die*) dei primi 20 principi attivi per spesa in Nota AIFA nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Principio attivo	Spesa territoriale (milioni)	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ% 25-24
A	semaglutide	430,0	25,2	6,1	35,1	3,3	-7,1
B	apixaban	259,5	3,7	7,0	6,2	1,7	-2,1
C	atorvastatina	257,1	-4,3	47,2	-5,0	0,3	1,0
A	pantoprazolo	242,1	-5,7	27,6	-5,2	0,4	-0,3
C	ezetimibe/rosuvastatina	227,6	26,5	28,1	28,6	0,4	-1,3
B	edoxaban	205,7	14,6	5,5	15,9	1,7	-0,8
A	dapagliflozin	195,6	68,3	6,5	33,8	1,4	26,2
A	colecalfierolo	190,2	0,5	120,7	3,5	0,1	-2,6
A	empagliflozin	159,5	71,8	3,7	31,1	2,0	31,5
C	omega 3	125,1	-1,4	2,9	4,0	2,0	-4,8
A	tirzepatide	123,4	-	0,5	-	11,7	-64,2
C	ezetimibe	120,7	4,8	7,9	6,3	0,7	-1,1
A	dulaglutide	120,0	-33,0	3,0	-29,2	1,9	-5,1
A	esomeprazolo	118,8	-6,2	14,5	-5,8	0,4	0,0
L	dimetilfumarato	115,9	-9,4	0,2	1,0	24,5	-10,0
C	rosuvastatina	104,4	4,4	18,4	3,2	0,3	1,4
A	omeprazolo	103,2	-8,8	15,4	-6,7	0,3	-1,9
N	pregabalin	101,8	6,6	3,4	5,7	1,4	1,1
R	vilanterolo/fluticasone furoato	98,3	2,0	2,9	2,0	1,6	0,2
A	linagliptin	97,6	35,4	2,1	6,7	2,2	27,4
Primi 20		3.396,4	12,1	323,5	3,3	0,5	8,9
Totale note		6.079,6	6,3	470,7	3,0	0,8	13,0

Per alcuni principi attivi (es. gliflozine), gli incrementi di spesa osservati tra il 2024 e il 2025 risultano influenzati dal passaggio dal canale della distribuzione diretta e per conto alla convenzionata (riclassificazione da A-PHT ad A). Nei flussi DD/DPC la spesa è rilevata al valore netto di acquisto del SSN (*ex-factory*), mentre nella convenzionata è espressa a prezzi al pubblico, senza inoltre considerare gli sconti confidenziali successivamente restituiti alle Regioni.

Figura 2.2.1 Andamento temporale (2020-2025) della spesa territoriale* delle prime 10 Note AIFA a maggior spesa nel 2025



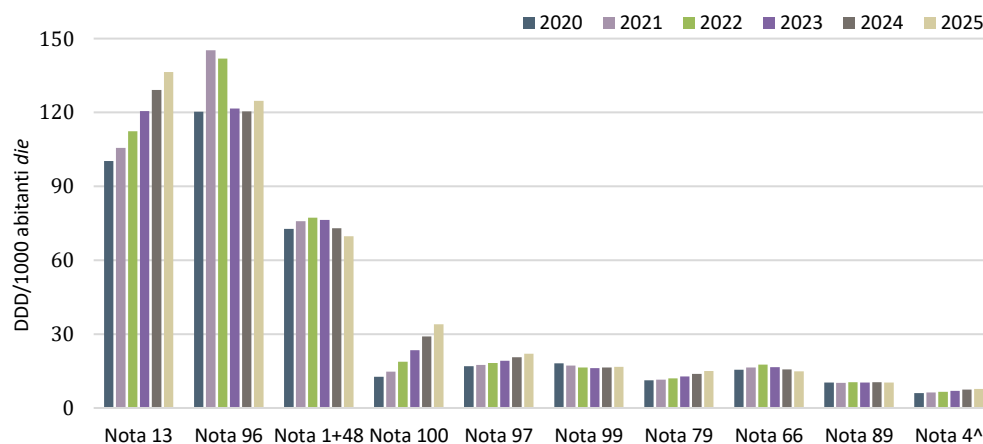
* include la spesa convenzionata e la spesa in DD/DPC 1+48

^Nota 4 abrogata dal 07 agosto 2025 (G.U. Serie Generale n.181 del 06-08-2025)

Nota 100 introdotta dal 2022, Nota 99 introdotta nel 2021, Nota 97 introdotta nel 2020, Nota 96 introdotta nel 2019.

Le Note 13, 1/48, 65, 79, 4 e 66 sono state introdotte prima dell'inizio del periodo di osservazione.

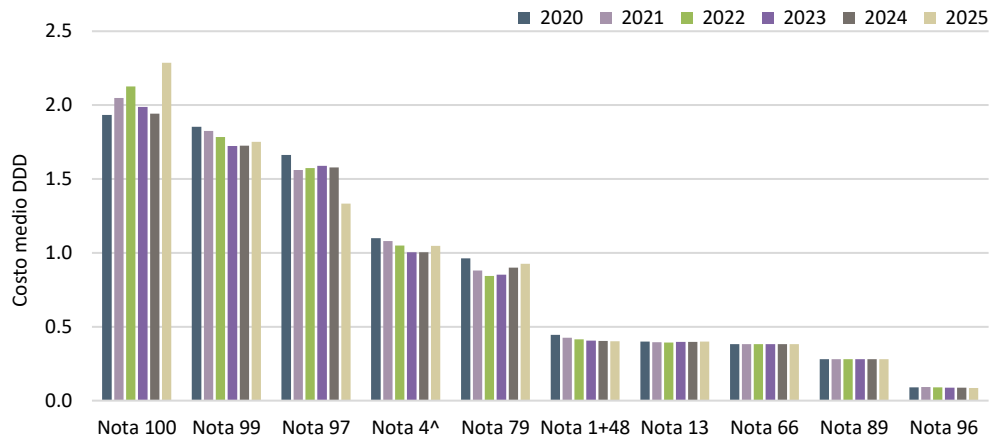
Figura 2.2.2 Andamento temporale (2020-2025) dei consumi territoriali* delle prime 10 Note AIFA a maggior consumo nel 2025



* include la spesa convenzionata e la spesa in DD/DPC;

^Nota 4 abrogata dal 07 agosto 2025 (G.U. Serie Generale n.181 del 06-08-2025); Nota 100 introdotta dal 2022, Nota 99 introdotta nel 2021, Nota 97 introdotta nel 2020, Nota 96 introdotta nel 2019. Le Note 13, 1/48, 65, 79, 4 e 66 sono state introdotte prima dell'inizio del periodo di osservazione.

Figura 2.2.3 Andamento temporale (2020-2025) del costo medio per giornata di terapia a livello territoriale* delle prime 10 Note AIFA a maggior spesa nel 2025



* include la spesa convenzionata e la spesa in DD/DPC

^Nota 4 abrogata dal 07 agosto 2025 (G.U. Serie Generale n.181 del 06-08-2025)

Nota 100 introdotta dal 2022, Nota 99 introdotta nel 2021, Nota 97 introdotta nel 2020, Nota 96 introdotta nel 2019.

Le Note 13, 1/48, 65, 79, 4 e 66 sono state introdotte prima dell'inizio del periodo di osservazione.

Nota 1: pantoprazolo, omeprazolo, misoprostolo, lansoprazolo, esomeprazolo

Nota 2: acido chenoursodesossicolico, acido tauroursodesossicolico, acido ursodesossicolico

Nota 4: duloxetina, gabapentin, pregabalin

Nota 8: levocarnitina

Nota 11: calcio folinato

Nota 13: bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil, simvastatina, pravastatina, fluvastatina, lovastatina, atorvastatina, rosuvastatina, PUFA-N3, ezetimibe

Nota 15: albumina umana

Nota 28: megestrolo, medrossiprogesterone

Nota 31: levodropropizina, diidrocodeina acido benzoico, diidrocodeina

Nota 36: testosterone

Nota 39: somatropina, somatrogon

Nota 41: calcitonina

Nota 42: acido etidronico, acido clodronico

Nota 48: roxatidina, ranitidina, rabeprazolo, pantoprazolo, omeprazolo, nizatidina, lansoprazolo, famotidina, esomeprazolo, cimetidina

Nota 51: buserelina, goserelina, leuprorelina, triptorelina, ulipristal acetato, relugolix, estradiolo (come emiidrato) (E2), noretisterone acetato (NETA), linzagolix, relugolix/estradiolo/noretisterone acetato

Nota 55: tobramicina, piperacillina/tazobactam, piperacillina, netilmicina, mezlocillina, gentamicina, ceftazidima, cefepime, ampicillina/sulbactam, amikacina

Nota 56: teicoplanina, rifabutina, imipenem/cilastatina, aztreonam

Nota 65: glatiramer acetato, interferone β -1a, interferone β -1b, teriflunomide, dimetilfumarato, peginterferone beta-1a

Nota 66: tenoxicam, sulindac, proglumetacina, piroxicam, oxaprozina, nimesulide, naprossene, nabumetone, meloxicam, lornoxicam, ketoprofene, indometacina, ibuprofene, furprofene, flurbiprofene, fentiazac, etoricoxib, diclofenac/misoprostolo, diclofenac, dexibuprofene, codeina e ibuprofene, cinnoxamic, celecoxib, amtolmetina, acido tiaprofenico, acido mefenamico, acetametacina, aceclofenac

Nota 74: urofollitropina, menotropina, lutropina alfa, follitropina delta, follitropina beta, follitropina alfa/lutropina alfa, follitropina alfa, coriagonadotropina alfa, corifollitropina alfa

Nota 75: vardenafil, tadalafil, sildenafil, avanafil, alprostadil

Nota 79: abaloparatide, alendronato, bazedoxifene, denosumab, ibandronato, raloxifene, risedronato, romosozumab, teriparatide, zoledronato

Nota 82: zafirlukast, montelukast

Nota 83: carbomer

Nota 84: valaciclovir, famciclovir, brivudina, aciclovir

Nota 85: donepezil, galantamina, rivastigmina, memantina

Nota 87: fesoterodina, ossibutina, solifenacina, tolterodina

Nota 88: corticosteroidi, preparati dermatologici

Nota 89: prometazina, oxatomide, mizolastina, loratadina, levocetirizina, ketotifene, fexofenadina, ebastina, desloratadina, cetirizina, acrivastina, rupatadina

Nota 90: naloxegol, metilnaltrexone, naldemedina

Nota 91: febuxostat

Nota 92: benzilpenicillina benzatinica

Nota 95: diclofenac 3% in ialuronato di sodio, 5-fluorouracile/acido salicilico (per la cheratosi attinica), imiquimod crema 3,75%, 5-fluorouracile 4%, tirbanibulina 10 mg/g unguento (per la cheratosi attinica non ipercheratosica non ipertrofica)

Nota 96: colecalciferolo, colecalciferolo/sali di calcio, calcifediolo

Nota 97: warfarin, acenocumarolo, dabigatran, apixaban, edoxaban, rivaroxaban

Nota 98: aflibercept, bevacizumab (L.648/96), brolocizumab, faricimab, ranibizumab

Nota 99: LABA: formoterolo, indacaterolo, olodaterolo, salmeterolo - LAMA: aclidinio, glicopirronio, tiotropio, umeclidinio - LABA + ICS (*unico erogatore*): formoterolo/beclometasone, formoterolo/budesonide, salmeterolo/fluticasone propionato, vilanterolo/fluticasone furoato - LABA + LAMA (*unico erogatore*): indacaterolo/glicopirronio, vilanterolo/umeclidinio, olodaterolo/tiotropio, formoterolo/aclidinio - ICS + LABA + LAMA (*unico erogatore*): beclometasone/formoterolo fumarato diidrato/glicopirronio bromuro, fluticasone furoato/umeclidinio /vilanterolo, budesonide/glicopirronio/formoterolo

Nota 100: Inibitori SGLT2: canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin – Agonisti GLP1: dulaglutide, exenatide, exenatide LAR, liraglutide, lixisenatide, semaglutide orale, semaglutide sottocutanea - Inibitori DPP4: alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin - Doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1: tirzepatide - Associazioni precostituite: canagliflozin/metformina, apagliflozin/metformina, empagliflozin/metformina, empagliflozin/linagliptin, ertugliflozin/metformina ertugliflozin/sitagliptin, saxagliptin/dapagliflozin, degludec/liraglutide, glargine/lixisenatide, alogliptin/metformina, alogliptin/pioglitazone, linagliptin/metformina, saxagliptin/metformina, sitagliptin/metformina, vildagliptin/metformina

2.3 Farmaci di classe C rimborsati dal SSN

Farmaci di fascia C-nn

La classe di rimborsabilità C–non negoziata (C-nn), introdotta dal Decreto Balduzzi (DL 158/2012, conv. L. 189/2012), è stata descritta nelle precedenti edizioni del rapporto, alle quali si rinvia per approfondimenti sulle caratteristiche dei medicinali in essa classificati.

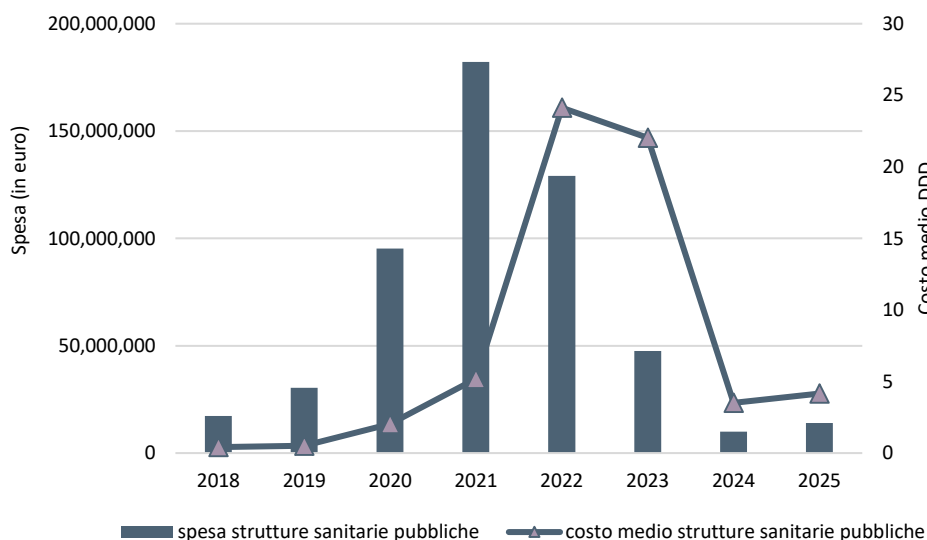
Nel periodo 2018-2025, gli acquisti dei farmaci di classe C-nn da parte delle strutture sanitarie pubbliche hanno evidenziato un incremento di spesa fino al valore massimo di 182,2 milioni registrato nel 2021, seguito da una progressiva contrazione e da un lieve aumento nell'ultimo anno (13,9 milioni) (Figura 2.3.1). Il costo medio per DDD, inferiore a un euro nel biennio iniziale, ha raggiunto il valore massimo nel 2022, per poi ridursi negli anni successivi e registrare un lieve incremento nell'ultimo anno, attestandosi a 4,2 euro. La spesa convenzionata per questi farmaci risulta trascurabile sia in termini di spesa complessiva che di costo medio.

La Tabella 2.3.1 riporta, con dettaglio regionale, la spesa *pro capite* e il consumo (DDD/1000 abitanti *die*) dei farmaci di classe C-nn rimborsati dal SSN e acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2025, al netto dei vaccini (ATC J07) e dell'ossigeno (V03AN). Nel corso dell'anno, gli AIC acquistati sono stati 411, in marcato aumento rispetto all'anno precedente (+65,1%). Tale crescita ha interessato soprattutto le Regioni del Nord (n=283; +69,5%) rispetto a quelle del Sud (n=180; +13,9%) e del Centro (n=146; +13,2%). La spesa è aumentata complessivamente del 39,1%, per effetto dell'andamento delle Regioni del Nord (+85,0%) e del Sud (+26,3%), trainata sia da un incremento dei consumi (+17,5%) sia del costo medio DDD (+18,7%), con variazioni particolarmente rilevanti nel Nord (+33,1%; +39,4% rispettivamente) e nel Sud (+5,8%; 19,6% rispettivamente). Di particolare interesse è il dato delle Regioni del Centro, che mostrano una riduzione della spesa (-11,1%) e del costo medio per DDD (-2,2%) e dei consumi (-8,9%). Nel complesso, si osserva una marcata eterogeneità tra aree geografiche e Regioni per tutti gli indicatori considerati.

I primi 30 principi attivi per spesa (Tabella 2.3.2) rappresentano il 97,5% della spesa complessiva per i farmaci in classe C-nn. Al primo posto si colloca il radiofarmaco a base di germanio cloruro/gallio cloruro (68Ge/68 Ga), indicato per la radiomarcatura in vitro di vari kit radiofarmaceutici impiegati nella tomografia ad emissione di positroni (PET), con una spesa di 3,35 milioni di euro, con un incremento >100%. Tale incremento è stato determinato principalmente dalla crescita dei consumi (>100%) e, solo parzialmente, dall'aumento del costo medio DDD (+7,2%), determinando il passaggio dall'ottava posizione nel 2024 alla prima nel 2025. Il gruppo terapeutico dei "Vari" (ATC V) è il più rappresentato tra i principi attivi a maggior spesa, con 11 molecole su 30, di cui la maggior parte collocata entro le prime 20 posizioni. L'oxacillina, con una spesa di circa 1,64 milioni di euro, si colloca al secondo posto, registrando un marcato incremento sia della spesa sia dei consumi e passando dalla 25^a alla 2^a posizione. Segue la protamina con un valore di 1,31 milioni. Tra le principali riduzioni di spesa si segnala il lutezio vipivotide tetraxetan, indicato per l'imaging PET delle lesioni positive all'antigene di membrana specifico della prostata (PSMA) nei pazienti adulti con carcinoma prostatico in specifiche condizioni cliniche, la cui spesa si è ridotta del 60,3%, probabilmente per effetto della rinegoziazione del prezzo e della classe di rimborsabilità intervenuta nel marzo 2025. L'analisi dei consumi (Tabella 2.3.3) evidenzia

al primo posto l'associazione dienogest/etinilestradiolo, rispetto alla 23^a posizione del 2024. Lo zolpidem, pur registrando una riduzione delle dosi giornaliere del 62,9%, si conferma uno tra i primi farmaci a maggiore impatto sia in termini di consumo che di spesa. Nel complesso, i primi 30 principi attivi a maggior consumo costituiscono circa la metà delle DDD/1000 abitanti *die* di questi farmaci (Tabella 2.3.3). La spesa per i farmaci di classe C-nn si concentra principalmente nelle specialità con costo inferiore o uguale a 20 euro (65,9%), sebbene si evidenzino una notevole variabilità regionale (Tabella 2.3.4). Rispetto al 2024 si osserva uno spostamento della spesa dalla fascia di prezzo inferiore a due euro a quella compresa tra 2 e 20, la cui incidenza è aumentata dall'8,1% al 47,1%. Anche la fascia di costo 21-50 euro registra un incremento, passando da 3,5% a 26,3% della spesa complessiva. A livello regionale, Abruzzo e Molise presentano le quote più elevate di spesa nella fascia 2-20 euro, mentre la regione Campania mostra la maggiore incidenza di spesa per farmaci con costo superiore ai 500 euro (8,1%), a fronte di una media nazionale dello 0,7%. Lazio, Umbria e Piemonte si distinguono per una maggiore concentrazione della spesa per medicinali con prezzo inferiore a 2 euro, con quote pari a 52,8% per il Lazio e 43,2% per Umbria e Piemonte, superiori al valore nazionale di 18,8%.

Figura 2.3.1 Andamento della spesa e del costo medio dei farmaci di fascia C-NN*: 2018-2025



*nei dati della Figura e nelle seguenti figure e tabelle della sezione non sono inclusi i vaccini (ATC J07) e l'ossigeno (V03AN01),

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.3.1 Spesa regionale *pro capite*, consumi e costo medio DDD 2025 dei medicinali di classe C-nn acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche

Regione	N. ATC V liv	Δ % 25-24	N AIC	Δ % 25-24	Spesa <i>pro capite</i>	Δ % 25-24	Inc. %	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Piemonte	58	-3,3	88	14,3	0,29	>100	9,1	0,14	>100	5,75	-20,6
Valle d'Aosta	11	83,3	13	85,7	1,19	>100	1,1	0,13	-61,3	25,84	>100
Lombardia	138	>100	220	>100	0,20	>100	13,8	0,11	>100	4,75	-5,9
PA Bolzano	18	12,5	23	15,0	0,35	0,9	1,3	0,06	26,4	16,01	-19,9
PA Trento	19	72,7	22	69,2	0,33	>100	1,3	0,08	61,4	11,63	63,4
Veneto	65	16,1	90	30,4	0,33	58,4	11,5	0,16	-27,4	5,48	>100
Friuli VG	42	10,5	55	19,6	0,41	-7,5	3,7	0,20	>100	5,48	-60,5
Liguria	44	25,7	56	40,0	0,25	>100	2,9	0,10	>100	7,10	41,7
Emilia R.	54	5,9	81	35,0	0,33	>100	10,5	0,68	24,8	1,31	75,3
Toscana	48	-4,0	63	-4,5	0,44	-24,3	12,0	0,23	-12,5	5,32	-13,2
Umbria	46	58,6	56	64,7	0,15	17,0	0,9	0,43	-11,5	0,92	32,6
Marche	46	27,8	59	37,2	0,20	-4,6	2,2	0,14	10,3	3,86	-13,2
Lazio	67	11,7	99	26,9	0,11	42,2	4,6	0,10	-7,1	3,08	53,5
Abruzzo	49	40,0	59	37,2	0,25	>100	2,3	0,16	26,8	4,19	61,9
Molise	11	37,5	11	37,5	0,01	65,1	0,0	0,04	>100	0,89	-44,7
Campania	63	14,5	82	17,1	0,20	>100	7,4	0,03	42,1	19,44	96,1
Puglia	63	18,9	79	23,4	0,11	48,2	2,9	<0,05	-39,0	7,96	>100
Basilicata	29	>100	32	68,4	0,22	53,8	0,8	0,14	-2,1	4,07	57,6
Calabria	41	13,9	44	12,8	0,09	>100	1,2	0,06	66,6	4,40	26,8
Sicilia	56	7,7	81	11,0	0,25	-26,5	8,4	0,05	9,0	13,36	-32,4
Sardegna	31	63,2	44	63,0	0,19	27,6	2,2	0,10	-2,5	4,97	31,3
Italia	237	43,6	411	65,1	0,24	39,1	100,0	0,16	17,5	4,16	18,7
Nord	169	44,4	283	69,5	0,28	85,0	55,1	0,22	33,1	3,47	39,4
Centro	95	2,2	146	13,2	0,23	-11,1	19,7	0,17	-8,9	3,70	-2,2
Sud e Isole	118	5,4	180	13,9	0,18	26,3	25,3	0,06	5,8	8,77	19,6

Tabella 2.3.2 Primi 30 principi attivi di classe C-nn per spesa acquistati direttamente dalle strutture pubbliche: confronto 2025-2023

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	Rango 2023	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	% spesa*	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
V09X	germanio cloruro/ gallio cloruro (68Ge/68Ga)	1	8	-	3,35	>100	100,0	<0,05	>100	111.786,7	7,2
J01CF04	oxacillina	2	25	-	1,64	>100	34,8	<0,05	>100	7,6	-9,8
V03AB14	protamina	3	3	8	1,31	30,6	100,0	<0,05	34,1	5,8	-2,3
B02BB01	fibrinogeno umano	4	-	-	0,84	-	5,3	<0,05	-	2.283,3	-
N05BA06	lorazepam	5	5	9	0,74	14,2	91,4	<0,05	14,6	4,3	0,0
J01DB04	cefazolina	6	2	4	0,72	-39,7	13,6	<0,05	-26,7	2,5	-17,5
R03DX05	omalizumab	7	-	-	0,70	-	0,9	<0,05	-	17,2	-
V09FX01	tecnezio pertecnetato (99mTc)	8	10	-	0,62	60,4	10,0	<0,05	49,0	197,7	8,0
V09IX16	piflufolastat (18F)	9	6	-	0,53	-8,7	31,1	<0,05	-7,1	3.868,2	-1,5
V10XX05	lutezio vipivotde tetraxetan	10	1	13	0,51	-60,3	2,4	<0,05	-60,2	22.000,0	0,0
V09AB03	iodio ioflupano (123I)	11	7	6	0,40	-25,2	3,6	<0,05	-24,9	754,2	-0,2
B05ZB	soluzione per emodiafiltrazione	12	-	-	0,32	-	100,0	<0,05	-	9,4	-
L04AX05	pirfenidone	13	18	12	0,28	87,3	7,5	<0,05	>100	1,8	-6,8
B05XA16	soluzioni cardioplegiche	14	16	-	0,20	11,1	52,1	<0,05	-53,4	31,6	>100
V09IX07	fluorocolina (18F)	15	15	17	0,18	-23,9	5,3	<0,05	-29,4	3.544,2	8,0
V09IX01	iobengvano (123I)	16	132	-	0,16	-	17,2	<0,05	-	941,7	-
V08CA12	gadopiclenol	17	33	-	0,14	>100	47,7	<0,05	>100	47,7	-31,5
V04CX03	metacolina	18	-	-	0,11	-	15,8	<0,05	-	252,6	-
V08AD01	olio etiodato	19	-	-	0,10	-	100,0	<0,05	-	318,0	-
J01CA01	ampicillina	20	47	-	0,10	>100	1,6	<0,05	>100	24,7	3,6
N05CD08	midazolam	21	32	127	0,10	>100	2,5	<0,05	>100	0,6	12,8
G03AA16	dienogest/etinilestradiolo	22	58	-	0,07	>100	28,6	<0,05	>100	0,1	2,6
C01CX09	angiotensina II	23	20	70	0,07	-42,3	21,3	<0,05	-85,9	3.781,2	>100
M01AE01	ibuprofene	24	13	16	0,07	-78,6	2,0	<0,05	-65,4	0,6	-37,9
L04AC05	ustekinumab	25	4	-	0,06	-91,9	0,1	<0,05	-61,6	1,8	-78,8
N03AX18	lacosamide	26	28	-	0,06	>100	1,3	<0,05	>100	17,6	4,0
R07AX01	ossido di azoto	27	23	15	0,06	4,5	2,3	<0,05	9,0	2.487,6	-3,9
N07BA01	nicotina	28	29	-	0,06	>100	55,7	<0,05	>100	3,5	0,2

segue

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.3.2- *continua*

A03BB01	butilscolamina	29	38	-	0,05	>100	7,4	<0,05	>100	0,7	30,1
J01DD02	ceftazidima	30	36	-	0,05	>100	2,7	<0,05	>100	6,5	-6,4
Totale primi 30					13,59	69,6	5,1	0,11	81,0	6,0	-6,0
Totale					13,94	39,0	0,1	0,16	17,5	4,2	18,7

* calcolata sulla spesa complessiva della molecola

Tabella 2.3.3 Primi 30 principi attivi di classe C-nn per consumo acquistati direttamente dalle strutture pubbliche: confronto 2025-2023

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	Rango 2023	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	% spesa*	Costo medio DDD	Δ % 25-24
G03AA16	dienogest/ etinilestradiolo	1	23	-	<0,05	>100	0,07	>100	28,6	0,10	2,55
N05CF02	zolpidem	2	1	52	<0,05	-62,9	<0,05	-46,3	5,6	0,03	45,00
J01DB04	cefazolina	3	2	2	<0,05	-26,7	0,72	-39,7	13,6	2,49	-17,49
V03AB14	protamina	4	4	8	<0,05	34,1	1,31	30,6	100,0	5,79	-2,27
J01CF04	oxacillina	5	27	-	<0,05	>100	1,64	>100	34,8	7,62	-9,79
N05BA06	lorazepam	6	5	7	<0,05	14,6	0,74	14,2	91,4	4,34	0,00
L04AX05	pirfenidone	7	9	19	<0,05	>100	0,28	87,3	7,5	1,80	-6,78
N05CD08	midazolam	8	15	127	<0,05	>100	0,10	>100	2,5	0,63	12,77
J05AJ04	cabotegravir	9	10	-	<0,05	80,1	<0,05	79,5	0,0	0,02	0,00
M01AE01	ibuprofene	10	3	3	<0,05	-65,4	0,07	-78,6	2,0	0,64	-37,87
A03BB01	butilscolamina	11	21	-	<0,05	>100	0,05	>100	7,4	0,71	30,11
M02AA15	diclofenac	12	13	11	<0,05	81,2	<0,05	97,9	6,3	0,08	9,56
B05AA01	albumina umana	13	17	93	<0,05	>100	<0,05	-	0,0	0,00	-
C01EB24	mavacamten	14	-	-	<0,05	-	<0,05	-	0,0	0,00	-
R03DX05	omalizumab	15	-	-	<0,05	-	0,70	-	0,9	17,17	-
L04AC05	ustekinumab	16	6	-	<0,05	-61,6	0,06	-91,9	0,1	1,75	-78,76
S01AE01	ofloxacin	17	79	-	<0,05	>100	<0,05	>100	1,9	0,10	-72,16
H01BB02	ossitocina	18	-	-	<0,05	-	<0,05	-	6,0	1,02	-
B05ZB	soluzione per emodiafiltrazione	19	-	-	<0,05	-	0,32	-	100,0	9,39	-

segue

Tabella 2.3.3- continua

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	Rango 2023	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	% spesa*	Costo medio DDD	Δ % 25-24
L01EX27	capivasertib	20	-	-	<0,05	-	<0,05	-	14,6	0,46	-
L01FX26	mirvetuximab soravtansine	21	-	-	<0,05	-	<0,05	-	100,0	0,22	-
L01FX32	elranatamab	22	18	-	<0,05	26,9	<0,05	20,9	0,2	0,08	-4,39
A05AX07	seladelpar	23	-	-	<0,05	-	<0,05	-	100,0	0,04	-
G02BA03	levonorgestrel	24	-	-	<0,05	-	<0,05	-	0,3	0,22	-
L02BA04	elacestrant	25	34	-	<0,05	>100	<0,05	>100	0,0	0,04	0,22
N07BA01	nicotina	26	24	-	<0,05	>100	<0,05	>100	55,7	3,51	0,17
B02AB02	alfa 1 antitripsina	27	57	94	<0,05	>100	<0,05	-	0,0	0,00	-
D11AH10	lebrikizumab	28	11	-	<0,05	-79,1	<0,05	-79,2	0,0	0,04	0,00
N01AH01	fentanil	29	14	57	<0,05	-54,6	<0,05	-54,6	0,1	0,32	0,14
N07CA01	betaistina	30	25	70	<0,05	73,0	<0,05	73,0	8,4	0,23	0,35
Totale primi 30					0,15	27,6	6,22	47,5	2,3	1,94	16,0
Totale					0,16	17,5	13,94	39,0	0,1	4,16	18,7

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.3.4 Distribuzione percentuale per Regione della spesa di classe C-nn per fascia di prezzo SSN (anno 2025)

Regione	Fascia di prezzo SSN (€)					
	<2	2-20	21-50	51-100	101-500	≥500
Piemonte	43,2	16,8	32,7	5,1	1,7	0,4
Valle d'Aosta	1,8	31,6	64,3	-	2,2	0,1
Lombardia	10,3	56,2	24,8	6,7	0,9	1,0
PA Bolzano	9,4	8,5	70,2	11,9	-	0,1
PA Trento	7,4	9,0	50,7	28,1	4,6	0,2
Veneto	5,5	40,9	46,7	3,2	3,1	0,5
Friuli VG	13,9	31,2	51,7	2,0	0,4	0,8
Liguria	24,0	26,8	26,9	17,6	3,2	1,5
Emilia R.	34,8	40,4	10,3	7,2	6,9	0,4
Toscana	3,8	69,0	19,8	3,8	3,2	0,4
Umbria	43,2	38,0	16,6	0,6	1,5	0,1
Marche	4,8	72,6	16,8	5,6	0,1	0,2
Lazio	52,8	24,3	17,7	4,2	0,4	0,7
Abruzzo	1,6	83,8	10,3	4,0	0,1	0,2
Molise	17,9	79,4	2,6	0,2	-	-
Campania	25,4	1,7	59,5	2,9	2,4	8,1
Puglia	11,1	51,4	28,9	4,7	1,2	2,7
Basilicata	12,3	57,5	24,2	3,6	0,3	2,1
Calabria	20,3	67,5	11,1	1,1	0,1	0,0
Sicilia	11,6	36,6	43,3	4,9	0,7	3,0
Sardegna	7,7	42,4	36,9	12,7	-	0,2
Italia	18,8	47,1	26,3	5,0	2,0	0,7
Nord	20,9	38,5	31,6	5,8	2,5	0,7
Centro	19,6	55,6	18,6	3,9	1,9	0,4
Sud e Isole	10,6	56,0	26,2	4,9	0,5	1,7

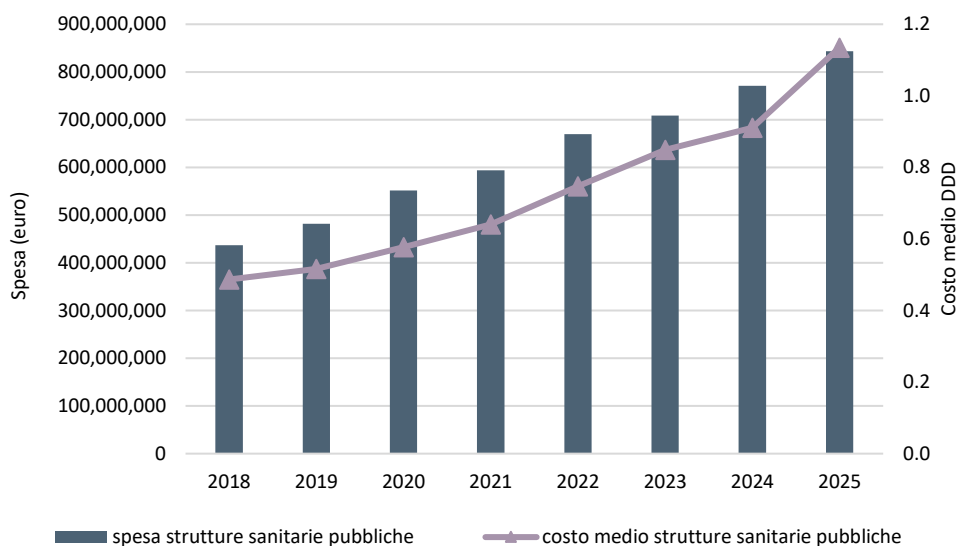
Farmaci di classe C rimborsati dal SSN acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche

I farmaci di classe C acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche rappresentano una componente di spesa a carico del SSN che non concorre alla verifica dei tetti della spesa farmaceutica né dell'eventuale sfondamento, richiedendo pertanto un'analisi dedicata. Nel periodo 2018-2025, la spesa per i farmaci di classe C acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche ha registrato una crescita costante, passando da 436,5 a 843,6 milioni; analogamente il costo medio DDD è aumentato da 0,49 euro a 1,13 euro (Figura 2.3.2). Nell'ultimo anno la spesa ha registrato un incremento del 9,5%, associato a una riduzione dei consumi (-12,1%) e a un aumento del costo medio per DDD (+24,8%). Tale andamento è comune alle tre macroaree geografiche, sebbene il Nord concentri quasi la metà della spesa nazionale (48,5%), seguito dal Sud e Isole (31,9%) e dal Centro (19,6%) (Tabella 2.3.5). La maggior spesa *pro capite* si è registrata nelle Marche (18,8 euro), in Basilicata (17,2 euro) e in Umbria (16,8 euro), mentre i valori più contenuti si osservano in Molise (10,4 euro), Lazio (11,5 euro) e PA di Trento (12,5 euro). Si rileva inoltre un'ampia variabilità regionale nei consumi, con l'Emilia-Romagna che presenta il valore più elevato (63,8 DDD/1000 abitanti *die*) e l'Abruzzo il più basso (19,2 DDD/1000 abitanti *die*); quest'ultima registra contestualmente il costo medio per DDD più elevato (2,18 euro), quasi doppio rispetto alla media nazionale (1,13 euro).

Anche nel 2025, i mezzi di contrasto radiologici idrosolubili, nefrotropici, a bassa osmolarità (ATC V08AB) si confermano la categoria a maggiore spesa, con 99,9 milioni di euro (+8,5% rispetto al 2024), sostenuta principalmente da iomeprolo, iodixanolo, iopromide, iopamidolo, ioexolo e iobitridolo (Tabelle 2.3.6 e 2.3.7). Le soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico (ATC B05BB) si collocano al secondo posto per spesa (84,9 milioni di euro; +13,8%) e rappresentano la categoria a maggiore impatto in termini di consumo (6,9 DDD/1000 abitanti *die*), a fronte di un costo medio per DDD contenuto (0,57 euro). L'incremento di spesa più marcato si osserva per gli anticorpi monoclonali antivirali (ATC J06BD; +87,8%), andamento interamente riconducibile al nirsevimab, che si conferma tra i principi attivi a maggiore spesa, con un valore *pro capite* di 1,3 euro. Risultano inoltre in crescita le immunoglobuline umane normali (ATC J06BA; +34,3%), sostenute dall'aumento dei consumi (+22,5%), mentre si osserva una contrazione della spesa per gli antibiotici, rappresentati principalmente dall'amfotericina B (ATC J02AA; -6,0%) e per i mezzi di contrasto paramagnetici (ATC V08CA; -9,0%). Nel complesso, i primi 20 gruppi terapeutici costituiscono il 67,4% della spesa totale e mostrano un incremento della spesa (+12,2%) associato a una riduzione dei consumi (-17,4%) e a un aumento del costo medio per DDD (+36,1%). L'analisi dei consumi (Tabella 2.3.8) evidenzia un'elevata concentrazione su un numero limitato di principi attivi: gli elettroliti per soluzioni endovenose si confermano al primo posto con 6,8 DDD/1000 abitanti *die* (19,8% dei consumi), seguiti da cianocobalamina (3,6 DDD/1000 abitanti *die*) e sodio cloruro (2,0 DDD/1000 abitanti *die*); complessivamente, i tre principi attivi rappresentano il 35,9% dei consumi totali. Tra i farmaci a maggiore utilizzo figurano inoltre, disinfettanti quali clorexidina/alcool etilico (1,4 DDD/1000 abitanti *die*) e benzalconio/alcool etilico (0,6 DDD/1000 abitanti *die*), anestetici locali come lidocaina (1,3

DDD/1000 abitanti *die*) e prodotti impiegati come solventi o diluenti, quali acqua solvente/diluente (0,4 DDD/1000 abitanti *die*), a conferma del peso rilevante dei medicinali e dei prodotti di supporto all'attività assistenziale nei consumi complessivi.

Figura 2.3.2 Andamento della spesa e del costo medio per DDD dei farmaci di fascia C* acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche: 2018-2025



*nei dati della Figura e nelle seguenti figure e tabelle della sezione non sono inclusi i vaccini (ATC J07) e l'ossigeno (V03AN01),

Tabella 2.3.5 Spesa regionale *pro capite*, consumi e costo medio DDD 2025 dei medicinali di classe C acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche

Regione	Spesa <i>pro capite</i>	Δ % 25-24	Inc. %	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Piemonte	15,07	9,1	7,9	36,4	-14,6	1,13	28,1
Valle d'Aosta	14,79	2,5	0,2	42,9	-4,8	0,94	8,0
Lombardia	13,26	9,9	15,5	25,8	-1,2	1,41	11,6
PA Bolzano	15,75	0,4	0,9	41,4	-1,0	1,04	1,6
PA Trento	12,49	0,1	0,8	40,1	-1,8	0,85	2,2
Veneto	16,48	2,0	9,6	44,8	-20,5	1,01	28,6
Friuli VG	16,49	5,3	2,5	44,3	-6,0	1,02	12,3
Liguria	15,54	9,4	3,0	31,6	-7,3	1,35	18,3
Emilia R.	15,27	7,0	8,1	63,8	-4,6	0,66	12,5
Toscana	14,96	6,8	6,7	44,1	-6,6	0,93	14,7
Umbria	16,76	14,6	1,8	46,7	-9,0	0,98	26,2
Marche	18,77	7,4	3,4	56,4	-25,2	0,91	44,0
Lazio	11,49	17,7	7,7	22,7	-14,8	1,39	38,5
Abruzzo	15,23	6,0	2,3	19,2	-22,0	2,18	36,3
Molise	10,44	24,1	0,4	22,5	-11,1	1,27	39,9
Campania	13,50	14,0	8,4	29,1	-15,7	1,27	35,5
Puglia	14,54	14,1	6,7	29,2	-8,7	1,37	25,4
Basilicata	17,19	24,3	1,1	32,6	4,8	1,44	18,9
Calabria	13,51	6,1	2,9	25,5	-11,4	1,45	20,1
Sicilia	13,49	11,4	7,5	24,0	-24,5	1,54	47,9
Sardegna	13,80	9,0	2,7	39,6	-17,8	0,96	33,0
Italia	14,31	9,5	100,0	34,6	-12,1	1,13	24,8
Nord	14,76	7,0	48,5	38,8	-9,2	1,04	18,2
Centro	13,93	11,6	19,6	35,7	-13,7	1,07	29,7
Sud e Isole	13,91	12,0	31,9	27,8	-16,0	1,37	33,7

Tabella 2.3.6 Prime 20 categorie (ATC IV livello) dei medicinali di classe C per spesa acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC IV	Categoria	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	% spesa*	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
V08AB	Mezzi di contrasto radiologici, idrosolubili, nefrotropici, a bassa osmolarità	99,9	8,5	11,8	0,1	-0,5	67,67	9,3
B05BB	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	84,9	13,8	10,1	6,9	-2,5	0,57	17,2
J06BD	Anticorpi monoclonali antivirali	76,4	87,8	9,1	<0,05	74,5	265,62	8,0
J02AA	Antibiotici	48,3	-6,0	5,7	<0,05	-5,2	101,09	-0,5
B05BA	Soluzioni per nutrizionali parenterali	42,4	-0,1	5,0	0,5	-11,8	3,88	13,5
B05DB	Soluzioni ipertoniche	29,0	2,1	3,4	0,2	2,5	8,35	0,0
V08CA	Mezzi di contrasto paramagnetici	25,6	-9,0	3,0	<0,05	-0,2	44,02	-8,5
J06BA	Immunoglobulina umana normale	18,7	34,3	2,2	<0,05	22,5	401,38	10,1
V03AB	Antidoti	18,0	4,0	2,1	<0,05	-62,9	18,08	>100
B02BC	Emostatici locali	17,2	8,9	2,0	<0,05	10,5	342,82	-1,1
N02BE	Anilidi	12,6	37,9	1,5	0,8	-67,4	0,78	>100
B05DA	Soluzioni isotoniche	12,3	4,9	1,5	<0,05	8,0	11,77	-2,6
N01BB	Amidi	12,1	12,0	1,4	1,7	-18,8	0,33	38,4
J01CR	Associazione di penicilline, inclusi inibitori delle beta-lattamasi	11,6	-13,6	1,4	0,1	-5,5	6,77	-8,3
V09AB	Composti dello iodio (123I)	10,7	3,5	1,3	<0,05	3,9	814,08	-0,1
V03AF	Sostanze disintossicanti per trattamenti citostatici	10,5	1,7	1,2	0,1	-2,6	6,36	4,8
N07BC	Farmaci utilizzati nella dipendenza da oppioidi	10,3	28,8	1,2	0,1	17,2	3,30	10,3
B05ZB	Emofiltrati	10,1	-3,8	1,2	<0,05	-7,3	9,97	4,0
J01XB	Polimixine	9,1	-2,3	1,1	<0,05	-1,8	38,55	-0,2
A11BA	Polivitaminici, non associati	8,6	2,7	1,0	0,1	1,4	5,66	1,6
Totale primi 20		568,3	12,2	67,4	10,7	-17,4	2,47	36,1
Totale		843,6	9,4	100,0	34,6	-12,1	1,13	24,8

*calcolata sul totale della spesa dei farmaci di classe C acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche

Tabella 2.3.7 Primi 30 principi attivi di classe C per spesa acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	Spesa pro capite	Δ % 25-24	% spesa*	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
B05BB01	elettroliti per soluzioni endovenose	1	1	1,39	14,3	9,7	6,83	-2,5	0,56	17,6
J06BD08	nirsevimab	2	3	1,30	87,8	9,1	<0,05	74,5	265,62	8,0
J02AA01	amfotericina B	3	2	0,82	-6,0	5,7	<0,05	-5,2	101,09	-0,5
V08AB10	iomeprolo	4	4	0,66	2,8	4,6	<0,05	-2,4	82,67	5,7
B05BA10	soluzioni per la nutrizione parenterale, associazioni	5	5	0,58	-1,5	4,1	0,10	-3,2	16,06	2,1
B05DB	soluzione ipertoniche per dialisi peritoneale	6	6	0,49	2,1	3,4	0,16	2,5	8,35	0,0
J06BA02	immunoglobulina umana somministrazione intravascolare	7	17	0,31	89,9	2,2	<0,05	94,6	405,74	-2,1
B02BC30	fibrinogeno umano/trombina umana	8	7	0,29	9,0	2,0	<0,05	10,6	342,47	-1,1
V03AB38	andexanet alfa	9	9	0,27	5,1	1,9	<0,05	2,0	3.459,02	3,4
V08AB09	iodixanolo	10	8	0,26	0,7	1,8	<0,05	-0,7	83,40	1,7
V08AB05	iopromide	11	13	0,22	19,7	1,5	<0,05	-3,5	78,68	24,4
N02BE01	paracetamolo	12	20	0,21	37,6	1,5	0,75	-67,4	0,77	>100
B05DA	soluzioni isotoniche per dialisi peritoneale	13	11	0,21	4,9	1,5	<0,05	8,0	11,77	-2,6
V08AB04	iopamidolo	14	16	0,20	19,6	1,4	<0,05	4,4	36,49	14,9
V09AB03	iodio ioflupano (123I)	15	15	0,18	3,5	1,3	<0,05	3,9	814,08	-0,1
V08CA09	gadobutrolo	16	10	0,18	-21,4	1,2	<0,05	3,0	53,28	-23,4
V08AB02	ioexolo	17	19	0,18	12,6	1,2	<0,05	5,2	55,88	7,3
J01CR05	piperacillina/tazobactam	18	12	0,17	-16,2	1,2	0,07	-6,5	6,48	-10,2
J01XB01	colistimetato	19	18	0,15	-2,3	1,1	<0,05	-1,8	38,55	-0,2
B05ZB	soluzione per emofiltrazione	20	14	0,15	-16,3	1,0	<0,05	-24,4	10,65	11,1
N07BC05	levometadone	21	24	0,15	16,2	1,0	0,14	17,1	3,01	-0,5
A11BA	complesso vitaminico	22	22	0,15	2,7	1,0	0,07	1,4	5,66	1,6
V08AB11	iobitridolo	23	25	0,14	17,8	1,0	<0,05	-6,8	68,47	26,9
V03AF07	rasburicase	24	26	0,13	7,5	0,9	<0,05	9,3	919,58	-1,4
H02AB04	metilprednisolone	25	27	0,12	-3,6	0,8	0,37	-10,7	0,85	8,3
B01AX01	defibrotide	26	21	0,11	-21,9	0,8	<0,05	-21,2	4.073,70	-0,6

segue

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.3.7- continua

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	Spesa pro capite	Δ % 25-24	% spesa**	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
L01AB02	treosulfan	27	38	0,11	51,5	0,8	<0,05	51,6	3.019,33	0,3
V04CX	verde indocianina	28	32	0,10	13,0	0,7	<0,05	5,9	176,98	7,0
J01CA01	ampicillina	29	29	0,10	1,2	0,7	<0,05	2,9	23,93	-1,3
B02BB01	fibrinogeno umano	30	23	0,10	-25,8	0,7	<0,05	-23,5	1.899,10	-2,6
Totale primi 30				9,43	12,1	65,9	8,73	-16,8	2,96	35,1
Totale				14,31	9,4	100,0	34,55	-12,1	1,13	24,8

*Calcolata sul totale della spesa dei farmaci di classe C acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche

Tabella 2.3.8 Primi 30 principi attivi di classe C per consumo acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	% cum	Spesa pro capite	Δ % 25-24	% spesa*	% cum	Costo medio DDD	Δ % 25-24
B05BB01	elettroliti per soluzioni endovenose	1	1	6,83	-2,5	19,8	1,39	14,3	9,7	9,7	0,56	17,6
B03BA01	cianocobalamina	2	2	3,57	1,1	30,1	<0,05	6,2	0,0	9,8	<0,05	5,3
V07AB	sodio cloruro	3	5	1,99	-0,9	35,9	0,08	18,7	0,5	10,3	0,10	20,1
D08AC52	clorexidina/alcool etilico	4	8	1,44	49,6	40,0	<0,05	88,4	0,3	10,6	0,08	26,3
N01BB02	lidocaina	5	7	1,35	38,4	43,9	0,10	>100	0,7	11,3	0,20	51,0
G02BA03	levonorgestrel	6	6	1,13	0,0	47,2	<0,05	-0,8	0,2	11,4	0,05	-0,5
C03CA01	furosemide	7	3	0,82	-68,6	49,6	0,05	27,9	0,4	11,8	0,17	308,5
N02BE01	paracetamolo	8	4	0,75	-67,4	51,8	0,21	37,6	1,5	13,3	0,77	323,2
D06BA01	sulfadiazina argenticca	9	11	0,69	1,8	53,7	0,06	3,8	0,4	13,7	0,25	2,3
N05BA06	lorazepam	10	10	0,67	-7,7	55,7	<0,05	-40,7	0,0	13,7	<0,05	-35,6
D08AJ01	benzalconio/alcool etilico	11	12	0,62	8,4	57,5	<0,05	21,7	0,1	13,8	0,06	12,6
D08AG02	iodopovidone	12	9	0,49	-36,8	58,9	0,07	18,6	0,5	14,3	0,39	88,3
N05BA01	diazepam	13	14	0,48	3,9	60,3	<0,05	6,6	0,2	14,5	0,18	2,9
N05BA	delorazepam	14	18	0,41	2,5	61,5	<0,05	7,4	0,2	14,7	0,18	5,1

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.3.8- *continua*

ATC V	Principio attivo	Rango 2025	Rango 2024	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	% cum	Spesa pro capite	Δ % 25-24	% spesa**	% cum	Costo medio DDD	Δ % 25-24
A11DA01	tiamina	15	16	0,40	-3,4	62,6	<0,05	9,1	0,1	14,7	0,05	13,3
V07AB	acqua solvente/diluente	16	19	0,38	-3,2	63,7	0,06	6,4	0,4	15,2	0,43	10,3
B05BA03	glucosio	17	15	0,38	-13,5	64,8	0,08	12,0	0,6	15,7	0,59	29,9
H02AB04	metilprednisolone	18	17	0,37	-10,7	65,9	0,12	-3,6	0,8	16,5	0,85	8,3
D06AX07	gentamicina	19	21	0,37	-0,9	67,0	<0,05	-1,3	0,0	16,5	0,02	-0,1
N05BA12	alprazolam	20	22	0,36	0,5	68,0	<0,05	60,8	0,1	16,6	0,06	60,6
G03AC08	etonogestrel	26	34	0,22	3,9	72,8	<0,05	7,7	0,1	17,5	0,19	3,9
A06AG01	sodio fosfato	27	33	0,20	-8,9	73,3	<0,05	-82,1	0,0	17,5	<0,05	-80,3
D06BA51	sulfadiazina argentina/acido ialuronico	28	30	0,20	-14,9	73,9	<0,05	-1,6	0,2	17,7	0,33	16,0
N05CF02	zolpidem	29	26	0,20	-28,6	74,5	<0,05	24,2	0,1	17,8	0,22	74,5
D07CC01	gentamicina/ betametazone	30	37	0,20	-6,1	75,1	<0,05	-29,9	0,1	17,9	0,20	-25,1
S01FA06	tropicamide	18	17	0,37	-10,7	65,9	0,12	-3,6	0,8	16,5	0,85	8,3
N05CD05	triazolam	19	21	0,37	-0,9	67,0	<0,05	-1,3	0,0	16,5	<0,05	-0,1
H02AB09	idrocortisone	20	22	0,36	0,5	68,0	<0,05	60,8	0,1	16,6	0,06	60,6
B05XA01	potassio cloruro	21	24	0,35	13,9	69,0	<0,05	14,7	0,1	16,7	0,09	1,1
R05CB01	acetilcisteina	22	29	0,31	19,8	69,9	0,07	15,9	0,5	17,2	0,65	-2,9
Totale primi 30				25,94	-10,4	75,1	2,56	17,0	17,9	17,9	0,27	31,1
Totale				34,55	-12,1	100,0	14,31	9,4	100,0	100,0	1,13	24,8

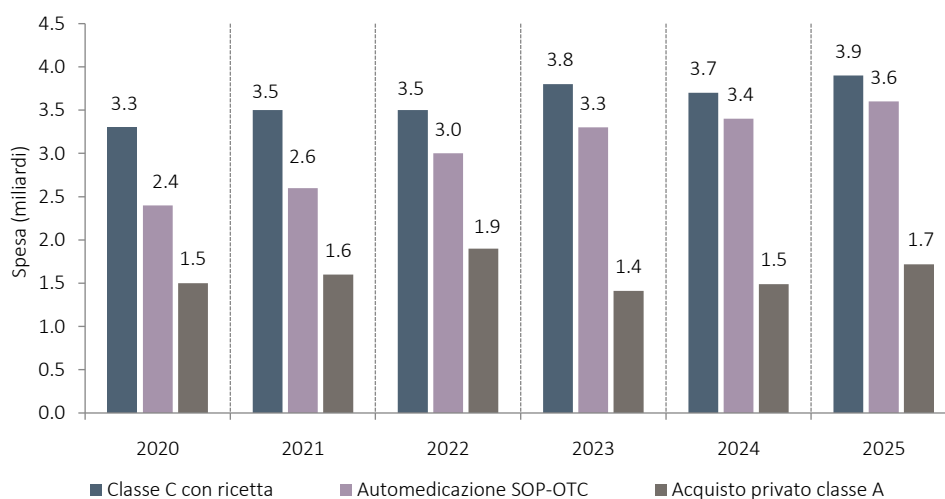
*calcolata sul totale della spesa o del consumo dei farmaci di classe C acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche

2.4 Consumo di farmaci a carico del cittadino

Nel 2025 la spesa per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino (Classe C con ricetta, Automedicazione SOP e OTC e acquisto privato di fascia A) è stata pari a 9.222,0 milioni di euro, con un incremento dell'8,6% rispetto all'anno precedente. Il 42,5% della spesa (3,9 miliardi) è attribuibile ai farmaci con obbligo di prescrizione, il 38,7% (3,6 miliardi) ai farmaci di automedicazione (SOP e OTC) e il restante 18,8% (1,7 miliardi di euro) all'acquisto privato di medicinali di classe A (ref Tabella 1.1.1).

L'analisi dell'andamento nel periodo 2020-2025 evidenzia un incremento complessivo della spesa per tutte le componenti considerate (Figura 2.4.1). La crescita più marcata interessa i farmaci di automedicazione (SOP e OTC), la cui spesa è passata da 2,4 miliardi di euro nel 2020 a 3,6 miliardi nel 2025, con un aumento complessivo di circa il 50%, riflettendo un progressivo aumento del ricorso all'automedicazione da parte dei cittadini. Anche la spesa per i medicinali di classe C con ricetta mostra un andamento crescente, passando da 3,3 a 3,9 miliardi di euro (+18,2%).

Figura 2.4.1 Andamento della spesa dei farmaci C con ricetta, di automedicazione e di fascia A acquistati privatamente: periodo 2020-2025[^]



[^] il dato 2020-2022 relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata attraverso i dati della Tracciabilità del Farmaco) e la spesa sostenuta a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed). Per gli anni 2023-2025: Analisi AIFA dei dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory.

Fascia C con ricetta

In Italia la spesa *pro capite* per i farmaci di classe C con ricetta è stata nel 2025 pari a 66,62 euro e ha registrato, rispetto all'anno precedente, una crescita del 7,5%. Dall'analisi delle componenti della variazione della spesa, emerge che l'incremento è stato guidato principalmente dallo spostamento delle prescrizioni verso specialità più costose (effetto mix: +7,3%) e dall'aumento dei prezzi (+4,7%), mentre i consumi registrano una decrescita (-4,3%) (Figura 2.4.2). Le Regioni del Centro presentano la spesa *pro capite* più elevata (70,84 euro), mentre in quelle del Nord si osserva l'incremento più elevato (+8,9%). Nelle Regioni del Nord si osservano, inoltre, i livelli di consumo più elevati (201,4 DDD/1000 abitanti *die*) e il costo medio DDD più basso rispetto alla media nazionale (0,90 vs 0,96 euro; Tabella e Figura 2.4.1).

Tra le prime 20 categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2025 (Tabella 2.4.2 e 2.4.3), i derivati benzodiazepinici (sia ansiolitici che ipnotici-sedativi) e gli analoghi delle benzodiazepine si confermano le categorie a maggior acquisto privato, con una spesa di circa 619 milioni di euro, pari al 15,8% della spesa totale e rappresentano il 26,2% dei consumi complessivi dei farmaci di classe C con ricetta. I derivati benzodiazepinici ad attività ansiolitica sono la categoria a maggior spesa con 376,7 milioni di euro, e un consumo di 23,5 DDD per 1000 abitanti *die*. La seconda categoria a maggiore spesa è rappresentata dalle anilidi, con 265,6 milioni di euro pari al 6,8% della spesa totale, con un decremento sia nella spesa (-5,1%) che nei consumi (-1,4%) rispetto al 2024. Altre categorie con un valore di spesa superiore ai 200 milioni di euro sono i farmaci usati nella disfunzione erettile (256,1 milioni di euro) e le associazioni fisse estro-progestiniche (231,0 milioni di euro). Entrambe le categorie hanno mostrato un aumento sia nella spesa (+4,6% e +7,9%) che nei consumi (+4,3 e +1,7%). Complessivamente, le prime venti categorie terapeutiche mostrano un incremento della spesa (+7,3%), in linea con il *trend* registrato per la spesa totale (+7,4%); anche sul lato dei consumi si osserva un incremento, seppur lieve (+1,0%), diversamente da quanto osservato per i consumi totali (-4,0%). Si conferma un marcato incremento dei consumi (+85,7%) e, conseguentemente, della spesa (+75,8%) per gli analoghi del recettore del GLP-1, indicati per la gestione del peso corporeo in associazione a una dieta ipocalorica e a un incremento dell'attività fisica nei pazienti adulti con obesità (Indice di Massa Corporea [IMC] ≥ 30 kg/m²) o sovrappeso (IMC ≥ 27 kg/m²) in presenza di almeno una comorbidità correlata al peso, nonché negli adolescenti con IMC ≥ 30 kg/m² e peso corporeo superiore a 60 kg. L'incremento osservato riflette il progressivo ampliamento dell'utilizzo di questa classe terapeutica nella pratica clinica. Tra le prime 10 categorie terapeutiche a maggior spesa, gli analoghi del recettore GLP-1 presentano il costo medio per DDD più elevato (6,19 euro), seguiti dai farmaci utilizzati nella disfunzione erettile (4,88 euro). Per le restanti categorie, il costo medio per DDD risulta nettamente inferiore, compreso tra 0,35 euro dei derivati benzodiazepinici ipnotici e sedativi (N05CD) e 1,91 euro dei lassativi ad azione osmotica (A06AD). Nel periodo 2023-2025 si osserva inoltre un marcato incremento del costo medio degli analoghi del recettore GLP-1, a fronte di variazioni generalmente più contenute per le altre categorie terapeutiche (Figura 2.4.2).

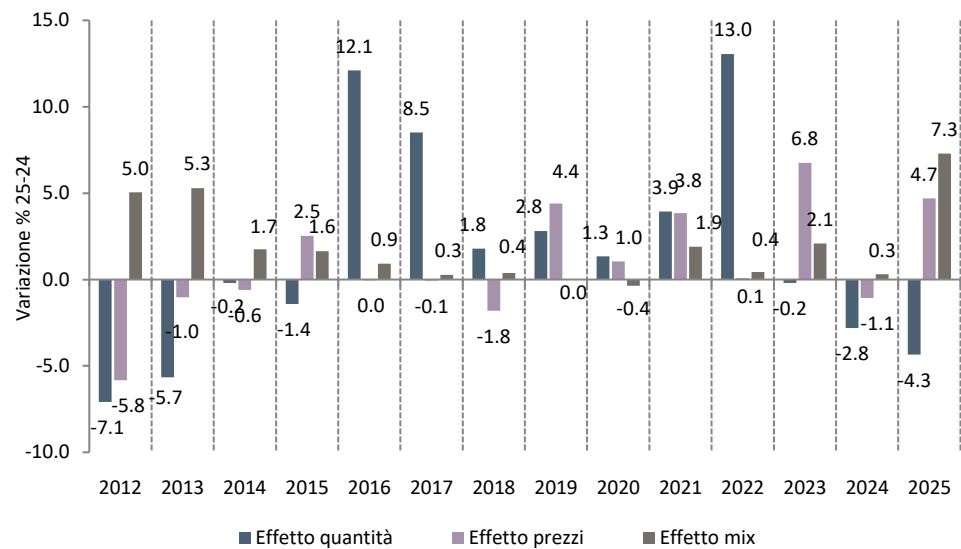
Tra le prime venti categorie terapeutiche a maggior consumo, ai primi tre posti si collocano gli ansiolitici benzodiazepinici con 23,5 DDD (-3,3% rispetto al 2024), i derivati

benzodiazepinici ipnotici e sedativi con 19,6 DDD (-2,0%) e le associazioni fisse estro-progestiniche con 18,4 DDD (+1,7%); al quarto posto, con 12,8 DDD, si colloca la vitamina B12 che ha fatto registrare un notevole decremento dei consumi rispetto al 2024 (-47,8%). Le prime 20 categorie a maggior consumo rappresentano il 54% della spesa dei farmaci di classe C (Tabella 2.4.3).

Il paracetamolo, con una spesa di 250,7 milioni di euro, pari al 6,4% del totale di classe C con ricetta, si colloca al primo posto, in riduzione del 5% rispetto al 2024, mentre i consumi rimangono stabili (Tabella 2.4.4). Al secondo posto, con una spesa di 162,7 milioni di euro, si colloca la semaglutide, che era alla 13esima posizione nel 2024, avendo registrato forti incrementi (>100%) sia nella spesa che nei consumi. Al terzo e sesto posto si trovano due inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5i): tadalafil (138,7 milioni di euro) e sildenafil (99,2 milioni di euro), utilizzati nel trattamento della disfunzione erettile, la cui spesa registra, rispettivamente, un incremento del 5,6% e del 5,4%. Seguono due benzodiazepine, alprazolam e lorazepam, con una spesa pari a 136,1 e 105,3 milioni di euro, stabile rispetto al 2024, mentre i consumi sono in riduzione (-2,7% e -5,5% rispettivamente). Tra le sostanze a maggior spesa, compaiono altre benzodiazepine così posizionate: 11° lormetazepam, 15° triazolam, 17° delorazepam e 21° bromazepam.

Tra i primi 30 principi attivi di classe C con ricetta a maggior consumo (Tabella 2.4.5), troviamo al primo posto il lormetazepam con 14,0 DDD/1000 abitanti *die*, in riduzione rispetto al 2024 del 2,7%. La cianocobalamina, avendo registrato una forte riduzione dei consumi rispetto al 2024 (-47,8%), passa dal primo al secondo posto raggiungendo le 12,8 DDD per 1000 abitanti *die*. Oltre al lormetazepam troviamo nelle prime posizioni altre due benzodiazepine, alprazolam e lorazepam, che registrano entrambi una diminuzione dei consumi (rispettivamente del 2,7% e 5,5%). Gli incrementi più importanti nei consumi, rispetto al 2024, riguardano il drospirenone (+38,9%) e il colecalciferolo (+19,3%).

Figura 2.4.2 Andamento della spesa farmaceutica territoriale nel periodo 2012-2025 per i farmaci di classe C con ricetta: effetto consumi, prezzi e mix



Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.1 Prescrizione farmaceutica territoriale 2025 per i farmaci di classe C con ricetta e scostamento % della spesa lorda dalla media nazionale (Figura): confronto 2025-2024

Regione	Classe C con ricetta					
	Spesa <i>pro capite</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Piemonte	65,61	10,8	206,7	-0,9	0,87	12,1
Valle d'Aosta	62,62	11,4	206,9	-3,6	0,83	15,9
Lombardia	68,28	10,2	204,9	-0,5	0,91	11,1
PA Bolzano	49,24	5,5	146,6	-3,2	0,92	9,3
PA Trento	56,16	6,4	187,1	0,0	0,82	6,7
Veneto	62,16	6,3	197,3	-1,7	0,86	8,4
Friuli VG	56,49	14,6	177,2	5,4	0,87	9,0
Liguria	83,17	5,1	248,0	-7,4	0,92	13,9
Emilia R.	64,12	8,0	190,5	-4,3	0,92	13,3
Toscana	64,30	1,8	189,7	-17,1	0,93	23,1
Umbria	69,44	7,4	196,8	-1,4	0,97	9,2
Marche	67,35	5,4	195,8	-4,3	0,94	10,4
Lazio	76,39	10,6	200,7	0,2	1,04	10,7
Abruzzo	57,91	3,9	155,1	-3,2	1,02	7,7
Molise	47,03	5,4	136,6	-8,8	0,94	15,9
Campania	74,75	-0,4	188,1	-10,6	1,09	11,7
Puglia	57,03	5,5	146,2	-7,1	1,07	13,9
Basilicata	43,30	6,4	120,6	-6,8	0,98	14,5
Calabria	61,14	6,7	173,5	-11,3	0,97	20,6
Sicilia	67,98	14,0	171,7	3,2	1,08	10,7
Sardegna	66,17	7,6	210,5	-4,5	0,86	13,1
Italia	66,62	7,5	190,5	-4,0	0,96	12,3
Nord	65,84	8,9	201,4	-1,7	0,90	11,2
Centro	70,84	7,0	196,2	-6,5	0,99	14,8
Sud e Isole	65,14	5,8	171,4	-5,9	1,04	12,6

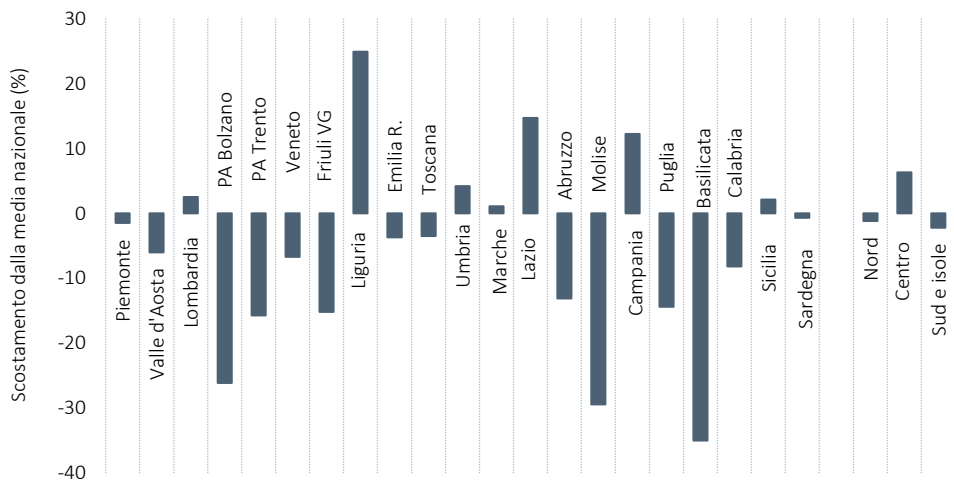
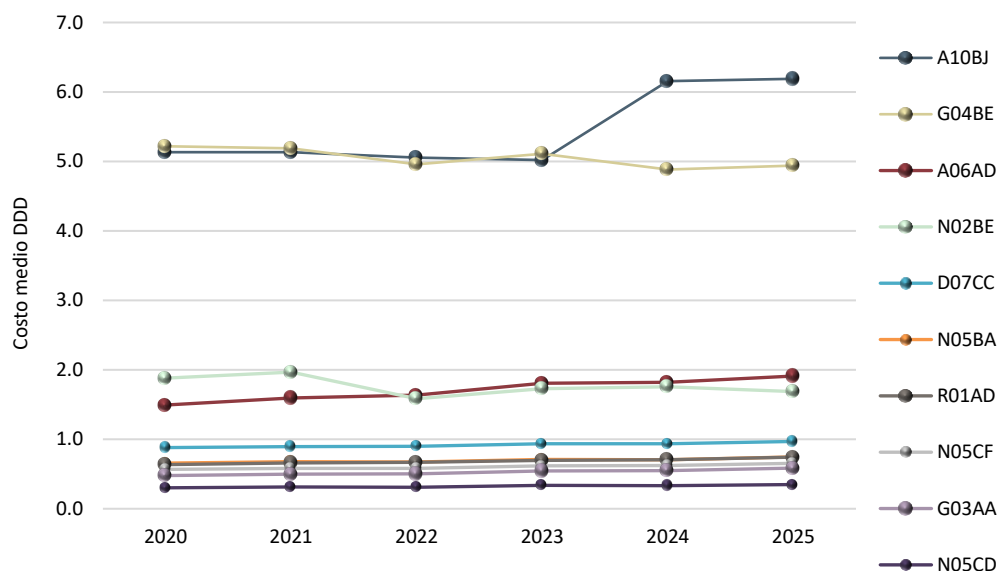


Tabella 2.4.2 Prime 20 categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Categoria terapeutica	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24
N	Derivati benzodiazepinici (ansiolitici)	376,7	1,5	9,6	23,5	-3,3
N	Anilidi	265,6	-5,1	6,8	7,3	-1,4
G	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni erettili	256,1	4,6	6,5	2,4	4,3
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	231,0	7,9	5,9	18,4	1,7
A	Analoghi del recettore GLP-1	172,6	75,8	4,4	1,3	85,7
N	Derivati benzodiazepinici (ipnotici e sedativi)	146,5	2,7	3,7	19,6	-2,0
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	102,1	1,5	2,6	4,9	-2,0
R	Corticosteroidi	102,1	12,3	2,6	6,4	6,7
N	Benzodiazepine analoghi	95,5	12,1	2,4	6,8	7,9
A	Lassativi ad azione osmotica	94,7	10,6	2,4	2,3	4,5
S	Corticosteroidi ed antimicrobici in associazione	92,7	6,2	2,4	3,5	0,0
M	Altri miorilassanti ad azione periferica	83,0	6,5	2,1	<0,05	0,0
R	Mucolitici	83,0	0,1	2,1	6,1	-1,6
M	Altri miorilassanti ad azione centrale	80,6	7,0	2,1	1,4	7,7
N	Altri psicostimolanti e nootropi	75,9	14,1	1,9	1,4	7,7
B	Eparinici	57,3	8,3	1,5	2,4	9,1
N	Preparazioni antivertigine	55,5	4,9	1,4	2,7	0,0
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	53,4	11,3	1,4	3,6	5,9
G	Progestinici	44,4	22,7	1,1	3,9	14,7
S	Antibiotici	43,9	-7,2	1,1	2,6	-10,3
Totale prime 20		2.512,7	7,3	64,0	120,4	1,0
Totale		3.926,5	7,4	100	190,5	-4,0

* calcolata sul totale della spesa

Figura 2.4.2 Andamento annuale del costo medio DDD delle categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggiore spesa – prime 10 (2020-2025)



A10BJ – Analoghi del recettore GLP-1 (*Glucagon-Like Peptide-1*)

G04BE – Farmaci utilizzati nella disfunzione erettile

A06AD – Lassativi ad azione osmotica

N02BE – Anilidi

D07CC – Corticosteroidi attivi, ass. con antibiotici

N05BA – Derivati benzodiazepinici (ansiolitici)

R01AD – Corticosteroidi

N05CF – Analoghi delle benzodiazepine (ipnotici)

G03AA – Associazioni fisse estro-progestiniche

N05CD – Derivati benzodiazepinici (ipnotici)

Tabella 2.4.3 Prime 20 categorie terapeutiche di classe C con ricetta a maggior consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Categoria terapeutica	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	%*	Δ % 25-24
N	Derivati benzodiazepinici (ansiolitici)	23,5	-3,3	376,7	9,6	1,5
N	Derivati benzodiazepinici (ipnotici e sedativi)	19,6	-2,0	146,5	3,7	2,7
G	Associazioni fisse estro-progestiniche	18,4	1,7	231,0	5,9	7,9
B	Vitamina B12 (cianocobalamina e derivati)	12,8	-47,8	3,6	0,1	-29,4
N	Anilidi	7,3	-1,4	265,6	6,8	-5,1
N	Benzodiazepine analoghi	6,8	7,9	95,5	2,4	12,1
R	Corticosteroidi	6,4	6,7	102,1	2,6	12,3
R	Mucolitici	6,1	-1,6	83,0	2,1	0,1
A	Vitamina D ed analoghi	5,3	20,5	13,3	0,3	19,8
D	Corticosteroidi attivi, associazioni con antibiotici	4,9	-2,0	102,1	2,6	1,5
G	Progestinici	3,9	14,7	44,4	1,1	22,7
G	Preparati sequenziali estro-progestinici	3,6	5,9	53,4	1,4	11,3
S	Corticosteroidi ed antimicrobici in associazione	3,5	-	92,7	2,4	6,2
G	Contraccettivi intrauterini	3,2	-3,0	9,1	0,2	-
D	Altri antibiotici per uso topico	3,2	-	41,1	1,0	4,8
N	Preparazioni antivertigine	2,7	-	55,5	1,4	4,9
S	Antibiotici	2,6	-10,3	43,9	1,1	-7,2
D	Corticosteroidi, attivi (gruppo III)	2,6	-	29,8	0,8	1,7
G	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni erettili	2,4	4,3	256,1	6,5	4,6
B	Eparinici	2,4	9,1	57,3	1,5	8,3
Totale prime 20		141,0	-7,1	2.102,8	53,6	3,5
Totale		190,5	-4,0	3.926,5	100	7,4

* calcolata sul totale del consumo

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.4 Primi 30 principi attivi di classe C con ricetta a maggiore spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Principio attivo	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Costo medio DDD
N	paracetamolo	250,7	-5,0	6,4	7,0	0,8	1,68
A	semaglutide	162,7	>100	4,1	1,2	>100	6,24
G	tadalafil	138,7	5,6	3,5	1,5	2,6	4,19
N	alprazolam	136,1	0,4	3,5	9,5	-2,7	0,66
N	lorazepam	105,3	0,3	2,7	8,5	-5,5	0,58
G	sildenafil	99,2	5,4	2,5	0,8	9,1	6,04
N	zolpidem	90,7	11,8	2,3	6,4	7,1	0,66
M	tossina botulinica di <i>Clostridium Botulinum</i> tipo A	83,0	6,5	2,1	<0,05	4,4	206,50
D	gentamicina/betametassone	82,7	-1,1	2,1	4,2	-2,9	0,92
R	acetilcisteina	71,1	-4,6	1,8	5,7	-4,5	0,58
N	lormetazepam	67,1	1,4	1,7	14,0	-2,7	0,22
A	macrogol 3350/sodio cloruro/sodio bicarbonato/potassio cloruro	64,0	11,1	1,6	2,1	8,8	1,44
G	drospirenone/etinilestradiolo	61,8	4,2	1,6	4,4	-1,4	0,65
G	dienogest/etinilestradiolo	59,0	20,4	1,5	4,8	13,2	0,58
N	triazolam	48,8	4,5	1,2	3,5	-0,3	0,65
N	levoacetilcarnitina	48,6	12,0	1,2	0,9	9,4	2,58
N	delorazepam	46,9	0,6	1,2	2,3	-3,5	0,94
G	dienogest/estradiolo	46,7	10,7	1,2	3,0	5,8	0,73
R	mometassone	46,6	7,4	1,2	2,9	3,2	0,75
M	tiocolchicoside	46,1	5,0	1,2	0,5	2,2	4,19
N	bromazepam	45,9	5,0	1,2	1,1	-7,8	1,93
N	colina alfoscerato	42,6	18,0	1,1	0,4	5,4	4,70
N	betaistina	38,4	3,2	1,0	2,1	0,4	0,85
B	mesoglicano	34,9	3,9	0,9	1,6	-0,4	1,02
G	etonogestrel/etinilestradiolo	34,4	4,6	0,9	2,3	-0,4	0,70
S	desametasone/tobramicina	32,8	-1,2	0,8	1,5	-2,8	1,05
S	betametassone/cloramfenicolo	32,1	9,6	0,8	1,0	9,1	1,52
D	diflucortolone/isoconazolo	30,8	7,7	0,8	0,9	15,9	1,55
G	repentina	29,5	2,1	0,8	0,9	1,9	1,50
S	tobramicina	28,8	-10,6	0,7	1,7	-12,9	0,81
Primi 30		2.106,1	4,9	53,6	96,6	-1,2	1,01
Totale		3.926,5	7,4	100,0	190,5	-4,0	0,96

* calcolata sul totale della spesa

Tabella 2.4.5 Primi 30 principi attivi di classe C con ricetta a maggior consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC Principio attivo	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	Costo medio DDD
N lormetazepam	14,0	-2,7	67,1	1,4	1,7	0,22
B cianocobalamina	12,8	-47,8	2,2	-43,6	0,1	0,01
N alprazolam	9,5	-2,7	136,1	0,4	3,5	0,66
N lorazepam	8,5	-5,5	105,3	0,3	2,7	0,58
N paracetamolo	7,0	0,8	250,7	-5,0	6,4	1,68
N zolpidem	6,4	7,1	90,7	11,8	2,3	0,66
R acetilcisteina	5,7	-4,5	71,1	-4,6	1,8	0,58
A coledalciferolo	5,3	19,3	13,3	19,8	0,3	0,12
G dienogest/etinilestradiolo	4,8	13,2	59,0	20,4	1,5	0,58
G drospirenone/etinilestradiolo	4,4	-1,4	61,8	4,2	1,6	0,65
D gentamicina/betametassone	4,2	-2,9	82,7	-1,1	2,1	0,92
N triazolam	3,5	-0,3	48,8	4,5	1,2	0,65
G levonorgestrel	3,2	-1,6	9,1	0,0	0,2	0,13
G dienogest/estradiolo	3,0	5,8	46,7	10,7	1,2	0,73
R mometasone	2,9	3,2	46,6	7,4	1,2	0,75
D gentamicina	2,6	-3,8	24,7	0,4	0,6	0,44
G gestodene/etinilestradiolo	2,4	-7,4	19,4	0,5	0,5	0,37
N delorazepam	2,3	-3,5	46,9	0,6	1,2	0,94
G etonogestrel/etinilestradiolo	2,3	-0,4	34,4	4,6	0,9	0,70
R bilastina	2,2	9,8	27,3	14,7	0,7	0,58
G levonorgestrel/etinilestradiolo	2,2	-5,7	25,4	0,4	0,6	0,54
N betaistina	2,1	0,4	38,4	3,2	1,0	0,85
A macrogol 3350/sodio cloruro/sodio bicarbonato/potassio cloruro	2,1	8,8	64,0	11,1	1,6	1,44
G desogestrel	2,0	2,6	18,5	5,7	0,5	0,44
D clortetraciclina	1,8	-3,7	7,5	-1,3	0,2	0,19
G drospirenone	1,7	38,9	24,7	40,3	0,6	0,69
S tobramicina	1,7	-12,9	28,8	-10,6	0,7	0,81
H levotiroxina	1,6	9,8	25,6	30,6	0,7	0,72
R budesonide	1,6	0,7	9,0	2,3	0,2	0,26
B mesoglicano	1,6	-0,4	34,9	3,9	0,9	1,02
Totale primi 30	125,3	-8,6	1.520,7	-0,1	38,7	0,56
Totale	190,5	-4,0	3.926,5	7,4	100,0	0,96

* calcolata sul totale della spesa

Farmaci di automedicazione

In Italia la spesa *pro capite* per i farmaci di automedicazione è stata nel 2025 pari a 60,52 euro e ha fatto registrare una crescita del 6,5%. Tale andamento è dovuto principalmente all'incremento del costo medio DDD (+5,1%), in quanto la variazione dei consumi è stata più contenuta (+1,5%; Tabella 2.4.6).

Le Regioni del Nord presentano la spesa *pro capite* più elevata (63,15 euro), mentre in quelle del Sud si osserva l'incremento più alto (+7,6%). Nelle Regioni del Nord si osservano anche i livelli di consumo più elevati (143,6 rispetto alla media nazionale di 139,7 DDD/1000 abitanti *die*), mentre non si osservano particolari differenze tra le aree geografiche in termini di costo medio DDD.

Tra le prime 20 categorie di farmaci a maggior spesa, i derivati dell'acido propionico, rappresentati principalmente da ibuprofene, naprossene e ketoprofene, si confermano la prima categoria a maggiore spesa (437,9 milioni di euro), in lieve crescita (+2,5%) rispetto all'anno precedente; questa categoria rappresenta anche la terza in termini di consumo con 7,5 DDD/1000 abitanti *die* (Tabella 2.4.7), in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (-1,3%). Seguono gli anti-infiammatori non steroidei per uso topico che, con una spesa di 258,4 milioni di euro, hanno registrato un incremento del 7,1%, conseguente ad una crescita dei consumi di simile entità (+6,3%). Gli anti-infiammatori non steroidei per uso topico, rappresentano inoltre la seconda categoria a maggior consumo con 13,4 DDD/1000 abitanti *die*, dopo i simpaticomimetici non associati caratterizzati da 15,8 DDD/1000 abitanti *die* (+1,9%) (Tabella 2.4.8). Tra le prime categorie a maggior spesa, quella dei mucolitici ha rappresentato la categoria con il maggior incremento della spesa (+24,3%), probabilmente ascrivibile ad un aumento del costo medio, considerando che i consumi hanno osservato una riduzione del 3,1%.

Anche nel 2025, l'ibuprofene è la molecola di automedicazione a maggior spesa con 273 milioni di euro (-0,5% rispetto al 2024), seguita dal diclofenac che ha una spesa pari a 210 milioni di euro (+8,7%), e dal paracetamolo, la cui spesa raggiunge i 138 milioni di euro (+3,1%) (Tabella 2.4.9). Sul versante dei consumi, si confermano alle prime tre posizioni, il diclofenac (11,2 DDD/1000 abitanti *die*), la nafazolina (10,5 DDD/1000 abitanti *die*), e l'associazione diosmina/esperidina (5,5 DDD/1000 abitanti *die*). Il diclofenac continua a registrare anche nel 2025 un incremento dei consumi (+6,7% nel 2025 rispetto al 2024 e +10,5% nel 2024 rispetto al 2023) (Tabella 2.4.10).

La spesa dei farmaci di automedicazione erogati dagli esercizi commerciali è stata nel 2025 pari a 383,8 milioni di euro, corrispondenti a 6,5 euro *pro capite*, in crescita rispetto al 2024 del 15,8% (Tabella 2.4.11). Si osserva un'ampia variabilità regionale, per cui le Regioni del Nord e del Sud presentano una spesa doppia rispetto alle Regioni del Centro. In confronto all'anno precedente, il Nord e il Sud registrano gli incrementi più alti, con variazioni doppie rispetto a quelle osservate nelle Regioni del Centro. I primi tre farmaci maggiormente erogati dagli esercizi commerciali in termini di spesa *pro capite* sono ibuprofene (0,5 euro), seguito dall'associazione diosmina/esperidina (0,4 euro) e dal diclofenac (0,3 euro) (Tabella 2.4.12). Per quanto riguarda i consumi, tra i principi attivi maggiormente erogati dagli esercizi commerciali, troviamo la nafazolina, come decongestionante nasale (1,5 DDD per 1000

abitanti *die*), l'associazione diosmina/esperidina e il diclofenac (1,1 DDD per 1000 abitanti *die* per entrambi).

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.6 Prescrizione farmaceutica territoriale 2025 per i farmaci di automedicazione e scostamento % della spesa lorda dalla media nazionale (Figura): confronto 2025-2024

Regione	Automedicazione					
	Spesa <i>pro capite</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Piemonte	56,82	4,3	132,2	-0,3	1,18	4,9
Valle d'Aosta	71,34	5,6	156,7	1,1	1,25	4,7
Lombardia	69,81	12,7	157,7	7,9	1,21	4,8
PA Bolzano	65,82	1,9	141,4	-3,0	1,27	5,3
PA Trento	63,49	1,2	137,7	-3,0	1,26	4,7
Veneto	60,87	4,4	136,9	-0,7	1,22	5,4
Friuli VG	54,34	7,8	123,0	3,6	1,21	4,3
Liguria	66,78	1,5	160,8	-3,4	1,14	5,3
Emilia R.	57,76	2,4	131,1	-4,1	1,21	7,1
Toscana	58,92	-1,1	137,0	-6,5	1,18	6,2
Umbria	55,56	4,7	124,8	-0,8	1,22	5,8
Marche	55,27	3,9	129,0	-1,4	1,17	5,7
Lazio	62,66	6,0	145,7	0,6	1,18	5,7
Abruzzo	53,42	4,4	120,9	-1,1	1,21	5,9
Molise	41,91	5,4	97,3	0,0	1,18	5,7
Campania	76,82	9,9	189,0	7,1	1,11	2,9
Puglia	49,26	6,1	111,0	0,0	1,22	6,4
Basilicata	45,83	8,0	102,2	2,0	1,23	6,1
Calabria	49,55	5,9	113,9	2,2	1,19	3,9
Sicilia	48,34	7,7	113,9	2,6	1,16	5,3
Sardegna	55,18	5,2	124,3	1,2	1,22	4,3
Italia	60,52	6,5	139,7	1,5	1,19	5,1
Nord	63,15	7,0	143,6	1,9	1,20	5,3
Centro	59,98	3,4	139,2	-2,1	1,18	5,9
Sud e Isole	57,08	7,6	134,4	3,4	1,16	4,4

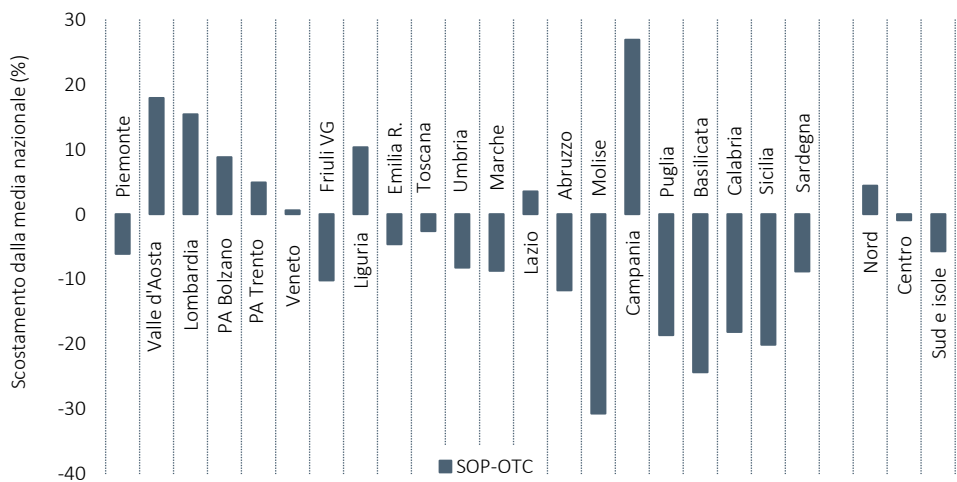


Tabella 2.4.7 Prime 20 categorie terapeutiche di automedicazione (SOP e OTC) a maggiore spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Categoria terapeutica	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24
M	Derivati dell'acido propionico	437,9	2,5	12,3	7,5	-1,3
M	Antinfiammatori non steroidei per uso topico	258,4	7,1	7,2	13,4	6,3
N	Anilidi	236,3	6,2	6,6	4,6	2,2
R	Mucolitici	180,5	24,3	5,1	6,2	-3,1
A	Microorganismi antidiarroici	180,2	9,8	5,1	2,2	4,8
A	Altre sostanze per il trattamento orale locale	163,2	0,0	4,6	5,9	-4,8
R	Simpaticomimetici, non associati	162,1	8,1	4,5	15,8	1,9
C	Bioflavonoidi	126,0	8,0	3,5	6,1	8,9
D	Derivati imidazolici e triazolici	89,0	0,3	2,5	3,4	-2,9
A	Clismi	74,6	0	2,1	1,7	-5,6
A	Antipropulsivi	73,8	6,8	2,1	0,6	0,0
R	Antisettici	66,2	-4,3	1,9	1,2	0,0
M	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	65,7	12,3	1,8	1,3	8,3
G	Derivati imidazolici	65,2	0,8	1,8	1,5	-6,3
N	Acido salicilico e derivati	61,4	-10,4	1,7	1,2	-7,7
R	Altri sedativi della tosse	60,0	-8,0	1,7	2,5	-7,4
A	Altri antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesof. (GORD)	52,9	5,0	1,5	0,6	-14,3
A	Lassativi di contatto	50,4	2,4	1,4	3,5	0,0
S	Simpaticomimetici impiegati come decongestionanti	45,6	2,2	1,3	7,5	-1,3
D	Altri dermatologici	42,6	5,4	1,2	1,8	12,5
Totale prime 20		2.492,1	5,0	69,9	88,6	1,1
Totale		3.567,1	6,4	100	139,7	1,5

* calcolata sul totale della spesa

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.8 Prime 20 categorie terapeutiche di automedicazione (SOP e OTC) a maggior consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Categoria terapeutica	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*
R	Simpaticomimetici, non associati	15,8	1,9	162,1	8,1	4,5
M	Antinfiammatori non steroidei per uso topico	13,4	6,3	258,4	7,1	7,2
M	Derivati dell'acido propionico	7,5	-1,3	437,9	2,5	12,3
S	Simpaticomimetici impiegati come decongestionanti	7,5	-1,3	45,6	2,2	1,3
R	Mucolitici	6,2	-3,1	180,5	24,3	5,1
C	Bioflavonoidi	6,1	8,9	126,0	8,0	3,5
A	Altre sostanze per il trattamento orale locale	5,9	-4,8	163,2	0,0	4,6
N	Anilidi	4,6	2,2	236,3	6,2	6,6
A	Altri farmaci per la costipazione	4,3	-2,3	32,1	1,6	0,9
A	Lassativi di contatto	3,5	0,0	50,4	2,4	1,4
D	Derivati imidazolici e triazolici	3,4	-2,9	89,0	0,3	2,5
A	Lassativi ad azione osmotica	2,7	-3,6	33,1	-1,2	0,9
R	Altri sedativi della tosse	2,5	-7,4	60,0	-8,0	1,7
A	Microorganismi antidiarroeici	2,2	4,8	180,2	9,8	5,1
C	Corticosteroidi	2,2	0,0	42,4	2,2	1,2
D	Altri antisettici e disinfettanti	2,1	10,5	19,5	8,3	0,5
D	Derivati ammoniacali quaternari	2,1	5,0	12,5	43,7	0,4
D	Derivati dello iodio	2,0	0,0	37,2	22,4	1,0
D	Sulfonamidi	1,8	-5,3	24,5	-0,4	0,7
D	Altri dermatologici	1,8	12,5	42,6	5,4	1,2
Totale prime 20		97,8	1,5	2.233,6	6,0	62,6
Totale		139,7	1,5	3.567,1	6,4	100

* calcolata sul totale della spesa

Tabella 2.4.9 Primi 30 principi attivi di automedicazione (SOP e OTC) a maggiore spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Principio attivo	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	% SOP	% OTC	Costo medio DDD
M	ibuprofene	272,6	-0,5	7,6	4,0	-4,8	10,1	89,9	3,2
M	diclofenac	209,7	8,7	5,9	11,2	6,7	5,6	94,4	0,9
N	paracetamolo	138,2	3,1	3,9	2,7	-3,6	93,3	6,7	2,3
A	flurbiprofene	130,2	3,6	3,6	4,5	-2,2	0,0	100	1,3
A	microorganismi antidiarroici - <i>Bacillus Clausii</i>	125,8	7,3	3,5	1,6	6,7	0,0	100	3,7
C	diosmina/esperidina	114,7	9,9	3,2	5,5	12,2	100	0,0	1,0
R	nafazolina	75,7	3,7	2,1	10,5	-0,9	0,0	100	0,3
A	loperamide	73,0	6,9	2,0	0,6	0,0	14,3	85,7	5,4
M	ketoprofene	72,1	1,3	2,0	1,6	0,0	0,0	100	2,1
M	diclofenac	65,7	12,3	1,8	1,3	8,3	0,0	100	2,4
R	ossimetazolina	53,3	6,4	1,5	3,6	2,9	0,0	100	0,7
R	acetilcisteina	52,2	16,0	1,5	2,0	5,3	11,1	88,9	1,2
N	acido acetilsalicilico/acido ascorbico	51,7	-11,0	1,5	1,0	-16,7	0,0	100	2,3
M	ibuprofene/pseudoefedrina	51,0	19,4	1,4	0,3	0,0	0,0	100	7,3
R	carbocisteina	49,9	-12,8	1,4	2,6	-13,3	14,0	86,0	0,9
R	ambroxolo	48,9	>100	1,4	0,6	0,0	78,3	21,7	4,0
A	<i>Saccharomyces Boulardii</i>	42,7	22,3	1,2	0,5	25,0	31,8	68,2	4,0
N	paracetamolo/acido ascorbico/fenilefrina	42,1	5,3	1,2	0,7	0,0	0,0	100	2,9
A	glicerolo	40,8	-5,6	1,1	1,2	-7,7	0,2	99,8	1,6
R	destrometorfano/guaiafenesina	36,1	5,2	1,0	0,6	20,0	100	0,0	3,0
D	iodopovidone	35,9	20,5	1,0	2,0	5,3	0,0	100	0,9
R	diclorofenilcarbinolo/amilmetacresolo	32,8	35,5	0,9	0,5	25,0	0,0	100	3,3
A	butilscolamina	32,6	10,1	0,9	0,6	20,0	0,0	100	2,6
G	clotrimazolo/metronidazolo	32,3	0,6	0,9	1,0	0,0	100	0,0	1,5
A	glicerolo	32,1	1,6	0,9	4,3	-2,3	1,8	98,2	0,3

segue

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.9 - *continua*

ATC I	Principio attivo	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	% SOP	% OTC	Costo medio DDD
A	magnesio idrossido/algeldrato/dimeticone	30,7	7,7	0,9	0,3	0,0	0,0	100	4,8
A	sodio alginato/sodio bicarbonato/calcio carbonato	30,1	13,6	0,8	0,3	0,0	0,0	100	4,4
R	xilometazolina	28,8	25,2	0,8	1,4	16,7	0,0	100	0,9
R	cloperastina	28,5	1,1	0,8	1,3	-7,1	8,3	91,7	1,0
C	fluocinolone/ketocaina	28,3	7,2	0,8	1,4	0,0	0,0	100	0,9
Totale primi 30		2.058,4	7,3	57,7	69,9	1,9	20,9	79,1	1,4
Totale		3.567,1	6,4	100	139,7	1,5	23,7	76,3	1,2

* calcolata sul totale della spesa

Tabella 2.4.10 Primi 30 principi attivi di automedicazione (SOP e OTC) a maggior consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Principio attivo	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	% SOP	% OTC	Costo medio DDD
M	diclofenac (M02AA15)	11,2	6,7	209,7	8,7	5,9	5,6	94,4	0,9
R	nafazolina	10,5	-0,9	75,7	3,7	2,1	0,0	100	0,3
C	diosmina/esperidina	5,5	12,2	114,7	9,9	3,2	100	0,0	1,0
S	nafazolina	5,4	0,0	26,3	1,5	0,7	0,0	100	0,2
A	flurbiprofene	4,5	-2,2	130,2	3,6	3,6	0,0	100	1,3
A	glicerolo	4,3	-2,3	32,1	1,6	0,9	1,8	98,2	0,3
M	ibuprofene	4,0	-4,8	272,6	-0,5	7,6	10,1	89,9	3,2
R	ossimetazolina	3,6	2,9	53,3	6,4	1,5	0,0	100	0,7
N	paracetamolo	2,7	-3,6	138,2	3,1	3,9	93,3	6,7	2,3
R	carbocisteina	2,6	-13,3	49,9	-12,8	1,4	14,0	86,0	0,9

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 2.4.10 - *continua*

ATC I	Principio attivo	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	%*	% SOP	% OTC	Costo medio DDD
R	acetilcisteina	2,0	5,3	52,2	16,0	1,5	11,1	88,9	1,2
A	lattulosio	2,0	-4,8	20,4	-1,9	0,6	60,7	39,3	0,5
D	iodopovidone	2,0	5,3	35,9	20,5	1,0	0,0	100	0,9
A	bisacodile	1,6	6,7	25,9	7,0	0,7	0,0	100	0,7
M	ketoprofene	1,6	0,0	72,1	1,3	2,0	0,0	100	2,1
A	microorganismi antidiarroici - <i>Bacillus Clausii</i>	1,6	6,7	125,8	7,3	3,5	0,0	100	3,7
M	ibuprofene	1,6	14,3	20,0	7,5	0,6	6,1	93,9	0,6
A	sodio bicarbonato	1,5	15,4	2,9	16,0	0,1	100	0,0	0,1
R	xilometazolina	1,4	16,7	28,8	25,2	0,8	0,0	100	0,9
D	minoxidil	1,4	27,3	26,0	22,6	0,7	100	0,0	0,9
C	fluocinolone/ketocaina	1,4	0,0	28,3	7,2	0,8	0,0	100	0,9
R	cloperastina	1,3	-7,1	28,5	1,1	0,8	8,3	91,7	1,0
D	sulfadiazina argentica	1,3	0,0	12,7	-0,8	0,4	100	0,0	0,5
D	sodio ipoclorito	1,3	18,2	10,0	23,5	0,3	0,0	100	0,4
M	diclofenac (M01AB05)	1,3	8,3	65,7	12,3	1,8	0,0	100	2,4
A	tiamina	1,3	8,3	2,5	0,0	0,1	100	0,0	0,1
A	senna	1,3	0,0	15,0	-2,0	0,4	0,0	100	0,6
A	glicerolo	1,2	-7,7	40,8	-5,6	1,1	0,2	99,8	1,6
D	benzalconio	1,2	9,1	8,0	-5,9	0,2	0,0	100	0,3
C	eparinoidi	1,1	-8,3	17,1	-2,3	0,5	97,8	2,2	0,7
Totale primi 30		83,9	2,2	1.741,5	4,7	48,8	21,4	78,6	1,0
Totale		139,7	1,5	3.567,1	6,4	100	23,7	76,3	1,2

* calcolata sul totale della spesa

Tabella 2.4.11 Spesa e consumo dei farmaci di automedicazione erogati dagli esercizi commerciali per regione nell'anno 2025 e scostamento % dalla media nazionale (Tabella e Figura)

Regione	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die
Piemonte	16,1	-31,1	3,65	8,5
Valle d'Aosta	0,6	8,9	4,73	10,2
Lombardia	126,6	40,6	12,81	30,4
PA Bolzano	0,5	10,1	1,10	2,5
PA Trento	1,2	-23,0	2,29	4,9
Veneto	18,5	-4,8	3,78	8,7
Friuli VG	3,6	-14,5	2,88	6,6
Liguria	5,6	-30,4	3,43	9,1
Emilia R.	23,3	-25,4	5,21	12,3
Toscana	13,3	-34,3	3,51	8,4
Umbria	4,1	-16,9	4,59	11,0
Marche	6,3	-19,9	4,14	10,2
Lazio	19,1	0,6	3,37	8,1
Abruzzo	7,0	-8,1	5,37	12,6
Molise	1,8	8,5	5,94	13,1
Campania	72,8	26,2	13,94	36,0
Puglia	18,5	-4,6	4,78	11,5
Basilicata	3,4	-7,1	6,33	15,2
Calabria	9,0	-8,0	4,95	12,4
Sicilia	16,2	-5,3	3,46	9,3
Sardegna	16,4	2,8	9,89	22,4
Italia	383,8	5,5	6,51	15,8
Nord	196,1	9,6	7,07	16,7
Centro	42,8	-17,8	3,61	8,7
Sud e Isole	145,0	9,2	7,49	18,8

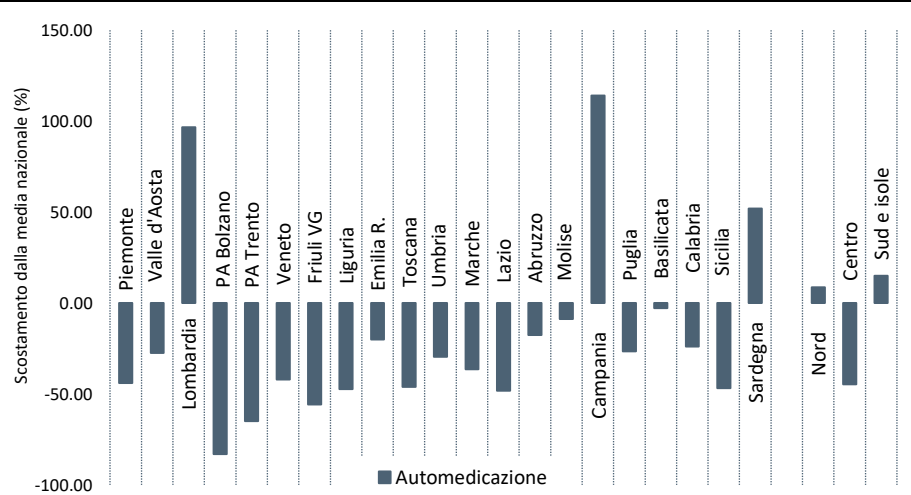


Tabella 2.4.12 Primi 30 principi attivi di automedicazione erogati dagli esercizi commerciali in ordine decrescente di spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC	Principi attivi	Spesa pro capite	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Inc. % cum	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	Costo medio DDD
M	ibuprofene	0,51	30,2	4,1	7,9	7,9	0,5	2,89
C	diosmina/esperidina	0,35	20,7	24,0	5,4	13,3	1,1	0,90
M	diclofenac	0,33	19,5	0,5	5,1	18,4	1,1	0,85
N	paracetamolo	0,25	14,8	2,8	3,9	22,3	0,4	1,82
A	flurbiprofene	0,25	14,5	7,4	3,8	26,1	0,5	1,36
R	nafazolina	0,18	10,5	-4,5	2,7	28,8	1,5	0,33
A	microorganismi antidiarroici - <i>Bacillus Clausii</i>	0,17	10,0	-11,5	2,6	31,4	0,1	3,44
M	ketoprofene	0,17	9,9	-4,8	2,6	34,0	0,2	2,03
D	minoxidil	0,14	8,1	55,8	2,1	36,1	0,5	0,80
R	ossimetazolina	0,13	7,8	-1,3	2,0	38,1	0,5	0,68
A	glicerolo	0,12	7,2	-6,5	1,9	40,0	0,2	1,57
A	loperamide	0,12	7,1	12,7	1,8	41,8	0,1	5,37
R	xilometazolina	0,11	6,6	46,7	1,7	43,5	0,3	0,92
M	diclofenac	0,10	6,1	1,7	1,6	45,1	0,1	2,41
M	ibuprofene/pseudoefedrina	0,10	5,8	23,4	1,5	46,6	0,0	7,17
A	glicerolo	0,09	5,5	1,9	1,4	48,0	0,8	0,33
N	acido acetilsalicilico/ acido ascorbico	0,08	5,0	-12,3	1,3	49,3	0,1	2,14
A	sodio alginato/sodio bicarbonato/ calcio carbonato	0,08	4,8	26,3	1,2	50,5	0,1	4,35
D	escina/l-tiroxina	0,08	4,5	4,7	1,2	51,7	0,1	2,20
N	paracetamolo/acido ascorbico/fenilefrina	0,07	4,3	19,4	1,1	52,8	0,1	2,87
R	destrometorfano/ guaiafenesina	0,07	4,2	16,7	1,1	53,9	0,1	2,94
R	acetilcisteina	0,07	4,2	5,0	1,1	55,0	0,2	1,02
A	bisacodile	0,07	4,1	0,0	1,1	56,1	0,3	0,73
A	sodio alginato/sodio bicarbonato	0,06	3,7	8,8	1,0	57,1	0,0	3,46
R	diclorofenilcarbinolo/ amilmetacresolo	0,06	3,6	50,0	0,9	58,0	0,1	3,21
N	nicotina	0,06	3,3	-10,8	0,9	58,9	0,0	6,29
A	<i>Saccharomyces Boulardii</i>	0,06	3,3	22,2	0,9	59,8	0,0	3,80
A	magnesio idrossido/algeldrato/ dimeticone	0,06	3,3	0,0	0,9	60,7	0,0	4,69
S	nafazolina	0,05	3,2	-3,0	0,8	61,5	0,7	0,23
R	carbocisteina	0,05	3,0	-21,1	0,8	62,3	0,2	0,89
Totale primi 30		4,05	239,0	7,9	-	62,3	9,7	1,14
Totale		6,51	383,8	5,5	100	100	15,8	1,13

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.13 Primi 30 principi attivi di automedicazione erogati dagli esercizi commerciali in ordine decrescente di consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC	Principi attivi	DDD/1000 abitanti die	Δ % 25-24	Spesa pro capite	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Inc. %	% cum	Costo medio DDD
R	nafazolina	1,5	-8,3	0,18	10,5	-4,5	2,7	2,7	0,33
C	diosmina/esperidina	1,1	27,6	0,35	20,7	24,0	5,4	8,1	0,90
M	diclofenac	1,1	0,4	0,33	19,5	0,5	5,1	13,2	0,85
A	glicerolo	0,8	-4,2	0,09	5,5	1,9	1,4	14,6	0,33
S	nafazolina	0,7	-5,1	0,05	3,2	-3,0	0,8	15,4	0,23
R	ossimetazolina	0,5	-3,4	0,13	7,8	-1,3	2,0	17,4	0,68
A	flurbiprofene	0,5	2,1	0,25	14,5	7,4	3,8	21,2	1,36
M	ibuprofene	0,5	2,1	0,51	30,2	4,1	7,9	29,1	2,89
D	minoxidil	0,5	57,7	0,14	8,1	55,8	2,1	31,2	0,80
N	paracetamolo	0,4	-2,1	0,25	14,8	2,8	3,9	35,1	1,82
R	xilometazolina	0,3	41,4	0,11	6,6	46,7	1,7	36,8	0,92
A	bisacodile	0,3	-0,4	0,07	4,1	0,0	1,1	37,9	0,73
M	ketoprofene	0,2	-3,4	0,17	9,9	-4,8	2,6	40,5	2,03
A	glicerolo	0,2	-9,4	0,12	7,2	-6,5	1,9	42,4	1,57
D	benzalconio	0,2	-2,9	0,02	1,4	-17,6	0,4	42,8	0,33
R	acetilcisteina	0,2	1,1	0,07	4,2	5,0	1,1	43,9	1,02
A	lattulosio	0,2	-8,5	0,03	1,8	-5,3	0,5	44,4	0,45
D	sulfadiazina argentica	0,2	-21,4	0,02	1,3	-23,5	0,4	44,8	0,36
R	carbocisteina	0,2	-17,7	0,05	3,0	-21,1	0,8	45,6	0,89
A	sodio bicarbonato	0,2	30,3	0,01	0,1	0,0	0,0	45,6	0,04
M	ibuprofene	0,1	2,9	0,03	1,8	0,0	0,5	46,1	0,57
C	fluocinolone/ ketocaina	0,1	3,7	0,05	2,8	7,7	0,7	46,8	0,94
D	iodopovidone	0,1	-3,5	0,04	2,4	14,3	0,6	47,4	0,82
A	microorganismi antidiarroici - <i>Bacillus Clausii</i>	0,1	-11,7	0,17	10,0	-11,5	2,6	50,0	3,44
A	senna	0,1	-20,6	0,03	1,5	-16,7	0,4	50,4	0,53
A	acido ascorbico	0,1	-4,6	0,01	0,5	25,0	0,1	50,5	0,17
M	diclofenac	0,1	0,9	0,1	6,1	1,7	1,6	52,1	2,41
N	acido acetilsalicilico/ acido ascorbico	0,1	-13,6	0,08	5,0	-12,3	1,3	53,4	2,14
D	benzoilperossido	0,1	22,7	0,02	1,3	18,2	0,3	53,7	0,55
D	escina/L-tiroxina	0,1	4,4	0,08	4,5	4,7	1,2	54,9	2,20
Totale primi 30		10,7	1,4	3,57	210,4	3,8	-	54,9	0,91
Totale		15,8	0,5	6,51	383,8	5,5	100	100	1,13

Acquisto privato di farmaci di classe A

Questa edizione del Rapporto OsMed utilizza, per la prima volta nell'analisi dell'acquisto privato dei farmaci di classe A, i dati di *sell-out* (art. 34 del D.L. 73/2021) provenienti dal dataset Federfarma, Assofarm, Farmacie Unite e Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory e successivamente analizzati e integrati da AIFA con le necessarie fonti informative. La banca dati, con una copertura dichiarata di circa il 95% delle farmacie italiane, basandosi sui flussi di *sell-out*, consente di misurare le effettive dispensazioni ai cittadini e di superare le criticità dei dati di *sell-in*, legate ai fenomeni di accumulo e smaltimento delle scorte presso le farmacie.

Nel 2025 la spesa *pro capite* per i farmaci di fascia A acquistati privatamente dal cittadino è stata pari a 29,3 euro, con un incremento del 16,2% rispetto al 2024. Tale aumento è riconducibile sia alla crescita dei consumi, pari al 4,5% (246,5 DDD/1000 abitanti *die*), sia all'incremento del costo medio per DDD (+11,5%). Permane un'elevata variabilità territoriale della spesa, che varia dai 40,5 euro *pro capite* della Liguria ai 15,5 euro della Provincia Autonoma di Trento, corrispondente a una differenza superiore al 100% (Tabella 2.4.14).

Nel 2025, la categoria terapeutica a maggiore spesa è rappresentata dagli altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline (A10BX), costituita prevalentemente dalla tirzepatide, con una spesa pari a 225,5 milioni di euro, in forte aumento rispetto al 2024 (>100%) (Tabella 2.4.15). Tale andamento è riconducibile al crescente ricorso a questo principio attivo per la gestione del peso corporeo. Seguono gli inibitori della pompa protonica, con 183,1 milioni di euro, e la vitamina D e analoghi, con 103,7 milioni di euro; entrambe le categorie hanno registrato un incremento sia della spesa sia dei consumi rispetto all'anno precedente e rappresentano inoltre le prime due categorie per livello di consumo. In particolare, la vitamina D e analoghi raggiungono 80,5 DDD/1000 abitanti *die* (+9,7%), mentre gli inibitori della pompa protonica si attestano a 21,5 DDD/1000 abitanti *die* (+9,3%) (Tabella 2.4.16). Le associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi, con 74,0 milioni di euro, rappresentano la quinta categoria per spesa e mostrano una riduzione sia della spesa (-2,8%) sia dei consumi (-2,1%). Per questa categoria, oltre un quarto della spesa complessiva è sostenuto direttamente dai cittadini attraverso l'acquisto privato.

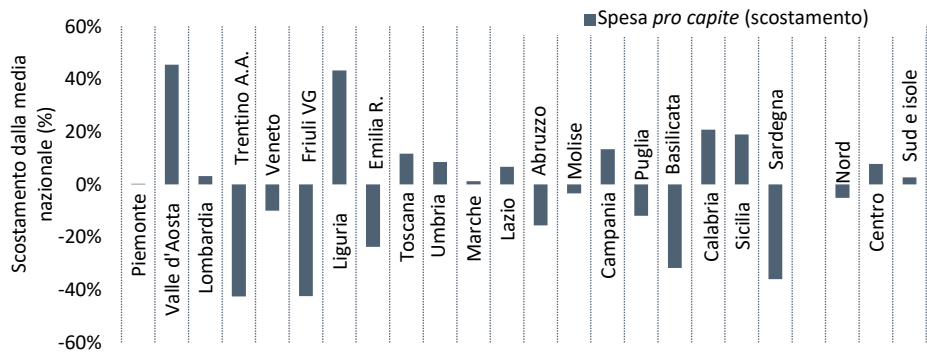
Tra i principi attivi di classe A acquistati privatamente dai cittadini, come già evidenziato, la tirzepatide si colloca al primo posto con 225,5 milioni di euro, rappresentando il 13% della spesa privata complessiva dei farmaci di classe A (Tabella 2.4.17). Seguono, a notevole distanza, il colecalciferolo, il pantoprazolo, l'ibuprofene e l'associazione amoxicillina/acido clavulanico, rispettivamente con 95,5, 78,7, 75,1 e 73,0 milioni di euro. La tirzepatide (63,6%) e l'ibuprofene (75,7%) sono i principi attivi con la più elevata quota di acquisto privato sul totale della relativa spesa. Tra gli inibitori della pompa protonica figurano, inoltre, nei primi venti principi attivi per spesa, anche esomeprazolo, omeprazolo e lansoprazolo; per tutti, ad eccezione del lansoprazolo, si osserva un incremento della spesa rispetto al 2024. L'amoxicillina/acido clavulanico continua, invece, a mostrare una riduzione della

spesa privata (-3,0%), associata a un corrispondente calo dei consumi (-2,1%), dato che potrebbe rappresentare un primo segnale di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Rimane tuttavia elevata la quota di acquisto privato di questo principio attivo, che rappresenta ancora il 30,1% della spesa complessiva a esso riferita. Tra i primi 30 principi attivi di classe A acquistati privatamente dal cittadino, quelli a maggior consumo sono rappresentati da colecalciferolo con 80,3 DDD (+9,8% rispetto al 2024), acido acetilsalicilico con 16,1 DDD (+3,5%) e levotiroxina con 9,0 DDD per 1000 abitanti *die* (+4,3%) (Tabella 2.4.18). Dall'analisi della distribuzione per fascia di prezzo dei consumi dei farmaci di classe A acquistati privatamente emerge che circa il 60% dei consumi riguarda medicinali con un prezzo inferiore a 6 euro, mentre solo il 16,6% si riferisce a farmaci con prezzo pari o superiore a 10 euro. Si osserva tuttavia una marcata variabilità territoriale (Tabella 2.4.19). In particolare, per i farmaci con prezzo inferiore a 6 euro, le Regioni del Sud presentano quote di consumo superiori alla media nazionale e a quelle del Centro e del Nord. Nella fascia di prezzo compresa tra 10 e 30 euro, invece, i consumi risultano più elevati nelle Regioni del Centro (16,4%), rispetto al Nord (14,5%) e al Sud (13,1%). Per i farmaci con prezzo superiore a 30 euro, infine, le quote di consumo più elevate si registrano nelle Regioni del Nord (2,9%). Tali differenze territoriali trovano conferma anche nell'analisi dei dati a livello di singola regione.

Tabella 2.4.14 Spesa e consumo 2025 per i farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino (Tabella) e scostamento % della spesa lorda dalla media nazionale (Figura)

Regioni	Spesa <i>pro capite</i>	Δ % 25-24	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Piemonte	27,17	7,5	235,4	3,5	0,32	4,2
Valle d'Aosta	38,76	5,8	239,2	7,0	0,44	-0,9
Lombardia	30,01	15,4	266,2	2,4	0,31	13,0
Trentino A.A.	15,53	7,3	185,2	2,3	0,23	5,2
Veneto	24,71	8,8	297,9	-0,9	0,23	10,1
Friuli VG	16,99	17,1	158,8	6,6	0,29	10,1
Liguria	40,49	12,2	336,1	3,4	0,33	8,7
Emilia R.	23,66	23,0	203,2	12,9	0,32	9,2
Toscana	32,28	14,7	306,5	1,2	0,29	13,6
Umbria	30,70	12,2	238,3	4,8	0,35	7,4
Marche	27,32	7,1	219,7	3,9	0,34	3,3
Lazio	33,59	24,9	235,5	7,8	0,39	16,2
Abruzzo	26,46	24,3	217,9	16,4	0,33	7,1
Molise	25,45	4,5	203,0	2,1	0,34	2,6
Campania	33,81	18,3	251,6	7,4	0,37	10,5
Puglia	26,38	18,9	198,0	5,3	0,37	13,2
Basilicata	19,61	13,9	176,3	12,9	0,30	1,2
Calabria	34,71	14,0	260,9	5,9	0,36	8,0
Sicilia	35,84	19,5	266,2	4,5	0,37	14,7
Sardegna	19,78	22,5	148,7	4,0	0,36	18,1
Italia	29,30	16,2	246,5	4,5	0,33	11,5
Nord	27,12	13,5	252,8	3,3	0,29	10,1
Centro	32,15	18,4	256,4	4,5	0,34	13,6
Sud ed Isole	30,68	18,6	231,4	6,4	0,36	11,7

* sono inclusi i farmaci classificati in C-Non Negoziata;



Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Nota: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Tabella 2.4.15 Primi 20 categorie terapeutiche di classe A acquistate privatamente dal cittadino in ordine decrescente di spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Categoria terapeutica	Spesa (milioni)	Δ% 25-24	%* 25-24	DDD/1000 abitanti die	Δ% 25-24	% acquisto privato**
A	Altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline	225,5	>100	13,1	0,5	>100	62,7
A	Inibitori della pompa protonica	183,1	8,0	10,6	21,5	9,3	23,9
A	Vitamina D ed analoghi	103,7	8,6	6,0	80,5	9,7	31,2
M	Derivati dell'acido propionico	87,0	6,0	5,0	10,1	6,4	68,2
J	Associazione di penicilline, inclusi inibitori delle beta-lattamasi	74,0	-2,8	4,3	2,4	-2,1	26,3
H	Glicocorticoidi	46,8	1,0	2,7	6,8	1,4	27,8
C	Inibitori della HMG CoA reduttasi	41,8	-4,9	2,4	1,7	-4,3	28,4
M	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	38,9	5,4	2,3	4,4	6,4	45,5
B	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	35,5	3,3	2,1	18,1	3,1	10,8
C	Inibitori della HMG CoA reduttasi	32,4	-2,7	1,9	5,1	-2,5	6,7
R	Derivati piperazinici	27,5	-2,6	1,6	4,5	0,1	53,0
C	Altre sostanze modificatrici dei lipidi	25,8	9,3	1,5	0,8	14,6	3,7
J	Macrolidi	24,5	-7,1	1,4	0,9	-5,9	24,3
N	Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	23,1	2,4	1,3	3,7	3,4	10,2
C	Betabloccanti, selettivi	22,6	1,4	1,3	2,8	1,6	6,6
J	Cefalosporine di terza generazione	22,4	-5,2	1,3	0,3	-4,8	11,4
H	Ormoni tiroidei	22,2	4,3	1,3	9,0	4,2	19,0
R	Altri antistaminici per uso sistemico	19,9	0,4	1,2	3,0	0,7	34,6
C	ACE inibitori non associati	19,8	-3,2	1,1	7,7	-2,2	9,6
M	Coxib	19,0	11,2	1,1	2,0	12,6	31,7
Totale prime 20		1.095,4	28,5	63,4	185,8	6,5	21,3
Totale		1.727,1	16,2	100	246,5	4,5	5,5

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino

** calcolata sul totale della spesa (convenzionata, acquisto privato e acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) del principio attivo

Nota: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Tabella 2.4.16 Primi 20 categorie terapeutiche di classe A acquistate privatamente dal cittadino in ordine decrescente di consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Categoria terapeutica	DDD/1000 abitanti die	Δ% 25-24	Spesa (milioni)	Δ% 25-24	%* %	% acquisto privato**
A	Vitamina D ed analoghi	80,5	9,7	103,7	8,6	32,7	31,2
A	Inibitori della pompa protonica	21,5	9,3	183,1	8,0	8,7	23,9
B	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	18,1	3,1	35,5	3,3	7,3	10,8
M	Derivati dell'acido propionico	10,1	6,4	87,0	6,0	4,1	68,2
H	Ormoni tiroidei	9,0	4,2	22,2	4,3	3,7	19,0
C	ACE inibitori non associati	7,7	-2,2	19,8	-3,2	3,1	9,6
H	Glicocorticoidi	6,8	1,4	46,8	1,0	2,7	27,8
C	Inibitori della HMG CoA reduttasi	5,1	-2,5	32,4	-2,7	2,1	6,7
R	Derivati piperazinici	4,5	0,1	27,5	-2,6	1,8	53,0
M	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	4,4	6,4	38,9	5,4	1,8	45,5
C	Sulfonamidi, non-associate	3,9	0,0	8,3	-0,6	1,6	15,1
N	Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	3,7	3,4	23,1	2,4	1,5	10,2
C	Bloccanti dei recettori angiotensina II (ARBs), non associati	3,1	2,7	17,0	3,9	1,3	5,3
R	Altri anti-istaminici per uso sistemico	3,0	0,7	19,9	0,4	1,2	34,6
C	Derivati diidropiridinici	3,0	1,4	11,9	-1,6	1,2	5,1
B	acido folico e derivati	2,9	3,7	11,8	4,0	1,2	25,1
C	Betabloccanti, selettivi	2,8	1,6	22,6	1,4	1,1	6,6
A	Biguanidi	2,8	2,1	12,0	3,9	1,1	10,5
J	Associazione di penicilline, incl. inibitori delle beta- lattamasi	2,4	-2,1	74,0	-2,8	1,0	26,3
D	Corticosteroidi, molto attivi (gruppo IV)	2,4	3,6	8,6	3,0	1,0	63,3
Totale prime 20		197,8	5,9	806,2	3,8	80,2	18,5
Totale		246,5	4,5	1.727,1	16,2	100	5,5

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino

** calcolata sul totale del consumo (convenzionata, acquisto privato e acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) del principio attivo

Nota: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.17 Primi 30 principi attivi di classe A acquistati privatamente dal cittadino in ordine decrescente di spesa nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Principio attivo	Spesa (milioni)	Δ% 25-24	%* 25-24	% acquisto privato**	DDD/1000 abitanti die	Δ% 25-24	Costo medio DDD
A	tirzepatide	225,2	>100	13,0	63,6	0,5	>100	21,91
A	colecalfiferolo	95,5	8,7	5,5	33,4	80,3	9,8	0,06
A	pantoprazolo	78,7	11,3	4,6	23,9	8,7	12,5	0,42
M	ibuprofene	75,1	7,3	4,3	75,7	8,1	8,0	0,43
J	amoxicillina/acido clavulanico	73,0	-3,0	4,2	30,1	2,4	-2,1	1,40
A	esomeprazolo	39,9	11,0	2,3	25,1	4,9	12,3	0,38
M	diclofenac	34,5	6,7	2,0	48,0	4,1	7,2	0,39
A	omeprazolo	32,0	4,6	1,9	23,1	4,6	6,1	0,33
A	lansoprazolo	27,0	0,3	1,6	22,1	2,8	1,4	0,45
B	acido acetilsalicilico	26,6	5,1	1,5	26,7	16,1	3,5	0,08
R	beclometasone	26,1	-4,5	1,5	40,7	1,1	-4,3	1,07
H	betametazone	23,5	-0,8	1,4	54,1	2,6	-0,5	0,41
R	cetirizina	23,3	-2,4	1,4	56,0	3,9	0,3	0,28
H	levotiroxina	21,8	4,5	1,3	19,0	9,0	4,3	0,11
C	omega 3	19,1	5,0	1,1	13,2	0,4	10,8	2,03
M	etoricoxib	17,1	11,7	1,0	32,7	1,8	13,2	0,44
J	fosfomicina	16,7	-3,9	1,0	24,9	0,2	-3,2	5,01
J	azitromicina	15,7	-6,8	0,9	27,6	0,5	-6,2	1,49
C	bisoprololo	14,8	1,6	0,9	7,6	1,0	2,1	0,66
C	atorvastatina	14,4	-3,0	0,8	5,3	2,4	-3,2	0,28
A	rifaximina	14,0	8,7	0,8	15,3	0,3	10,8	2,04
A	semaglutide	13,9	-19,8	0,8	3,0	0,1	-19,6	6,89
B	enoxaparina	13,8	4,0	0,8	7,3	0,3	5,1	2,14
N	pregabalin	13,1	9,7	0,8	11,4	0,3	10,4	1,84
H	prednisone	13,1	1,7	0,8	23,9	2,5	2,4	0,25
C	ramipril	12,1	-3,1	0,7	10,3	6,0	-1,8	0,09
A	acido ursodesossicolico	12,1	-2,3	0,7	16,0	0,6	-3,5	0,96
A	metformina	12,0	3,9	0,7	10,5	2,8	2,1	0,20
B	acido folico	11,8	4,0	0,7	25,1	2,9	3,7	0,19
J	cefixima	11,8	-5,1	0,7	16,9	0,2	-4,4	2,38
Totale primi 30		1027,7	30,9	59,5	24,0	171,4	7,1	0,28
Totale		1727,1	16,2	100,0	5,5	246,5	4,5	0,33

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino

** calcolata sul totale della spesa (convenzionata, acquisto privato e acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) del principio attivo

Nota: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Tabella 2.4.18 Primi 30 principi attivi di classe A acquistati privatamente dal cittadino in ordine decrescente di consumo nel 2025: confronto 2025-2024

ATC I	Principio attivo	DDD/1000 abitanti die	Δ% 25-24	Spesa (milioni)	Δ% 25-24	%* %	% acquisto privato**	Costo medio DDD
A	colecalfiferolo	80,3	9,8	95,5	8,7	5,5	3,36	0,06
B	acido acetilsalicilico	16,1	3,5	26,6	5,1	1,5	2,43	0,08
H	levotiroxina	9,0	4,3	21,8	4,5	1,3	3,40	0,11
A	pantoprazolo	8,7	12,5	78,7	11,3	4,6	8,73	0,42
M	ibuprofene	8,1	8,0	75,1	7,3	4,3	51,40	0,43
C	ramipril	6,0	-1,8	12,1	-3,1	0,7	0,88	0,09
A	esomeprazolo	4,9	12,3	39,9	11,0	2,3	8,49	0,38
A	omeprazolo	4,6	6,1	32,0	4,6	1,9	7,01	0,33
M	diclofenac	4,1	7,2	34,5	6,7	2,0	21,41	0,39
R	cetirizina	3,9	0,3	23,3	-2,4	1,4	20,86	0,28
C	furosemide	3,8	0,2	7,4	0,1	0,4	1,47	0,09
B	acido folico	2,9	3,7	11,8	4,0	0,7	5,49	0,19
A	lansoprazolo	2,8	1,4	27,0	0,3	1,6	8,02	0,45
A	metformina	2,8	2,1	12,0	3,9	0,7	1,99	0,20
H	betametasona	2,6	-0,5	23,5	-0,8	1,4	26,78	0,41
H	prednisone	2,5	2,4	13,1	1,7	0,8	6,24	0,25
J	amoxicillina/acido clavulanico	2,4	-2,1	73,0	-3,0	4,2	20,68	1,40
D	clobetasolo	2,4	3,6	8,6	3,0	0,5	23,26	0,17
C	atorvastatina	2,4	-3,2	14,4	-3,0	0,8	1,14	0,28
C	amlodipina	2,2	3,3	7,4	2,2	0,4	1,02	0,15
R	salbutamolo	1,9	-6,4	8,1	-6,6	0,5	12,75	0,20
M	allopurinolo	1,9	0,5	5,0	1,4	0,3	2,23	0,12
M	etoricoxib	1,8	13,2	17,1	11,7	1,0	13,09	0,44
M	nimesulide	1,7	-6,9	9,1	-7,0	0,5	21,77	0,24
C	rosuvastatina	1,6	7,1	10,0	8,4	0,6	1,97	0,29
B	lisina acetilsalicilato	1,4	1,9	2,4	1,7	0,1	1,80	0,08
R	ebastina	1,3	3,8	8,8	3,2	0,5	10,89	0,32
C	ezetimibe/ rosuvastatina	1,3	29,4	10,1	27,6	0,6	1,20	0,37
N	sertralina	1,2	9,8	6,5	9,7	0,4	2,14	0,26
R	beclometasone	1,1	-4,3	26,1	-4,5	1,5	26,70	1,07
Totale primi 30		187,7	6,4	740,8	4,4	42,9	4,95	0,18
Totale		246,5	4,5	1.727,1	16,2	100,0	4,67	0,33

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino

** calcolata sul totale della spesa (convenzionata, acquisto privato e acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) del principio attivo

Nota: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Analisi di dettaglio della spesa e del consumo dei farmaci

Tabella 2.4.19 Ripartizione dei consumi dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino per fascia di prezzo nel 2025

Regioni	<2 € %	≥2 <3 € %	≥3 <6 € %	≥6 <10 € %	≥10 <30 € %	≥30 € %
Piemonte	4,6	14,8	32,0	28,1	16,2	4,4
Valle d'Aosta	7,2	19,5	29,2	26,8	15,4	1,9
Lombardia	7,2	24,1	28,7	24,0	13,9	2,1
PA Bolzano	5,6	17,3	32,9	25,9	15,9	2,5
PA Trento	4,7	21,3	29,3	26,5	15,8	2,4
Veneto	8,5	22,4	30,5	23,1	13,7	1,8
Friuli VG	3,4	10,8	26,3	25,3	15,7	18,5
Liguria	8,6	20,5	29,5	25,1	14,8	1,5
Emilia R.	7,1	18,9	31,8	25,7	14,7	1,7
Toscana	5,9	14,9	35,1	26,8	15,7	1,5
Umbria	6,2	13,0	33,7	29,0	16,7	1,4
Marche	6,1	14,5	29,0	29,1	18,5	2,8
Lazio	5,6	18,9	31,2	26,2	16,2	1,9
Abruzzo	5,9	16,3	31,9	28,9	15,3	1,7
Molise	6,0	17,8	32,3	28,7	13,7	1,5
Campania	7,9	23,1	30,8	23,4	12,8	2,0
Puglia	6,1	20,3	33,2	24,7	14,0	1,7
Basilicata	5,0	16,4	32,0	28,1	16,1	2,4
Calabria	6,0	23,2	31,5	24,4	13,3	1,6
Sicilia	8,1	26,2	30,8	22,0	11,7	1,3
Sardegna	6,4	20,9	28,5	26,8	15,4	2,0
Italia	6,8	20,8	30,8	24,9	14,3	2,3
Nord	7,0	20,8	29,9	24,9	14,5	2,9
Centro	5,8	16,7	32,2	27,0	16,4	1,9
Sud e Isole	7,2	22,9	31,2	23,9	13,1	1,7

Nota: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Sezione 3

Consumi e spesa per classe terapeutica

I dati contenuti nelle tabelle di questa sezione sono calcolati al netto dell'ossigeno.

La spesa convenzionata si riferisce alla spesa lorda calcolata sul prezzo al pubblico dei farmaci (flusso OsMed).

Gli incrementi di spesa osservati tra il 2024 e il 2025, per le categorie di farmaci oggetto di riclassificazione da A-PHT ad A, risultano influenzati dal passaggio dal canale della distribuzione diretta e per conto alla convenzionata: nei flussi della distribuzione diretta e per conto, la spesa rilevata rappresenta il valore netto di acquisto da parte del SSN (prezzo ex-factory), mentre la spesa convenzionata (flusso OsMed) è espressa a prezzi al pubblico, al lordo degli sconti confidenziali successivamente restituiti dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.

Dati generali di spesa e consumo per gruppi ATC

In questa sezione viene presentato l'andamento della spesa e del consumo farmaceutico a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) comprensivo sia della dispensazione in regime di assistenza convenzionata, sia dell'erogazione dei medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche. I dati, disponibili a livello nazionale e regionale, sono presentati per il livello ATC, categoria terapeutica e principio attivo.

La spesa farmaceutica *pro capite* a carico del SSN ha raggiunto nel 2025 un valore di 497,89 euro, con un aumento del 5,8% rispetto al 2024 (Tabella 3.1) dovuto sia alla crescita del 6,2% della spesa per le strutture sanitarie pubbliche (320,67 euro *pro capite* pari al 64% della spesa totale), che a quella del 5,0% (177,22 euro *pro capite*) della convenzionata.

Nell'ambito dell'assistenza convenzionata, la categoria con l'aumento più significativo della spesa è quella dei farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (+22,6%), determinato principalmente da un leggero incremento delle dosi (+2,7%; Figura 3.8) e soprattutto da uno spostamento verso specialità più costose (effetto mix: +20,0%). Seguono i farmaci del sangue e organi emopoietici in aumento del 6,4% in termini di spesa, attribuibile all'utilizzo di farmaci più costosi (effetto mix: +14,1%), controbilanciato da una riduzione dei consumi (effetto DDD: -7,2%), e quelli del sistema genito-urinario e ormoni sessuali (spesa +4,2%), determinato esclusivamente da un aumento dei consumi (effetto DDD) del 4,2% (Figura 3.8).

Come già osservato negli anni precedenti, anche nel 2025 i farmaci del sistema cardiovascolare si confermano la categoria a maggior spesa *pro capite* nell'ambito della convenzionata, con 54,30 euro *pro capite*, pari all'80,8% della spesa complessiva sostenuta dal SSN per questa categoria. Tra le categorie a maggior spesa, gli antimicrobici per uso sistemico registrano la riduzione più significativa sia di spesa che di consumi (-8,6% e -7,6% rispettivamente).

Per quanto riguarda i farmaci erogati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche, gli antineoplastici e immunomodulatori hanno raggiunto nel 2025 una spesa *pro capite* di 144,36 euro. Complessivamente, la spesa *pro capite* di questa categoria (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) risulta in costante aumento dal 2018, così come il costo medio per DDD, che continua ad aumentare nello stesso periodo (Figure 3.1 e 3.5). Tra le categorie a maggior spesa, si segnalano incrementi superiori al 10% per i farmaci del sistema nervoso centrale, dermatologici e del sistema cardiovascolare (Tabella 3.1).

Il consumo farmaceutico in regime di assistenza convenzionata rappresenta l'85% dei consumi totali corrispondenti a 1.351,59 DDD/1000 abitanti *die*, stabili rispetto all'anno precedente (+0,7%) (Tabella 3.2). I farmaci dell'apparato cardiovascolare, con 530,85 DDD, costituiscono il 39,4% del totale delle dosi consumate, interamente rappresentate dalla prescrizione in regime di assistenza convenzionata (508,93 DDD) (Figura 3.2). L'andamento di questi farmaci negli ultimi 8 anni mostra un lieve e costante aumento (Figura 3.3).

Gli antineoplastici e immunomodulatori si confermano, anche nel 2025, la categoria a maggiore spesa farmaceutica complessiva, con un valore pari a 8,8 miliardi di euro, corrispondente al 22,7% della spesa farmaceutica totale (Tabella 3.3). La quasi totalità della

spesa della categoria (96,2%) è riferibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche.

I farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo si collocano al secondo posto, rappresentando il 15,1% della spesa complessiva. Essi costituiscono inoltre la categoria con la maggiore spesa privata sostenuta dai cittadini, in particolare per i farmaci di classe A (621 milioni di euro) e per i farmaci di automedicazione (934 milioni di euro). Seguono i farmaci cardiovascolari, che rappresentano l'11,4% della spesa complessiva e sono erogati prevalentemente attraverso l'assistenza farmaceutica convenzionata, che assorbe il 71,8% della relativa spesa.

Tra i medicinali di classe C con obbligo di prescrizione, i farmaci del sistema nervoso centrale presentano il valore di spesa più elevato, pari a 1,3 miliardi di euro, corrispondente al 32,5% della spesa complessiva dei farmaci in classe C. Nell'ambito dei farmaci di automedicazione, dopo i medicinali dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo, la categoria a maggiore spesa è rappresentata dai farmaci per i disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico, con 789 milioni di euro, pari al 22,1% della spesa complessiva per i farmaci di automedicazione. La stessa categoria rappresenta inoltre il 10,1% della spesa privata per i farmaci di classe A, con un valore di 174 milioni di euro.

Per quanto riguarda gli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche, quasi la metà della spesa (44,4%, pari a 8,5 miliardi di euro) è destinata agli antineoplastici e immunomodulatori. Seguono gli antimicrobici per uso sistemico, con 2,3 miliardi di euro (11,9%), e i farmaci del sangue e degli organi emopoietici, con 2,2 miliardi di euro (11,4%).

I farmaci cardiovascolari si confermano la categoria a maggior consumo, con 579,1 DDD/1000 abitanti *die*, pari al 30,0% del consumo complessivo (Tabella 3.4). Di questi, l'87,9% è costituito da farmaci di classe A rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'assistenza farmaceutica convenzionata. Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo, con 455,4 DDD/1000 abitanti *die* (23,6% del totale), e i farmaci del sistema nervoso centrale, con 182,3 DDD/1000 abitanti *die* (9,5% del totale). Per questi ultimi, il 41,4% dei consumi è erogato attraverso l'assistenza convenzionata, il 13,6% dalle strutture sanitarie pubbliche e il 36,5% riguarda medicinali di classe C con obbligo di prescrizione.

Tra i farmaci di classe A acquistati privatamente dai cittadini, quelli dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo risultano i più utilizzati, con 110,0 DDD/1000 abitanti *die*, pari al 44,6% del totale. Riguardo ai farmaci di classe C con obbligo di prescrizione, i farmaci del sistema nervoso centrale rappresentano la categoria più utilizzata, con 66,7 DDD/1000 abitanti *die* seguita dai farmaci dell'apparato genito-urinario e gli ormoni sessuali (38,7 DDD/1000 abitanti *die*). Tra i farmaci di automedicazione, i medicinali dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo si confermano la categoria a maggiore consumo, con 32,6 DDD/1000 abitanti *die*, seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio (31,4 DDD/1000 abitanti *die*).

La Tabella 3.5 presenta la distribuzione della spesa convenzionata lorda *pro capite* pesata dei farmaci di classe A, suddivisa per Regione e area geografica. Nel complesso, rispetto al valore medio nazionale di 177,2 euro, si osservano valori più contenuti nelle Regioni del

Centro (169,6 euro) e del Nord (167,2 euro) mentre al Sud si osserva il dato più elevato, pari a 196,2 euro (+11% rispetto alla media nazionale). Analogamente a quanto osservato nel 2024, i farmaci del “Sangue e organi emopoietici” mostrano un’elevata variabilità regionale con un coefficiente di variazione (CV) pari al 55%. Tali differenze sono verosimilmente attribuibili al diverso ricorso a modalità alternative di erogazione attuate dalle Regioni, quali la distribuzione diretta o la distribuzione per conto.

L’analisi dei consumi evidenzia un maggior utilizzo al Sud, con 1.235,6 DDD/1000 abitanti *die*, un valore superiore del 7,6% rispetto alla media nazionale (1.148,2 DDD). Anche il Centro si attesta sopra la media, con 1.131,8 DDD, mentre il Nord presenta un consumo inferiore del 4,9%, pari a 1.091,7 DDD, rispetto al dato nazionale. In generale le Regioni del Nord presentano, per quasi tutte le categorie, valori di consumo inferiori alla media nazionale (Figura 3.6 e Tabella 3.7), mentre per le altre aree geografiche la variabilità è più alta nelle Regioni del Sud che registrano i consumi superiori alla media nazionale per tutte le categorie ATC. Per l’ATC “Antimicrobici per uso sistemico”, che presentano una variabilità regionale pari al 22% (CV), si rileva il consumo più elevato in Molise (19,2 DDD/1000 abitanti *die*) e il più basso nella PA di Bolzano (8,7 DDD). Le tre categorie a maggior consumo (ATC A, B e C) rappresentano in tutte le Regioni di oltre il 70% delle dosi (Tabella 3.6).

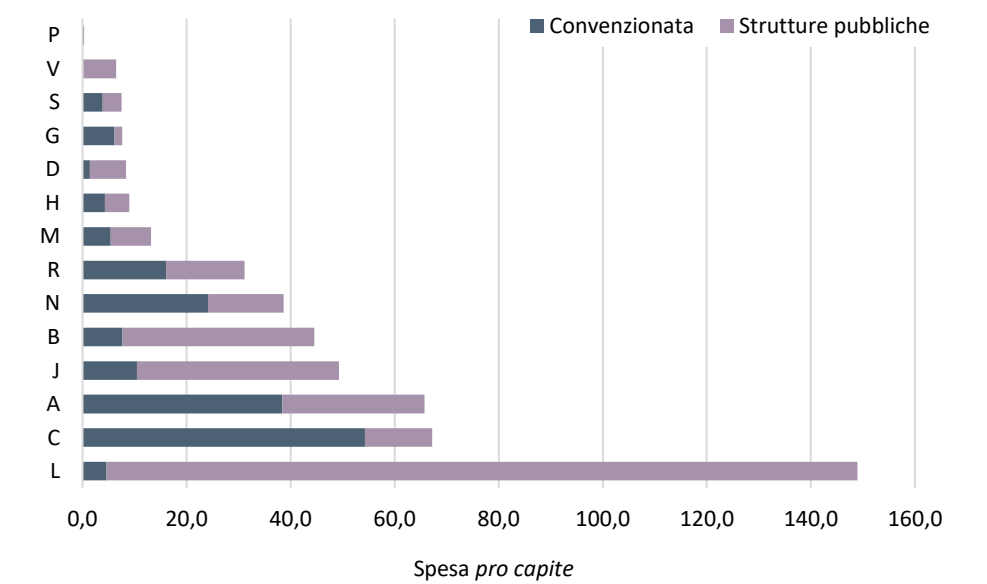
Dalla valutazione dell’andamento regionale della spesa *pro capite* dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per I livello ATC, emerge che le Regioni del Sud (340,3 euro) e del Centro (327,2 euro) mostrano valori più elevati in confronto a quelle del Nord che si attestano a 304,1 euro. In quasi tutte le Regioni, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresentano la quota più importante di spesa delle strutture sanitarie pubbliche, oscillando tra il 40% e il 50% (Tabella 3.8). La maggior variabilità tra le Regioni si rileva per ATC C (CV: 30%) con un minimo della PA di Trento (7,2 euro), un terzo di quello rilevato in Campania (24,0 euro).

Anche per i consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche si osserva un’elevata variabilità soprattutto per i farmaci genito-urinari (CV: 99%), con il valore massimo di 14,4 DDD/1000 abitanti *die* dell’Emilia Romagna e minimo (0,7 DDD/1000 abitanti *die*) della Calabria. Infine, la categoria a maggior consumo è costituita dall’ATC B che, insieme agli ATC A e N, rappresenta circa il 60% dei consumi in tutte le Regioni (Tabella 3.9). Tra le diverse aree geografiche si registrano consumi inferiori al Sud (183,6 DDD) rispetto al Centro e al Nord (201,2 e 218,1 DDD rispettivamente). In generale i consumi al Sud sono inferiori rispetto alla media nazionale per tutte le categorie ATC (Figura 3.7 e Tabella 3.10).

Tabella 3.1 Spesa in assistenza convenzionata e strutture sanitarie pubbliche per I livello ATC in ordine decrescente di spesa SSN totale: confronto 2025-2024 (Tabella e Figura)

I livello ATC	Spesa pro capite Assistenza convenzionata (a)	Δ% 25-24	Spesa pro capite Strutture sanitarie pubbliche (b)	Δ% 25-24	Spesa pro capite SSN (a+b)	Δ% 25-24
L	4,61	0,1	144,36	7,4	148,97	7,1
C	54,30	2,5	12,89	26,2	67,20	6,3
A	38,42	22,6	27,30	-2,3	65,72	10,9
J	10,45	-8,6	38,83	2,9	49,29	0,2
B	7,62	6,4	36,93	-2,1	44,55	-0,7
N	24,15	0,9	14,53	16,2	38,68	6,2
R	16,08	0,9	15,05	9,0	31,12	4,7
M	5,39	-0,1	7,80	6,3	13,19	3,6
H	4,33	1,8	4,65	6,5	8,98	4,2
D	1,43	0,5	6,96	34,6	8,38	27,2
G	6,17	4,2	1,44	2,1	7,61	3,8
S	3,89	0,5	3,59	7,5	7,48	3,7
V	0,15	-32,0	6,30	6,6	6,45	5,2
P	0,23	-4,6	0,04	-6,7	0,27	-4,9
Totale	177,22	5,0	320,67	6,2	497,89	5,8

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



Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.2 Consumo (DDD/1000 abitanti *die*) in assistenza convenzionata e strutture sanitarie pubbliche per I livello ATC in ordine decrescente di consumo SSN totale: confronto 2025-2024 (Tabella e Figura)

I livello ATC	DDD/1000 ab <i>die</i> Assistenza convenzionata (a)	Δ% 25-24	DDD/1000 ab <i>die</i> Strutture sanitarie pubbliche (b)	Δ% 25-24	DDD/1000 ab <i>die</i> SSN (a+b)	Δ% 25-24
C	508,93	1,5	21,92	1,8	530,85	1,5
A	257,92	3,0	40,58	-11,2	298,51	0,8
B	83,84	-6,9	54,87	-0,8	138,71	-4,6
N	75,24	2,4	24,78	-6,0	100,02	0,2
G	50,30	4,5	3,96	7,9	54,26	4,7
M	38,72	-0,1	8,72	9,9	47,44	1,6
H	41,37	0,6	6,03	15,3	47,41	2,3
R	40,90	-1,3	2,85	6,5	43,75	-0,9
S	22,66	1,9	3,54	23,6	26,20	4,4
L	6,82	1,3	16,32	8,5	23,14	6,3
J	14,78	-7,6	6,45	2,6	21,23	-4,7
D	5,54	1,6	9,70	8,3	15,24	5,7
V	0,08	-14,4	3,64	-0,6	3,72	-1,0
P	1,08	1,7	0,04	3,4	1,12	1,8
Totale	1.148,20	1,0	203,60	-0,8	1.351,59	0,7

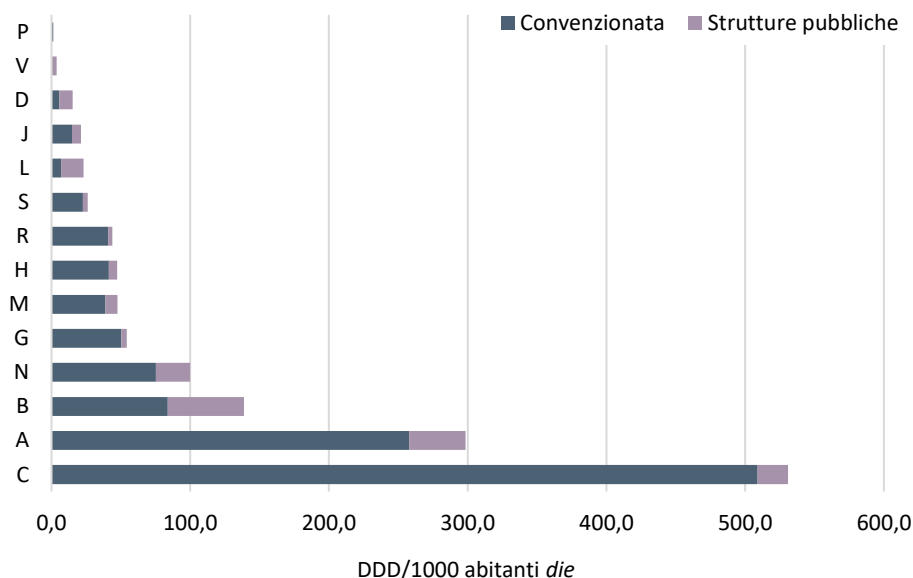


Figura 3.1 Andamento della spesa *pro capite* in assistenza convenzionata e strutture sanitarie pubbliche nel periodo 2018-2025 per I livello ATC (*primi 10 ATC a maggior spesa nel 2025*)

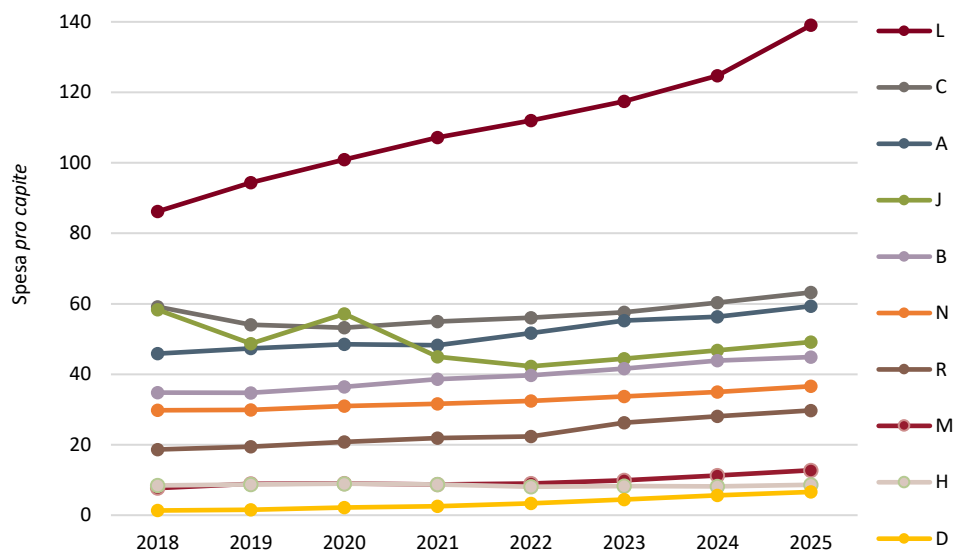


Figura 3.2 Andamento della spesa per ATC I livello nel periodo 2018-2025 (convenzionata e strutture pubbliche)

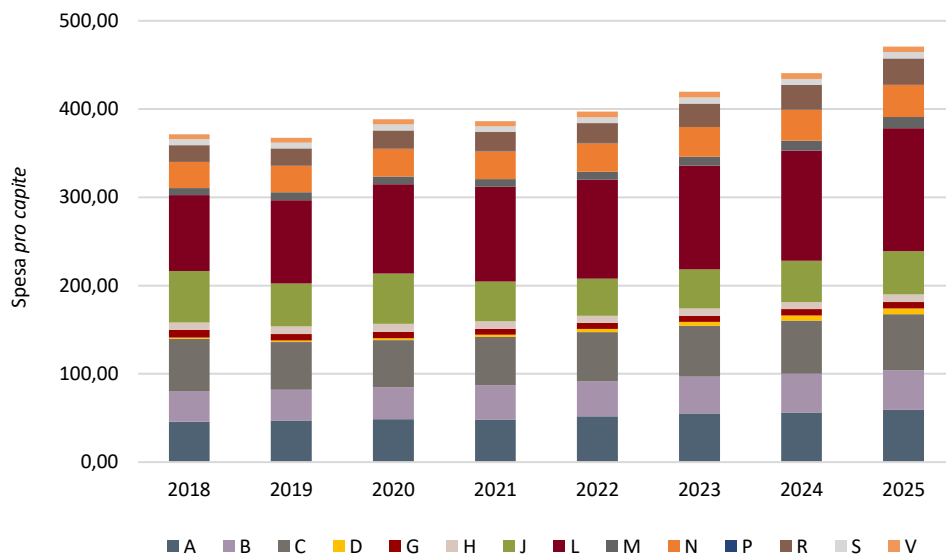


Figura 3.3 Andamento dei consumi in regime di assistenza convenzionata e strutture sanitarie pubbliche nel periodo 2018-2025 per I livello ATC (*primi 10 ATC a maggior consumo nel 2025*)

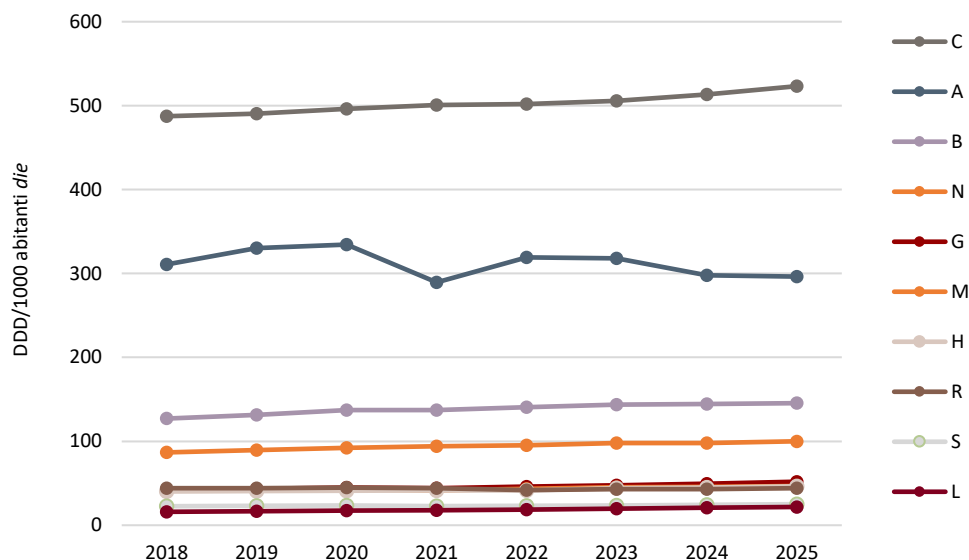


Figura 3.4 Andamento del consumo per ATC I livello nel periodo 2018-2025 (convenzionata e strutture)

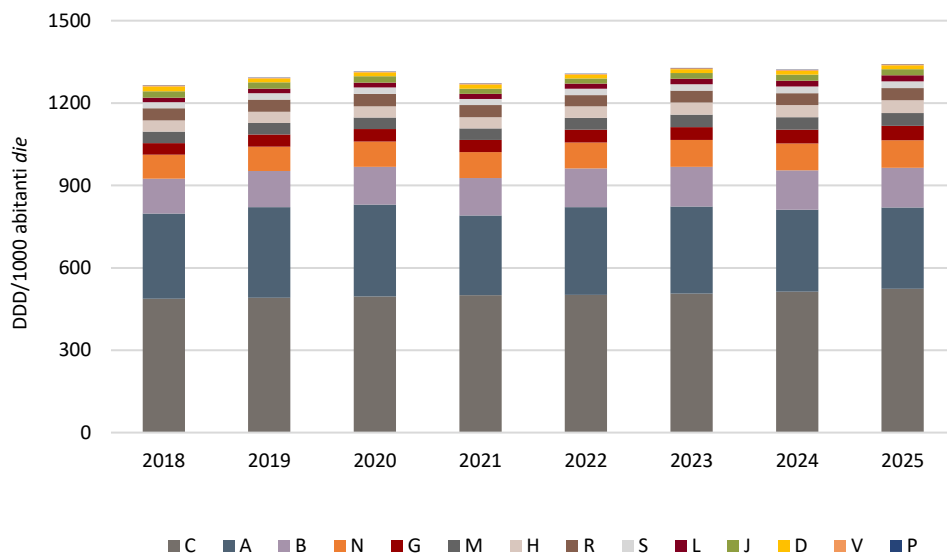
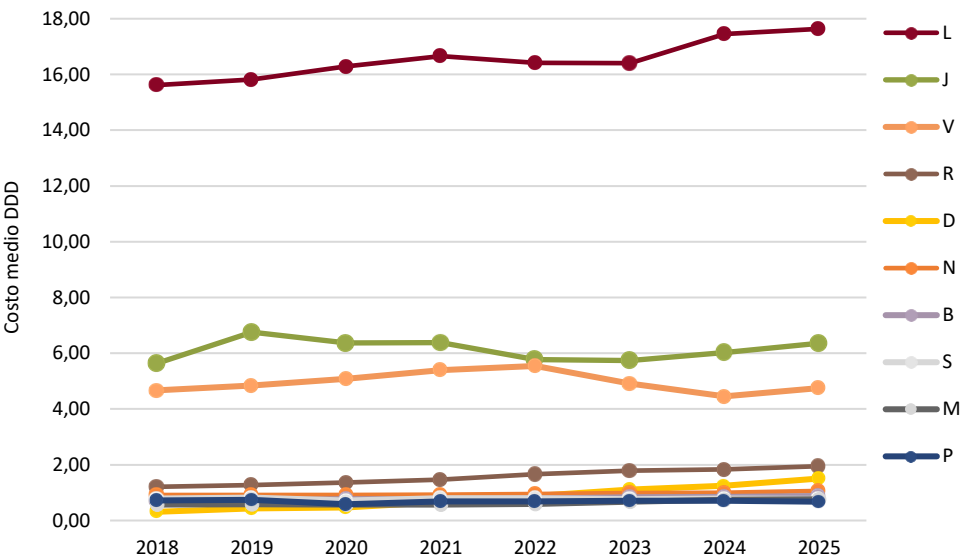


Figura 3.5 Andamento del costo medio DDD dei farmaci in assistenza convenzionata e strutture sanitarie pubbliche periodo 2018-2025 per I livello ATC (*primi 10 ATC a maggior costo medio nel 2025*)



Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.3 Composizione della spesa farmaceutica 2025 per I livello ATC e classe di rimborsabilità (ordine decrescente per spesa totale)

ATC I liv	Assistenza Convenzionata		Acquisto privato di classe A		Classe C con ricetta		Automedica- zione# SOP e OTC		Strutture Pubbliche ⁵		Totale	
	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*	€°	%*
L	272	2,6	13	0,8	26	0,7	-	-	8.509	44,4	8.820	22,7
A	2.267	21,6	621	36,0	452	11,5	934	26,2	1.609	8,4	5.883	15,1
C	3.202	30,5	208	12,0	37	0,9	213	6,0	760	4,0	4.420	11,4
N	1.432	13,6	134	7,8	1.278	32,5	342	9,6	857	4,5	4.043	10,4
J	616	5,9	183	10,6	71	1,8	1	0,0	2.289	11,9	3.159	8,1
R	948	9,0	130	7,5	247	6,3	680	19,1	887	4,6	2.893	7,4
B	450	4,3	83	4,8	88	2,2	6	0,2	2.177	11,4	2.803	7,2
M	318	3,0	174	10,1	269	6,8	789	22,1	460	2,4	2.011	5,2
G	365	3,5	54	3,1	764	19,5	108	3,0	85	0,4	1.375	3,5
D	85	0,8	31	1,8	304	7,8	379	10,6	410	2,1	1.209	3,1
V	61	0,6	2	0,1	44	1,1	9	0,3	642	3,3	758	2,1
S	230	2,2	17	1,0	268	6,8	105	3,0	212	1,1	832	1,9
H	255	2,4	73	4,2	59	1,5	-	-	274	1,4	662	1,7
P	14	0,1	4	0,2	22	0,6	-	-	3	0,0	43	0,1
Tot	10.514	100	1.727	100	3.928	100	3.567	100	19.172	100	38.908	100

comprende gli esercizi commerciali; ° Lorda in milioni di euro; * calcolata sulla classe di rimborsabilità

Fonte: OsMed, Tracciabilità del farmaco; per acquisto privato di classe A: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

Tabella 3.4 Composizione dei consumi (in termini di DDD/1000 abitanti die) 2025, per I livello ATC e classe di rimborsabilità (ordine decrescente di consumo)

ATC I liv	Assistenza Convenzionata		Acquisto privato di classe A		Classe C con ricetta		Automedica- zione# SOP e OTC		Strutture Pubbliche ⁵		Totale	
	DDD	%*	DDD	%*	DDD	%*	DDD	%*	DDD	%*	DDD	%*
C	509,0	44,3	35,9	14,5	1,3	0,7	11,0	7,9	21,9	10,8	579,1	30,0
A	258,1	22,5	110,0	44,6	14,2	7,4	32,6	23,4	40,6	19,9	455,4	23,6
N	75,4	6,6	8,3	3,4	66,7	35,0	7,1	5,1	24,8	12,2	182,3	9,5
B	83,9	7,3	23,6	9,6	15,7	8,2	0,1	0,1	54,9	27,0	178,2	9,2
M	38,7	3,4	21,6	8,8	3,4	1,8	23,4	16,7	8,7	4,3	95,8	5,0
R	40,9	3,6	12,8	5,2	15,6	8,2	31,4	22,5	2,8	1,4	103,6	5,4
G	50,3	4,4	5,3	2,2	38,7	20,3	2,3	1,6	4,0	1,9	100,6	5,2
H	41,4	3,6	16,0	6,5	2,6	1,3	-	0,0	6,0	3,0	66,0	3,4
D	5,6	0,5	5,1	2,1	17,3	9,1	20,3	14,5	9,7	4,8	57,9	3,0
S	22,7	2,0	2,1	0,8	11,9	6,2	11,3	8,1	3,5	1,7	51,5	2,7
J	14,8	1,3	5,4	2,2	2,0	1,0	0,0	0,0	6,5	3,2	28,6	1,5
L	6,8	0,6	0,3	0,1	0,2	0,1	-	0,0	16,5	8,1	23,8	1,2
V	0,1	0,0	0,0	0,0	1,0	0,5	0,1	0,1	3,6	1,8	4,8	0,2
P	1,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,1
Tot	1.148,2	100	246,5	100	190,5	100	139,7	100	203,6	100	1.929,0	100

Comprende gli esercizi commerciali * calcolata sulla classe di rimborsabilità

Fonte: OsMed e Tracciabilità del farmaco; per acquisto privato di classe A: analisi AIFA su dati Promofarma, elaborati da Pharma Data Factory

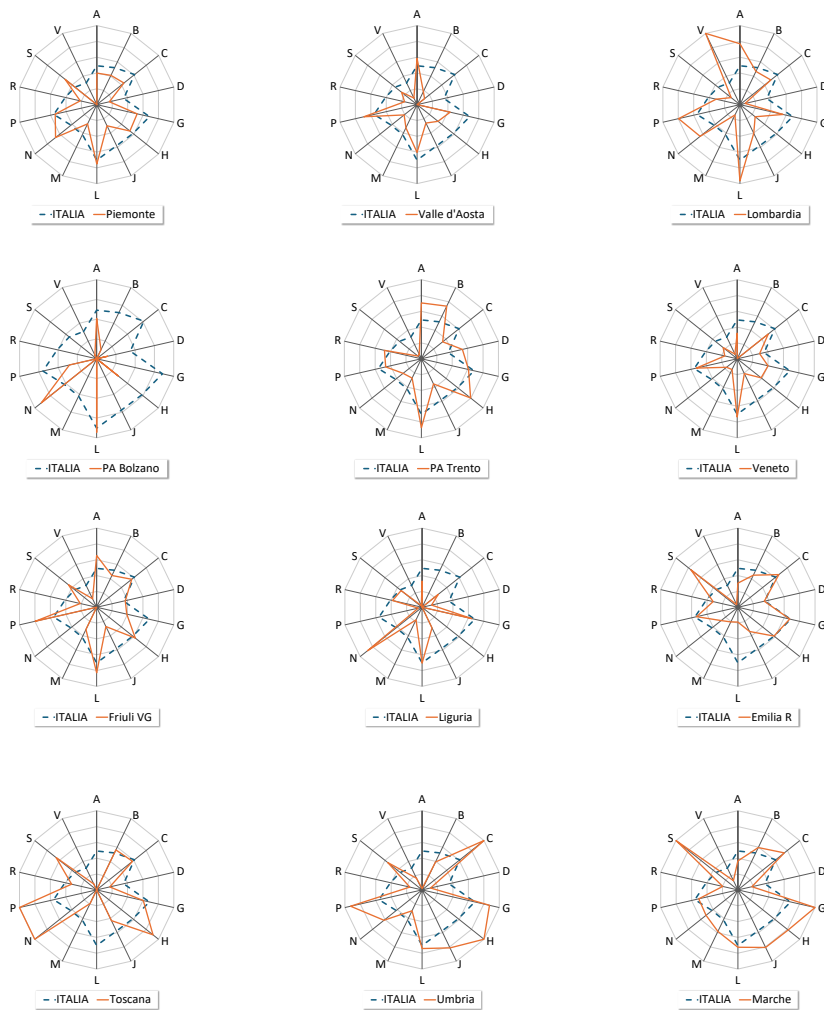
Tabella 3.5 Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa lorda *pro capite* (su popolazione pesata) per i farmaci in assistenza convenzionata: anno 2025

Regione	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	31,4	2,8	46,5	1,3	5,2	4,1	7,7	4,7	4,4	23,6	0,2	14,1	4,3	0,01	150,3
Valle d'Aosta	32,1	2,5	43,6	1,2	5,6	3,3	7,2	3,9	4,9	23,5	0,2	13,0	3,6	0,06	144,6
Lombardia	59,0	14,7	53,4	1,3	6,6	4,0	9,0	6,3	4,2	29,0	0,3	15,4	3,4	0,52	207,0
PA Bolzano	24,6	6,0	36,3	1,2	4,1	3,5	5,5	4,4	3,4	26,3	0,2	11,3	2,7	0,03	129,7
PA Trento	32,3	5,3	44,1	1,8	5,8	4,8	7,5	5,3	4,9	23,3	0,2	15,4	3,0	0,02	153,7
Veneto	27,5	2,6	47,9	1,4	5,1	4,0	6,6	4,5	3,9	22,1	0,2	13,1	3,4	0,02	142,4
Friuli VG	32,5	6,8	49,0	1,5	5,1	4,3	6,5	5,0	4,6	22,8	0,3	13,4	4,1	0,03	155,8
Liguria	31,9	2,1	47,1	1,3	5,9	2,9	8,1	4,6	4,5	25,2	0,2	15,6	4,2	0,01	153,5
Emilia R.	24,6	3,2	50,4	1,3	5,8	2,9	7,0	1,3	4,1	17,7	0,2	14,2	5,0	0,01	137,8
Toscana	24,5	5,7	46,4	1,3	5,5	3,9	7,7	0,6	3,7	21,4	0,3	15,9	4,7	0,03	141,6
Umbria	26,6	3,7	54,8	1,2	6,4	4,9	10,7	4,4	4,2	22,7	0,3	14,0	4,6	0,05	158,5
Marche	33,6	6,6	59,1	1,3	6,9	4,8	12,1	4,8	5,8	24,2	0,2	14,6	5,6	0,03	179,5
Lazio	34,8	10,6	57,7	1,4	6,3	5,3	12,7	4,9	6,4	24,9	0,2	18,3	4,0	0,06	187,4
Abruzzo	34,4	8,7	58,0	1,3	6,4	5,4	13,4	5,2	6,8	29,5	0,2	15,3	4,7	0,12	189,4
Molise	44,4	6,4	60,1	1,2	6,3	5,2	14,3	5,3	7,9	21,4	0,2	15,0	3,1	0,12	191,0
Campania	45,2	6,4	65,6	2,0	7,1	4,6	15,6	5,5	7,3	22,6	0,2	22,3	3,6	0,10	208,0
Puglia	39,6	9,6	60,8	1,5	7,1	5,0	14,1	5,2	7,4	25,0	0,2	17,3	3,6	0,04	196,3
Basilicata	50,1	13,1	59,6	1,3	7,0	4,6	13,3	4,8	7,7	24,1	0,2	16,5	3,9	0,51	206,7
Calabria	43,7	13,2	60,6	1,7	6,6	4,7	15,5	5,5	7,4	25,2	0,2	14,7	3,7	0,52	203,2
Sicilia	39,3	6,3	60,0	1,4	6,1	5,1	13,2	4,6	6,7	22,1	0,2	16,6	3,3	0,05	185,1
Sardegna	42,5	4,7	52,6	1,8	6,5	4,3	10,8	5,8	7,0	28,3	0,2	17,1	3,6	0,33	185,5
Italia	38,4	7,6	54,3	1,4	6,2	4,3	10,5	4,6	5,4	24,1	0,2	16,1	3,9	0,15	177,2
Nord	39,4	7,3	49,8	1,3	5,8	3,8	7,8	4,7	4,2	24,4	0,2	14,4	3,8	0,20	167,2
Centro	30,7	8,0	54,1	1,3	6,1	4,7	10,9	3,5	5,3	23,5	0,3	16,7	4,5	0,05	169,6
Sud e Isole	41,7	7,9	61,0	1,7	6,7	4,8	14,1	5,2	7,2	24,2	0,2	18,0	3,6	0,15	196,2

Tabella 3.6 Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti *die* (su popolazione pesata) per i farmaci in regime di assistenza convenzionata: anno 2025

Regione	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	240,7	76,3	472,5	4,6	46,4	39,9	11,8	7,2	33,6	81,4	1,1	34,7	25,3	0,01	1075,5
Valle d'Aosta	275,4	60,5	405,2	3,7	44,1	34,1	11,4	6,1	35,5	70,1	1,2	33,0	21,0	0,03	1001,3
Lombardia	309,6	80,2	485,5	4,1	47,2	31,4	13,0	8,8	29,4	80,8	1,3	37,7	19,2	0,26	1148,4
PA Bolzano	242,6	54,8	379,3	4,3	33,5	32,4	8,7	7,1	24,5	82,6	0,9	27,8	16,9	0,02	915,5
PA Trento	297,8	99,1	452,4	6,5	48,5	47,5	12,4	8,1	33,7	72,2	1,0	43,1	17,8	0,02	1140,4
Veneto	226,8	48,0	486,1	5,2	43,4	35,6	10,9	7,1	29,6	69,2	1,1	33,0	20,6	0,02	1016,6
Friuli VG	288,0	78,7	499,7	5,7	43,1	42,5	11,6	7,8	35,1	65,0	1,3	34,6	24,3	0,04	1137,3
Liguria	228,1	47,7	435,0	4,3	49,4	24,2	11,8	6,9	30,5	86,6	0,7	40,1	22,4	0,01	987,7
Emilia R.	223,3	79,0	519,8	5,5	50,0	41,3	12,3	2,9	31,5	71,6	1,1	38,1	29,3	0,02	1105,8
Toscana	166,9	86,7	502,3	4,6	48,4	50,9	13,3	1,5	31,0	89,5	1,4	38,2	27,6	0,03	1062,3
Umbria	170,2	75,0	591,6	4,3	55,0	53,5	17,3	7,1	34,4	80,1	1,4	32,9	25,9	0,05	1148,7
Marche	234,6	89,1	538,6	4,7	58,1	48,0	17,2	7,0	44,2	77,6	1,0	34,1	33,3	0,04	1187,5
Lazio	223,2	106,7	514,4	5,5	52,4	47,6	17,3	7,3	44,2	72,2	1,2	45,8	23,0	0,04	1160,8
Abruzzo	214,7	107,2	497,4	5,0	51,6	49,5	19,0	7,2	50,2	81,5	1,0	38,8	27,5	0,06	1150,8
Molise	328,8	101,2	514,9	5,6	49,9	52,8	19,2	7,2	58,3	69,9	0,7	38,5	17,3	0,04	1264,3
Campania	293,9	83,7	562,8	9,0	56,1	38,8	18,5	7,1	49,5	65,4	0,9	59,8	20,4	0,09	1266,0
Puglia	278,6	108,9	538,9	6,0	57,1	53,2	18,9	7,6	53,9	70,7	0,7	46,6	21,3	0,03	1262,5
Basilicata	298,7	115,0	505,8	6,2	55,0	51,6	18,0	6,5	55,2	69,1	0,7	41,8	22,6	0,19	1246,3
Calabria	265,1	117,3	530,2	7,0	51,1	43,5	17,9	7,5	49,6	75,4	1,0	35,5	21,3	0,26	1222,6
Sicilia	279,2	83,8	551,4	6,7	52,9	41,4	17,5	6,8	46,0	67,0	1,0	43,2	19,3	0,04	1216,2
Sardegna	352,1	78,5	480,3	6,6	56,0	49,4	13,9	9,1	47,6	84,4	1,2	45,4	21,4	0,11	1245,8
Italia	257,9	83,8	508,9	5,5	50,3	41,4	14,8	6,8	38,7	75,2	1,1	40,9	22,7	0,08	1148,2
Nord	262,7	71,5	483,8	4,7	46,6	35,5	12,1	7,1	30,8	76,8	1,1	36,3	22,4	0,10	1091,7
Centro	202,7	95,7	519,4	5,0	52,0	49,2	16,0	5,4	39,2	79,0	1,2	40,9	26,0	0,04	1131,8
Sud e Isole	284,1	93,9	536,9	7,0	54,4	44,8	17,9	7,3	49,6	70,5	0,9	47,3	20,9	0,08	1235,6

Figura 3.6 Confronto dei consumi tra Italia e ciascuna Regione per I livello ATC per i farmaci in regime di assistenza convenzionata: anno 2025



segue

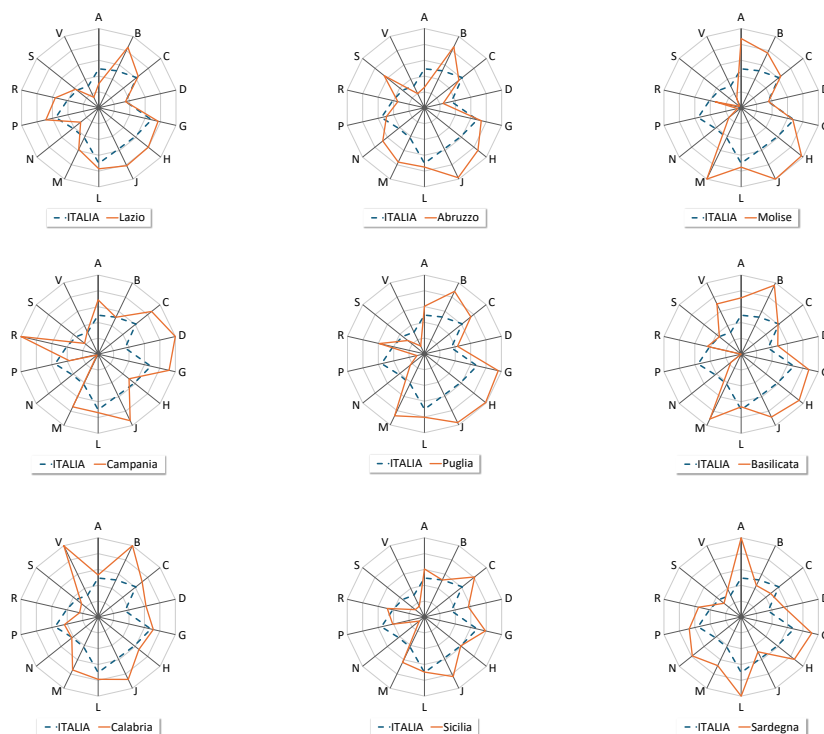
Figura 3.6 *continua*

Tabella 3.7 Distribuzione del consumo per Regione e I livello ATC (z-score) per i farmaci in regime di assistenza convenzionata: anno 2025

Regione	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V
Piemonte	-0,38	-0,40	-0,51	-0,73	-0,61	-0,41	-0,90	0,20	-0,67	0,83	0,17	-0,66	0,61	-0,80
Valle d'Aosta	0,34	-1,17	-1,84	-1,42	-1,01	-1,11	-1,02	-0,45	-0,48	-0,72	0,70	-0,91	-0,42	-0,48
Lombardia	1,05	-0,22	-0,25	-1,14	-0,47	-1,44	-0,57	1,16	-1,08	0,75	1,07	-0,22	-0,85	2,57
PA Bolzano	-0,34	-1,44	-2,35	-0,94	-2,82	-1,32	-1,83	0,17	-1,57	0,99	-0,74	-1,66	-1,40	-0,66
PA Trento	0,81	0,70	-0,91	0,83	-0,24	0,51	-0,72	0,74	-0,66	-0,43	-0,10	0,58	-1,19	-0,58
Veneto	-0,67	-1,77	-0,24	-0,19	-1,13	-0,94	-1,18	0,14	-1,07	-0,84	0,14	-0,91	-0,51	-0,57
Friuli VG	0,60	-0,29	0,03	0,15	-1,17	-0,10	-0,98	0,54	-0,53	-1,43	1,08	-0,67	0,37	-0,39
Liguria	-0,64	-1,78	-1,25	-0,90	-0,10	-2,31	-0,92	0,00	-0,98	1,55	-1,56	0,13	-0,08	-0,72
Emilia R.	-0,74	-0,27	0,43	0,03	0,01	-0,24	-0,77	-2,31	-0,88	-0,51	0,15	-0,16	1,56	-0,67
Toscana	-1,91	0,10	0,08	-0,70	-0,27	0,92	-0,48	-3,15	-0,93	1,95	1,79	-0,14	1,16	-0,51
Umbria	-1,84	-0,47	1,84	-0,96	0,86	1,24	0,72	0,16	-0,59	0,65	1,53	-0,92	0,76	-0,24
Marche	-0,51	0,21	0,80	-0,65	1,39	0,57	0,70	0,08	0,38	0,31	0,05	-0,74	2,50	-0,36
Lazio	-0,74	1,07	0,32	0,04	0,41	0,53	0,72	0,29	0,38	-0,43	0,68	0,97	0,06	-0,30
Abruzzo	-0,92	1,09	-0,02	-0,40	0,28	0,75	1,25	0,19	0,98	0,85	0,00	-0,05	1,14	-0,13
Molise	1,45	0,80	0,33	0,08	0,00	1,15	1,31	0,20	1,78	-0,75	-1,57	-0,09	-1,29	-0,37
Campania	0,72	-0,04	1,27	2,81	1,05	-0,54	1,10	0,15	0,90	-1,36	-0,42	3,02	-0,55	0,27
Puglia	0,41	1,18	0,80	0,40	1,22	1,20	1,21	0,43	1,35	-0,65	-1,39	1,09	-0,34	-0,42
Basilicata	0,82	1,47	0,15	0,58	0,87	1,01	0,94	-0,18	1,47	-0,86	-1,73	0,38	-0,03	1,57
Calabria	0,13	1,58	0,63	1,20	0,19	0,03	0,92	0,36	0,92	0,01	-0,19	-0,54	-0,35	2,56
Sicilia	0,42	-0,04	1,05	0,99	0,51	-0,23	0,79	-0,04	0,56	-1,14	-0,28	0,59	-0,82	-0,29
Sardegna	1,93	-0,30	-0,36	0,92	1,03	0,74	-0,30	1,31	0,71	1,24	0,63	0,92	-0,32	0,52

In rosso sono riportati i valori di z-score superiori a 1

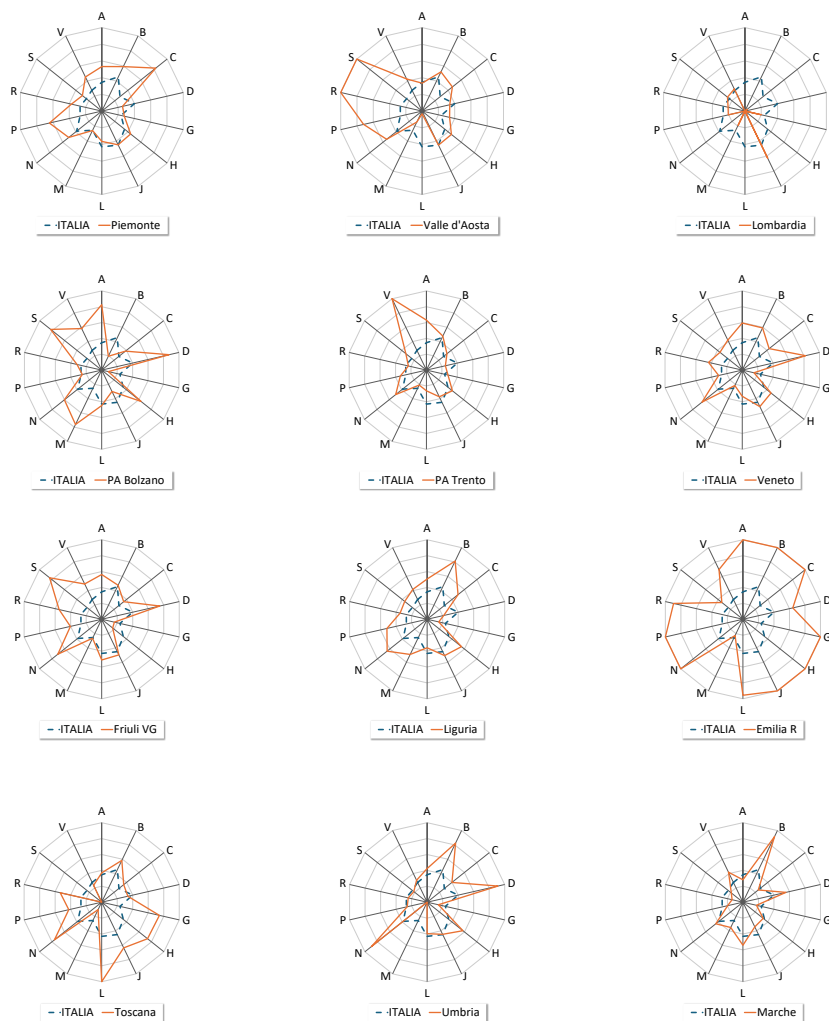
Tabella 3.8 Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa *pro capite* (su popolazione pesata) per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: anno 2025

Regione	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	25,1	35,7	12,8	8,3	1,5	4,3	34,0	135,1	7,3	12,9	0,1	14,6	4,4	5,6	301,8
Valle d'Aosta	15,8	34,4	15,1	7,4	1,2	3,3	30,1	101,6	5,1	14,4	0,1	12,4	10,8	7,6	259,3
Lombardia	20,2	30,7	10,2	5,7	0,9	4,0	46,0	120,7	8,8	11,0	0,1	14,4	3,7	6,0	282,5
PA Bolzano	19,6	30,3	8,6	7,2	1,4	4,9	31,8	147,4	9,3	16,6	<0,05	20,7	6,6	7,0	311,3
PA Trento	28,4	29,6	7,2	6,9	1,6	3,9	38,9	110,1	7,2	16,9	0,1	11,4	4,5	5,6	272,3
Veneto	23,7	36,8	9,5	5,7	1,3	4,8	38,2	131,9	8,1	15,0	<0,05	13,1	4,1	6,2	298,4
Friuli VG	27,1	31,7	11,1	6,8	1,3	5,1	36,5	159,7	8,2	14,8	0,1	12,7	6,0	6,3	327,4
Liguria	24,7	41,7	16,5	5,4	1,1	5,3	38,9	148,3	7,7	14,2	<0,05	16,6	5,1	6,5	332,0
Emilia R.	28,6	39,9	11,6	6,5	2,1	4,9	44,3	157,7	7,1	19,4	0,1	14,5	3,6	7,8	348,0
Toscana	26,4	36,7	13,3	6,9	1,9	5,2	43,6	141,2	6,9	18,6	<0,05	14,4	1,3	6,9	323,3
Umbria	31,3	37,8	11,9	6,3	1,3	4,9	41,2	149,1	5,9	17,4	<0,05	13,1	3,0	6,0	329,1
Marche	25,6	38,8	15,3	8,1	1,2	5,4	36,7	157,3	8,5	19,2	<0,05	15,4	3,3	6,6	341,5
Lazio	28,0	37,2	11,7	6,3	1,8	4,8	43,4	147,2	8,5	16,3	<0,05	13,7	2,1	4,6	325,7
Abruzzo	27,6	45,6	12,8	6,0	1,2	4,8	33,4	155,1	6,8	19,3	0,1	15,3	3,9	6,6	338,4
Molise	23,3	41,4	10,3	8,4	1,2	3,8	25,4	147,6	6,8	16,1	<0,05	15,2	4,7	4,5	308,8
Campania	35,4	44,7	24,0	9,4	1,9	5,2	35,7	178,9	8,1	12,1	<0,05	14,2	3,2	5,9	378,7
Puglia	35,3	37,9	13,3	7,5	1,5	4,9	36,6	147,0	7,8	15,1	<0,05	17,4	4,7	6,8	335,9
Basilicata	28,1	32,9	20,9	9,0	1,2	4,7	27,1	144,6	6,3	9,9	<0,05	23,4	4,1	10,1	322,2
Calabria	34,4	40,6	15,6	9,3	1,3	4,7	28,5	153,1	5,8	12,2	<0,05	18,3	3,0	7,7	334,6
Sicilia	29,9	34,1	9,5	6,4	1,3	4,2	30,4	137,6	6,7	13,4	<0,05	19,4	3,3	6,3	302,6
Sardegna	28,3	41,9	13,4	8,7	1,1	4,1	35,4	176,6	9,8	12,1	<0,05	12,1	4,5	7,1	355,3
Italia	27,3	36,9	12,9	7,0	1,4	4,7	38,8	144,4	7,8	14,5	<0,05	15,0	3,6	6,3	320,7
Nord	23,7	34,7	11,1	6,3	1,3	4,5	41,1	134,5	8,0	14,0	0,1	14,3	4,2	6,3	304,1
Centro	27,4	37,3	12,7	6,7	1,7	5,0	42,4	146,8	7,8	17,5	<0,05	14,1	2,1	5,7	327,2
Sud e Isole	32,4	39,9	15,6	8,0	1,5	4,7	33,3	156,9	7,5	13,5	<0,05	16,7	3,7	6,6	340,3

Tabella 3.9 Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti *die* (su popolazione pesata) dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: anno 2025

Regione	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	48,0	63,1	41,7	8,2	4,5	6,6	6,4	15,7	8,7	29,1	0,1	3,5	3,9	4,8	244,4
Valle d'Aosta	40,2	58,9	28,7	9,1	5,4	6,7	6,5	12,7	7,8	30,4	0,1	7,1	8,5	4,6	226,5
Lombardia	26,9	27,4	13,1	5,5	3,4	3,8	7,5	12,4	8,2	10,9	<0,05	2,5	3,7	3,7	129,1
PA Bolzano	59,6	39,1	25,8	14,7	1,9	7,9	5,6	16,5	12,9	32,5	<0,05	3,1	7,3	5,6	232,5
PA Trento	51,9	56,2	23,9	8,1	4,6	6,5	6,0	14,8	8,3	28,7	<0,05	2,7	4,2	8,4	224,2
Veneto	50,4	63,1	27,6	14,1	2,8	6,8	6,8	15,4	8,4	34,2	<0,05	3,8	4,3	4,6	242,5
Friuli VG	49,2	56,1	24,7	13,4	3,0	4,9	6,7	17,1	8,8	36,2	0,1	4,5	7,4	5,1	237,0
Liguria	46,9	76,5	29,8	7,7	2,8	7,4	6,8	15,7	10,6	34,0	0,1	3,3	4,3	4,6	250,5
Emilia R.	66,5	87,8	48,0	12,3	14,4	10,3	9,6	21,1	8,5	46,8	0,1	6,5	4,2	6,4	342,3
Toscana	41,5	62,6	24,7	9,0	10,9	8,6	7,5	21,5	7,5	38,1	0,1	4,4	2,0	3,4	241,8
Umbria	43,7	77,2	26,3	15,1	2,7	7,5	6,4	16,0	6,6	43,0	<0,05	2,7	3,4	3,8	254,6
Marche	38,1	82,7	20,8	11,3	3,1	5,9	5,8	17,3	9,5	26,5	<0,05	2,1	3,2	4,6	231,1
Lazio	31,3	42,0	14,3	6,7	2,3	4,8	6,4	15,2	8,9	20,1	<0,05	1,4	2,1	1,9	157,4
Abruzzo	38,5	42,3	14,9	7,2	1,0	6,3	5,5	17,0	10,8	19,7	<0,05	1,9	3,7	2,2	171,0
Molise	35,6	59,1	12,0	6,2	0,9	4,7	4,0	15,4	8,6	19,5	<0,05	1,3	3,2	2,1	172,5
Campania	36,1	65,7	19,9	13,9	1,2	5,2	5,0	17,9	9,0	19,1	<0,05	1,9	3,3	2,4	200,4
Puglia	42,2	47,1	13,4	12,2	1,9	6,0	5,4	17,1	8,3	18,8	<0,05	1,9	4,0	2,7	181,0
Basilicata	37,3	43,4	15,8	16,0	1,1	5,4	3,8	15,0	8,8	14,5	<0,05	2,4	3,5	3,1	170,1
Calabria	38,0	42,6	12,6	8,8	0,7	4,9	3,9	14,8	7,4	14,3	<0,05	1,5	2,6	1,8	154,0
Sicilia	37,5	55,5	12,2	8,1	1,7	6,2	4,9	15,9	7,9	20,0	<0,05	1,8	2,7	2,0	176,4
Sardegna	36,8	62,2	13,9	11,6	1,3	4,5	5,8	19,1	14,8	25,8	<0,05	1,9	3,6	5,2	206,4
Italia	40,6	54,9	21,9	9,7	4,0	6,0	6,5	16,3	8,7	24,8	<0,05	2,8	3,5	3,6	203,6
Nord	44,1	54,3	27,9	9,3	5,2	6,2	7,4	15,4	8,6	27,0	0,1	3,7	4,2	4,7	218,1
Centro	36,4	56,5	19,4	8,7	5,2	6,4	6,7	17,5	8,4	28,4	<0,05	2,5	2,3	2,9	201,2
Sud e Isole	38,1	54,8	15,0	11,0	1,4	5,6	5,0	16,9	9,0	19,3	<0,05	1,8	3,3	2,6	183,6

Figura 3.7 Confronto dei consumi tra Italia e ciascuna Regione per I livello ATC dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: anno 2025



segue

Figura 3.7 *continua*

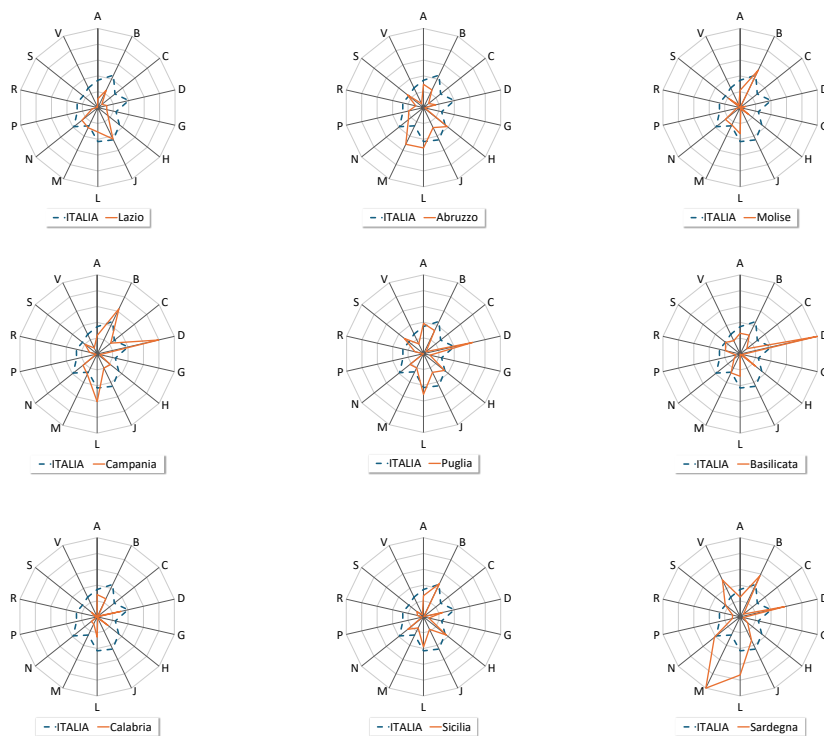
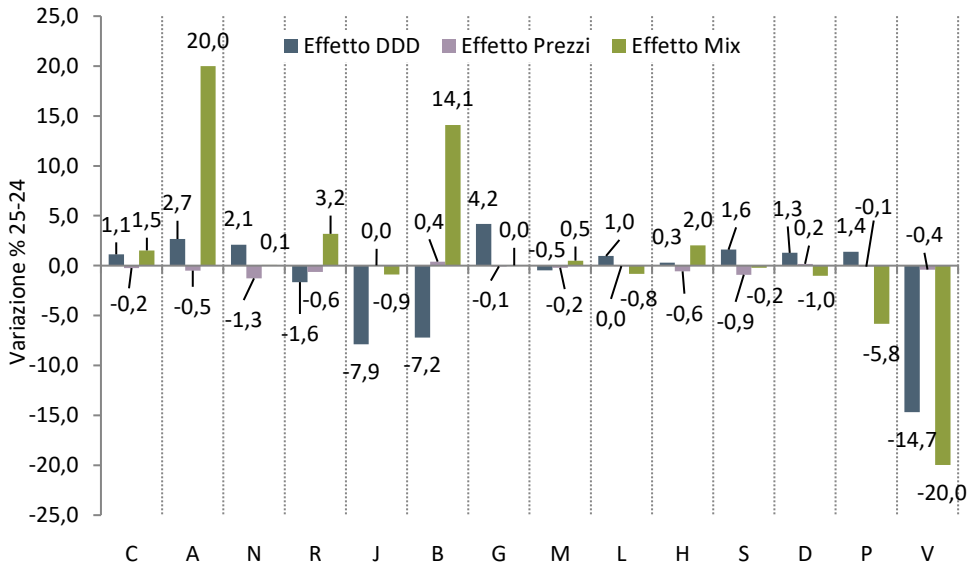


Tabella 3.10 Distribuzione del consumo per Regione e I livello ATC (z-score) dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: anno 2025

Regione	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V
Piemonte	0,58	0,36	2,01	-0,70	0,32	0,27	0,32	-0,28	-0,17	0,24	1,38	0,32	-0,07	0,50
Valle d'Aosta	-0,27	0,08	0,67	-0,42	0,57	0,30	0,33	-1,62	-0,66	0,37	1,66	2,62	2,62	0,40
Lombardia	-1,70	-1,97	-0,92	-1,53	0,01	-1,61	1,07	-1,75	-0,44	-1,62	-0,26	-0,29	-0,19	-0,12
PA Bolzano	1,82	-1,20	0,38	1,31	-0,44	1,09	-0,32	0,06	2,02	0,58	-0,09	0,12	1,94	1,00
PA Trento	0,99	-0,09	0,18	-0,73	0,34	0,18	0,00	-0,70	-0,39	0,20	0,24	-0,19	0,06	2,61
Veneto	0,84	0,35	0,56	1,14	-0,17	0,37	0,59	-0,42	-0,36	0,76	0,12	0,55	0,16	0,37
Friuli VG	0,70	-0,10	0,27	0,91	-0,13	-0,85	0,52	0,31	-0,15	0,96	0,48	0,97	1,99	0,65
Liguria	0,46	1,23	0,79	-0,83	-0,19	0,74	0,56	-0,31	0,84	0,73	0,91	0,23	0,16	0,36
Emilia R.	2,57	1,96	2,65	0,56	3,26	2,64	2,68	2,11	-0,31	2,04	2,71	2,23	0,08	1,43
Toscana	-0,13	0,32	0,27	-0,43	2,22	1,52	1,12	2,28	-0,85	1,16	0,56	0,91	-1,22	-0,34
Umbria	0,11	1,27	0,43	1,44	-0,20	0,84	0,32	-0,16	-1,30	1,66	-0,07	-0,15	-0,40	-0,07
Marche	-0,50	1,63	-0,13	0,28	-0,08	-0,22	-0,13	0,43	0,24	-0,02	-0,29	-0,53	-0,50	0,36
Lazio	-1,23	-1,02	-0,80	-1,15	-0,32	-0,91	0,28	-0,51	-0,07	-0,68	-0,75	-1,01	-1,14	-1,21
Abruzzo	-0,44	-1,00	-0,73	-1,01	-0,72	0,03	-0,40	0,30	0,94	-0,73	-0,31	-0,68	-0,21	-1,04
Molise	-0,76	0,09	-1,04	-1,29	-0,75	-1,00	-1,52	-0,42	-0,25	-0,74	-0,85	-1,05	-0,52	-1,10
Campania	-0,70	0,52	-0,23	1,06	-0,65	-0,69	-0,76	0,68	-0,06	-0,78	-0,97	-0,68	-0,47	-0,92
Puglia	-0,06	-0,69	-0,89	0,55	-0,45	-0,16	-0,48	0,33	-0,43	-0,82	-1,02	-0,64	-0,02	-0,72
Basilicata	-0,58	-0,93	-0,64	1,72	-0,68	-0,53	-1,60	-0,62	-0,15	-1,26	-0,82	-0,35	-0,31	-0,53
Calabria	-0,50	-0,97	-0,98	-0,52	-0,79	-0,86	-1,53	-0,72	-0,87	-1,27	-1,02	-0,93	-0,86	-1,25
Sicilia	-0,56	-0,14	-1,01	-0,72	-0,51	-0,04	-0,85	-0,22	-0,62	-0,69	-0,96	-0,76	-0,81	-1,13
Sardegna	-0,64	0,29	-0,84	0,35	-0,63	-1,09	-0,19	1,21	3,06	-0,10	-0,65	-0,69	-0,29	0,74

In rosso sono riportati i valori di z-score superiori a 1

Figura 3.8 Effetto consumi, prezzi e mix sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata per I livello ATC: confronto 2025-2024



Spesa e consumi per categorie ATC al IV livello e per principio attivo

Complessivamente nel 2025 la spesa convenzionata è aumentata del 5,0% rispetto al 2024. Tale incremento è riconducibile sia all'aumento dei consumi (+0,7%) sia a uno spostamento verso specialità medicinali a più elevato costo (effetto mix: +4,7%), solo in parte compensati dalla lieve riduzione dei prezzi (-0,4%) (Tabella 3.11).

Nell'ambito dei farmaci cardiovascolari, l'incremento della spesa (+2,4%) è determinato sia dall'aumento dei consumi (+1,1%) sia da un modesto effetto mix positivo (+1,5%), mentre i prezzi sono rimasti sostanzialmente stabili (-0,2%). All'interno delle categorie emerge un cambiamento del mix terapeutico nella gestione delle dislipidemie: le statine in monoterapia (C10AA) registrano una riduzione dei consumi (-4,6% DDD), mentre le associazioni ipolipemizzanti (C10BA e C10BX) mostrano una crescita sostenuta (+29,1% e +41,1% DDD). L'analisi per principio attivo conferma questa dinamica, evidenziando il calo di atorvastatina (-5,0% DDD) e simvastatina (-11,4% DDD), a fronte della crescita delle associazioni contenenti ezetimibe, in particolare ezetimibe/atorvastatina (+53,6% DDD), che si colloca al 23° posto tra i principi attivi a maggior consumo (Tabella 3.12 e 3.16). La rosuvastatina in monoterapia registra anch'essa un incremento (+3,6% DDD), ma non sufficiente a compensare la contrazione delle altre statine tradizionali (Tabella 3.11 e 3.12). Nonostante una riduzione degli indicatori (spesa: -4,2%; consumi: -5,0%), l'atorvastatina si conferma la sostanza a maggiore spesa, con 257 milioni e un valore *pro capite* di 4,36 euro e un consumo pari a 46,3 DDD/1000 abitanti *die* (Tabella 3.13), seguita dall'associazione ezetimibe/rosuvastatina che rappresenta il 7,1% della spesa e il 5,5% dei consumi della categoria, con incrementi superiori al 25% per entrambi gli indicatori e al terzo posto nel ranking dei principi attivi per spesa e al sesto per consumo (Tabelle 3.13 e 3.16).

In termini di consumo, il ramipril si conferma la sostanza maggiormente utilizzata tra i farmaci cardiovascolari, con 58,5 DDD/1000 abitanti *die*, pari a circa l'11,5% dei consumi complessivi della categoria, nonostante la riduzione del 2,0%. Questo farmaco mantiene il secondo posto tra i principi attivi a maggior consumo (Tabella 3.16). Tra gli antagonisti del recettore dell'angiotensina II, l'olmesartan si colloca al settimo posto per spesa, con un incremento del 7,8% rispetto al 2024 (Tabella 3.13), e all'undicesimo posto per consumo, con 20,8 DDD/1000 abitanti *die*, in aumento del 7,9% rispetto all'anno precedente (Tabella 3.16). Un andamento analogo si osserva per le associazioni precostituite con amlodipina (+9,6%) e con idroclorotiazide (+4,6%) (Tabella 3.12).

Analizzando le singole categorie terapeutiche dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo, gli inibitori della pompa protonica si confermano la categoria a maggiore spesa *pro capite* (9,65 euro), sebbene in diminuzione del 7,7% rispetto al 2024. Tale riduzione è dovuta prevalentemente alla contrazione dei consumi (-7,0%) e, in misura più contenuta, allo spostamento verso specialità meno costose (effetto mix: -0,7%).

La categoria Vitamina D e analoghi si conferma la seconda per spesa, con un valore *pro capite* di 3,87 euro, evidenziando un aumento dei consumi (+3,3%) e lo spostamento verso specialità medicinali meno costose (effetto mix: -2,8%) (Tabella 3.11). Gli andamenti del

gruppo terapeutico risultano fortemente influenzati dal colecalciferolo, che rappresenta l'83,2% della spesa e il 98% dei consumi (Tabella 3.12).

Per gli inibitori del cotrasportatore SGLT2, l'incremento degli indicatori di consumo e spesa rilevati in regime convenzionale è interamente riconducibile al trasferimento del canale di erogazione dalla distribuzione diretta e per conto all'assistenza farmaceutica convenzionata, conseguente alla riclassificazione di questi medicinali dalla classe A-PHT alla classe A. Queste molecole, infatti, erano in precedenza erogate prevalentemente attraverso la distribuzione per conto, con una presenza marginale nel canale convenzionale; pertanto, gli incrementi osservati riflettono in larga misura il cambiamento del canale distributivo. Per quanto riguarda gli altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline, l'incremento della spesa e dei consumi osservato in regime di assistenza farmaceutica convenzionata è fortemente influenzato dall'introduzione della tirzepatide, che risulta classificata in classe A-PHT.

Il pantoprazolo si conferma il principio attivo a maggiore spesa (4,10 euro *pro capite*), mentre il colecalciferolo mantiene il primo posto per consumi, con 118,8 DDD/1000 abitanti *die* (Tabella 3.12). Si osservano incrementi dei consumi superiori al 100% per dapagliflozin ed empagliflozin, sia in monoterapia sia nelle associazioni con linagliptin. Tale andamento è riconducibile, come già evidenziato, alla riclassificazione di questi medicinali dalla classe A-PHT alla classe A e al conseguente trasferimento del canale di erogazione dalla distribuzione diretta e per conto all'assistenza farmaceutica convenzionata, che determina un incremento particolarmente marcato dei consumi rilevati in questo canale rispetto al 2024, anno in cui questi medicinali erano erogati solo marginalmente in regime convenzionato.

Per quanto riguarda i farmaci del sistema nervoso centrale, si registra un incremento contenuto della spesa (+0,9%) determinato da un aumento dei consumi (effetto DDD: +2,1%) solo parzialmente compensato dalla riduzione del costo medio DDD (-1,2%). Si evidenziano, tuttavia, dinamiche eterogenee tra le diverse classi terapeutiche.

Gli altri antidepressivi (N06AX) si confermano la categoria a maggiore spesa (3,89 euro *pro capite*), evidenziando un incremento dei consumi del 5,1%. All'interno di questa classe si osservano aumenti dei consumi per vortioxetina (+11,1%), trazodone (+5,6%), duloxetina (+4,7%), mirtazapina (+3,9%) e venlafaxina (+2,6%).

Tra gli altri antiepilettici (N03AX), il leviteracetam si conferma la prima sostanza per spesa con 1,77 euro *pro capite*. Il farmaco registra un lieve incremento sia della spesa (+2,1%) che dei consumi (+2,7%) e rappresenta oltre la metà della spesa (54,3%) e dei consumi (57,1%) della categoria (Tabella 3.12). Il pregabalin, impiegato prevalentemente nel trattamento del dolore neuropatico, si conferma il secondo principio attivo per spesa nell'ambito del sistema nervoso con 1,72 euro *pro capite*. Questo farmaco occupa anche il 21° posto tra i farmaci a maggior spesa (Tabelle 3.12 e 3.13) ed è presente anche tra i farmaci che nel 2025 hanno fatto registrare il maggior incremento (+6,8%) di spesa rispetto all'anno precedente (Tabella 3.15); inoltre è al 30° posto nella lista dei principi attivi a maggior costo medio (1,50 euro; Tabella 3.14). La sertralina, antidepressivo appartenente alla classe degli inibitori della ricaptazione della serotonina (N06AB), si colloca al quinto posto tra i principi a maggiore

spesa *pro capite* (1,01 euro), con un incremento dell'8,3% rispetto al 2024 (Tabelle 3.12 e 3.15). Inoltre, rientra tra i primi 30 principi attivi a maggior consumo (Tabella 3.16).

La riduzione della spesa per i farmaci antimicrobici (-8,7%) è principalmente riconducibile alla contrazione dei consumi (-7,9%) e, in misura minore, a un lieve spostamento verso specialità meno costose (effetto mix: -0,9%). Tra le categorie si segnala la riduzione sia della spesa che dei consumi dei fluorochinoloni, (rispettivamente -12,4% e -11,0%), dei macrolidi (-12,4% e -10,6%) e delle associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi (-8,4% e -8,2%). Tali andamenti sono confermati dalle riduzioni di spesa e consumo dei principi attivi appartenenti a ciascuna categoria: ciprofloxacina (-11,4 e -8,9%); azitromicina (-13,3% e -12,6%) e claritromicina (-10,9% e -8,4%); amoxicillina/acido clavulanico (-9,1% e -7,9%).

Tra i farmaci dell'apparato respiratorio, le associazioni vilanterolo/fluticasone furoato e formoterolo/beclometasone (entrambe LABA+ICS) rappresentano complessivamente il 27,4% della spesa della categoria e registrano un incremento superiore al 2% (Tabella 3.12). Le due associazioni occupano rispettivamente l'8° e il 10° posto tra i trenta principi attivi a maggior spesa (Tabella 3.13) e il 30° e il 22° tra quelli a maggior consumo (Tabella 3.17). Le associazioni LABA+LAMA+ICS (formoterolo/glicopirronio/beclometasone e vilanterolo/umeclidinio/ fluticasone furoato) rappresentano il 14% della spesa dei farmaci dell'apparato respiratorio e mostrano incrementi pari al 26,6% e al 19,0% rispettivamente (Tabella 3.12).

Nel 2025, i farmaci con il più elevato costo medio per DDD nel canale della farmaceutica convenzionata sono risultati la tirzepatide (25,23 euro), il ceftriaxone (11,23 euro) e la teriparatide (10,31 euro) (Tabella 3.14).

Sul versante dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2025 la spesa lorda *pro capite* ha raggiunto i 320,67 euro, in aumento del 6,2% rispetto all'anno precedente, nonostante la contrazione dei consumi dell'1,2%, attribuibile prevalentemente al cambio del canale erogativo di alcune categorie terapeutiche, e la diminuzione del 4,8% dei prezzi (Tabella 3.18). Pertanto, l'aumento della spesa è riconducibile al maggiore utilizzo di farmaci a più elevato costo (effetto mix: +12,9%) (Tabella 3.18).

All'interno delle categorie a maggior spesa, l'incremento più significativo ha riguardato i medicinali del sistema cardiovascolare (ATC C; +26,7%), del sistema nervoso centrale (ATC N; +16,1%), del sistema respiratorio (ATC R; +8,9%) e quella dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (ATC L; +7,4%). Per quanto riguarda i farmaci antineoplastici e immunomodulatori, la spesa è aumentata del 7,4%, per effetto dell'incremento dei consumi (+8,1%) e di un effetto mix positivo (+3,7%), a fronte di una riduzione dei prezzi del 4,3% (Tabella 3.18 e Figura 3.9). Simile andamento si riscontra per i farmaci del sistema respiratorio, dove i consumi presentano una crescita del 6,1% e vi è un leggero spostamento verso le specialità più costose (effetto mix: +4,0%) a fronte di una lieve riduzione dei prezzi (-1,3%). Per i farmaci del sistema nervoso centrale e del sistema respiratorio, invece, si evidenzia un forte spostamento delle prescrizioni verso specialità a più alto costo (effetto mix rispettivamente del +21,3% e del +25,8%).

Di contro le categorie a maggior spesa che fanno registrare una contrazione sono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (ATC A: -2,2%) e quelli del sangue e degli organi emopoietici (ATC B: -2,1%). Per quanto riguarda i primi la contrazione della spesa è ascrivibile principalmente alla riduzione dei volumi di consumo (-11,5%), anche per effetto delle riclassificazioni di alcune categorie, e secondariamente al decremento dei prezzi (-2,0%). Tali andamenti risultano tuttavia controbilanciati da un marcato spostamento della prescrizione verso specialità a maggior costo (effetto mix: +12,8%); mentre per i secondi hanno contribuito alla riduzione della spesa in egual misura sia la contrazione dei consumi (-1,1%) che lo spostamento verso specialità meno costose (-1,2%).

I farmaci del sistema nervoso centrale e i vari (ATC N e V) sono le uniche categorie a registrare un aumento dei prezzi (Figura 3.9). La categoria Vari (ATC V), pur rappresentando una quota marginale dei consumi (3,6 DDD/1000 abitanti *die*), assorbe oltre 640 milioni di euro di spesa. Tale andamento è attribuibile alla presenza di medicinali a elevatissimo costo unitario, in particolare radiofarmaci diagnostici e terapeutici di più recente introduzione, il cui crescente impiego in ambito oncologico determina un rilevante impatto economico a fronte di volumi di utilizzo contenuti (Tabelle 3.18 e 3.19).

Nell'area dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori si osserva una marcata eterogeneità tra le diverse categorie terapeutiche. In particolare, cresce la spesa associata alle terapie basate su anticorpi monoclonali (mAb), con incrementi per il gruppo "anticorpi monoclonali" (L04AG: +13,7%), per gli altri anticorpi monoclonali e coniugati anticorpo-farmaco (L01FX: +32,8%) e, soprattutto, per le combinazioni di anticorpi monoclonali e anticorpi farmaco-coniugati (L01FY: +55,3%) (Tabella 3.18). Tale andamento è sostenuto dall'aumento della spesa di diversi principi attivi, tra cui risankizumab (+45,7%), ofatumumab (+50,8%), durvalumab (+44,6%), cemiplimab (+36,6%), daratumumab (+10,3%) e pembrolizumab (+4,4%), nonché dall'associazione pertuzumab/trastuzumab (+40,9%) e dal farmaco-coniugato trastuzumab deruxtecan (+16,4%) (Tabella 3.19).

Tra le categorie a maggior variazione di spesa (oltre il 100%) vanno segnalati gli altri ipoglicemizzanti escluse le insuline che hanno raggiunto 0,91 euro *pro capite*. Tale andamento è principalmente attribuibile all'introduzione in commercio della tirzepatide (Tabella 3.18).

Tra i principi attivi, acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, a maggiore impatto sulla spesa della categoria si segnalano il dupilumab, che rappresenta il 76,2% della spesa dei farmaci dermatologici, l'aflibercept, con il 46,6% della spesa dei farmaci degli organi di senso, l'atovaquone, che rappresenta il 39,8% della spesa dei farmaci antiparassitari, e l'associazione elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, cui è attribuibile il 34,5% della spesa dei farmaci dell'apparato respiratorio (Tabella 3.19).

I primi trenta principi attivi per spesa rappresentano complessivamente il 34,2% della spesa sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche: di questi, quindici appartengono alla categoria dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (ATC L) (Tabella 3.20). In continuità con il 2024, pembrolizumab e daratumumab si confermano i principi attivi a maggiore spesa, con valori *pro capite* rispettivamente pari a 9,40 e 9,39 euro, corrispondenti a una spesa

complessiva di 554,1 e 553,5 milioni di euro, che insieme rappresentano il 5,8% della spesa totale. Al terzo posto si colloca semaglutide, con una spesa *pro capite* di 5,69 euro, seguita da dupilumab (5,30 euro). Per questi principi attivi si segnala una contrazione del costo medio DDD, con le più importanti riduzioni per pembrolizumab (-6,4%) e semaglutide (-6,9%); pertanto l'incremento della spesa osservato per questi farmaci è riconducibile al maggior utilizzo nella pratica clinica.

Analizzando i primi trenta principi attivi a maggiore aumento di spesa, quattordici appartengono alla categoria dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori. I maggiori incrementi si osservano per avalglucosidasi alfa e vutrisiran, entrambi superiori all'80%, con una spesa *pro capite* rispettivamente pari a 1,01 e 1,41 euro (Tabella 3.21). Al terzo posto si colloca il nirsevimab, indicato per la prevenzione della malattia delle basse vie respiratorie causata dal virus respiratorio sinciziale (VRS) nei neonati e nei bambini nella prima infanzia, che registra un incremento della spesa dell'87,9%, raggiungendo una spesa *pro capite* di 1,30 euro. Si evidenzia anche il principio attivo tafamidis, indicato per il trattamento dell'amiloidosi da transtiretina, che passa dal 17° al 9° posto, con una spesa *pro capite* pari a 3,68 euro e un incremento rispetto al 2024 del 32,1%, a conferma del crescente impatto di questo trattamento sulla spesa farmaceutica pubblica (Tabella 3.21).

I trenta principi attivi a maggiore costo medio per giornata di terapia (Tabella 3.22) evidenziano la forte concentrazione della spesa su medicinali caratterizzati da un impiego estremamente limitato in termini di volumi. Nel complesso, infatti, questi principi attivi rappresentano appena lo 0,2% dei consumi complessivi (0,5 DDD/1000 abitanti *die*), ma assorbono circa 3,11 miliardi di euro, pari al 16,4% della spesa complessiva sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche. Tale andamento riflette il crescente ricorso a terapie a elevato costo unitario, destinate prevalentemente al trattamento di patologie rare, oncologiche e di altre condizioni a elevata complessità assistenziale. L'onasemnogene abeparvovec, terapia genica indicata per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA), presenta il più elevato costo medio per DDD, superiore a un milione di euro, con un incremento del 17,2% rispetto al 2024. Tale variazione dipende dalla diversa modalità di contabilizzazione della spesa del farmaco che era soggetto ad accordi di rimborsabilità condizionata che prevedevano la ripartizione, nonché l'imputazione, di frazioni del costo del trattamento nel tempo in seguito alla verifica del mantenimento del successo terapeutico. Successivamente la modifica intervenuta nel 2024 ha previsto la revisione dell'accordo negoziale e la contabilizzazione dell'intero costo del trattamento all'infusione. Seguono l'acicabtagene ciloleucel con un costo medio di 186.453 euro per DDD e l'associazione pertuzumab/trastuzumab con 2.331 euro per DDD.

Tra i trenta principi attivi a maggiore consumo figurano dieci farmaci del sangue e degli organi emopoietici (ATC B) e sette dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (ATC A) (Tabella 3.23). Apixaban si conferma al primo posto con 7,1 DDD/1000 abitanti *die*, in aumento dell'8,4% rispetto al 2024, seguito dagli elettroliti per soluzioni endovenose (6,9 DDD/1000 abitanti *die*), che registrano una riduzione del 2,4%. Denosumab sale al terzo posto, guadagnando due posizioni rispetto all'anno precedente, con 6,7 DDD/1000 abitanti *die* e un incremento dei consumi del 16,7%.

Tra i principi attivi che registrano i maggiori incrementi dei consumi si segnala il faricimab, indicato nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età, dell'edema maculare diabetico e dell'edema maculare secondario a occlusione della vena retinica, con un aumento superiore al 100%. Incrementi particolarmente rilevanti si osservano anche per l'associazione ezetimibe/acido bempedoico (>100%) e l'acido bempedoico (+99%) (Tabella 3.24).

Le Tabelle 3.25 e 3.26 riportano i trenta principi attivi a maggiore spesa e a maggiore consumo, distinti tra assistenza farmaceutica convenzionata e acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche. In termini di spesa, pembrolizumab e daratumumab si confermano ai primi due posti della graduatoria, con un costo medio per DDD superiore a 110 euro. Seguono la semaglutide, il dupilumab, l'associazione elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor e l'apixaban, con una spesa complessiva compresa tra 268 e 448 milioni di euro. Per quanto riguarda i consumi, il colecalciferolo si conferma il principio attivo più utilizzato, con 122,1 DDD/1000 abitanti *die*, seguito dal ramipril (60,2 DDD/1000 abitanti *die*) e dall'atorvastatina (47,8 DDD/1000 abitanti *die*).

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.11 Effetto consumi, prezzi e mix sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata: confronto 2025-2024

(per ogni categoria ATC sono stati inclusi i sottogruppi terapeutici in ordine decrescente di spesa pro capite, fino al valore di 0,10 euro)

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
	Italia	177,22	1148,2	5,0	0,7	-0,4	4,7	4,3
	C - Sistema cardiovascolare	54,30	508,9	2,4	1,1	-0,2	1,5	1,3
C10AA	Inibitori della HMG CoA reduttasi	7,58	76,3	-4,1	-4,6	0,0	0,5	0,5
C10BA	Associazioni di vari modificatori dei lipidi	7,01	44,1	26,8	29,1	0,1	-1,9	-1,7
C07AB	Betabloccanti, selettivi	5,31	43,4	1,6	1,6	0,0	0,1	0,1
C09CA	Bloccanti dei recettori angiotensina II (ARBS), non associati	5,17	59,7	1,9	0,8	-0,2	1,2	1,1
C10AX	Altre sostanze modificatrici dei lipidi	4,44	10,8	4,1	5,7	0,2	-1,7	-1,5
C08CA	Derivati diidropiridinici	3,69	48,9	-2,9	-0,4	-0,8	-1,8	-2,6
C09DA	Bloccanti dei recettori angiotensina II (ARBS) e diuretici	3,60	30,5	-2,0	-1,2	-0,6	-0,1	-0,7
C09AA	ACE inibitori non associati	3,16	74,7	-4,4	-2,9	0,0	-1,5	-1,5
C09DB	Bloccanti dei recettori angiotensina II (ARBS) e calcio-antagonisti	2,09	14,6	9,2	9,7	0,0	-0,5	-0,5
C09BA	ACE inibitori e diuretici	2,06	16,5	-4,2	-3,8	0,0	-0,5	-0,5
C09BB	ACE inibitori e calcio-antagonisti	1,65	12,7	0,5	1,5	0,0	-1,0	-1,0
C02CA	Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici	1,20	7,4	-1,3	-0,8	0,0	-0,4	-0,5
C01BC	Antiaritmici, classe IC	1,15	4,7	0,9	-0,1	0,0	1,0	1,0
C09BX	ACE inibitori, altre associazioni	0,97	7,7	5,4	8,2	0,0	-2,6	-2,6
C03DA	Antagonisti dell'aldosterone	0,77	4,4	16,8	11,4	-0,7	5,7	4,9
C03CA	Sulfonamidi, non associate	0,73	22,2	-3,7	-3,0	0,0	-0,7	-0,7
C07BB	Betabloccanti selettivi e tiazidi	0,60	6,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
C01EB	Altri preparati cardiaci	0,58	1,7	-6,2	8,8	-12,3	-1,8	-13,8
C10AB	Fibrati	0,41	3,0	-1,1	-0,6	0,0	-0,5	-0,5
C07AG	Bloccanti dei recettori alfa e beta adrenergici	0,38	2,2	-4,8	-5,4	0,2	0,5	0,7
C01DA	Nitrati organici	0,35	3,3	-10,2	-10,6	0,0	0,4	0,4
C01BD	Antiaritmici, classe III	0,27	2,9	1,8	2,1	0,0	-0,3	-0,3
C02AC	Agonisti dei recettori dell'imidazolina	0,15	1,0	-5,3	-5,5	0,0	0,2	0,2
C09DX	Bloccanti dei recettori angiotensina II (ARBS), altre associazioni	0,13	0,8	43,4	71,2	0,0	-16,2	-16,2
C03EB	Diuret. ad azione diuret. maggiore assoc. a farmaci risparmi. di potassio	0,11	0,6	-0,5	-0,5	0,0	0,0	0,0
C10BX	Modificatori di lipidi in associazione con altri farmaci	0,11	1,1	33,5	41,1	0,0	-5,4	-5,4
C08DB	Derivati benzotiazepinici	0,11	0,7	-7,8	-7,2	0,0	-0,6	-0,6

segue

Tabella 3.11 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo		38,42	257,9	22,6	2,7	-0,5	20,0	19,4
A02BC	Inibitori della pompa acida	9,65	67,8	-7,7	-7,0	0,0	-0,7	-0,7
A11CC	Vitamina D ed analoghi	3,87	121,2	0,4	3,3	0,0	-2,8	-2,8
A10BK	Inibitori del cotrasportatore SGLT2 (sodio-glucosio tipo 2)	3,53	4,0	>100	>100	-0,2	-9,9	-10,1
A10BD	Associazioni di ipoglicemizzanti orali	3,19	4,8	>100	>100	-1,9	25,2	22,9
A10AB	Insuline ed analoghi iniettabili ad azione rapida	2,71	6,7	-1,4	0,0	-1,3	0,0	-1,3
A10BH	Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)	2,33	3,9	88,8	88,6	-0,4	0,5	0,1
A07EC	Acido aminosalicilico ed analoghi	2,31	6,1	-0,4	1,8	-2,6	0,5	-2,2
A10BJ	Analoghi del recettore GLP-1 (<i>Glucagon-Like Peptide-1</i>)	1,97	0,6	15,6	16,7	-0,1	-0,9	-1,0
A10BA	Biguanidi	1,72	22,8	0,3	-1,3	0,0	1,6	1,6
A10BX	Altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline	1,37	0,7	>100	-3,1	0,0	>100	>100
A07AA	Antibiotici	1,19	1,6	-11,1	-8,2	-1,4	-1,8	-3,2
A05AA	Acidi biliari e derivati	1,08	3,2	6,4	5,3	0,0	1,0	1,0
A10AE	Insuline e analoghi iniettabili ad azione lenta	0,72	0,5	10,5	>100	-0,3	-48,1	-48,2
A02AD	Associazioni fra composti di alluminio, calcio e magnesio	0,57	2,6	2,9	2,0	0,3	0,7	0,9
A12AX	Calcio, associazioni con vitamina D e/o altri farmaci	0,36	3,8	7,7	9,4	0,0	-1,6	-1,6
A10BB	Sulfoniluree	0,25	3,3	-15,7	-17,6	0,0	2,3	2,3
A07EA	Corticosteroidi ad azione locale	0,22	0,4	-3,1	1,0	-1,8	-2,2	-4,0
A04AA	Antagonisti della serotonina (5HT3)	0,22	<0,05	-0,6	2,2	0,0	-2,8	-2,8
A09AA	Preparati a base di enzimi	0,20	0,4	-3,6	-3,6	0,0	0,0	0,0
A06AH	Antagonisti dei recettori oppioidi periferici	0,17	0,2	18,5	23,6	-2,9	-1,3	-4,2
A10BG	Tiazolidioni	0,14	0,6	14,9	15,7	0,0	-0,7	-0,7
A02BD	Associazioni per l'eradicazione dell' <i>Helicobacter pylori</i>	0,14	0,1	19,9	19,9	0,0	0,0	0,0
N - Sistema nervoso		24,15	75,2	0,9	2,1	-1,3	0,1	-1,2
N06AX	Altri antidepressivi	3,89	14,3	1,7	5,1	-2,0	-1,3	-3,2
N06AB	Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	3,43	32,4	0,7	2,0	-0,1	-1,1	-1,2
N03AX	Altri antiepilettici	3,26	4,2	3,9	3,8	0,0	0,1	0,1
N02BF	Gabapentinoidi	2,13	3,7	6,4	7,0	0,0	-0,6	-0,6
N05AH	Diazepine, ossazepine, tiazepine e ossepine	1,21	1,5	4,6	3,0	0,0	1,6	1,6
N03AG	Derivati degli acidi grassi	1,04	2,4	0,5	0,7	0,0	-0,2	-0,2
N02CC	Agonisti selettivi dei recettori 5HT1	1,01	0,9	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2
N02AB	Derivati della fenilpiperidina	0,96	0,6	-9,6	-6,1	-0,9	-2,9	-3,7
N04BC	Agonisti della dopamina	0,85	0,9	-10,8	-3,9	-6,4	-0,8	-7,1

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.11 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
N02AX	Altri oppioidi	0,81	0,9	-21,5	-4,9	-16,5	-1,1	-17,4
N04BA	Dopa e suoi derivati	0,75	2,2	0,4	1,7	0,0	-1,3	-1,3
N04BD	Inibitori della monoaminoossidasi di tipo B	0,68	1,6	-12,1	-4,6	-1,2	-6,7	-7,8
N02AA	Alcaloidi naturali dell'oppio	0,58	0,5	-4,4	-3,9	0,0	-0,6	-0,6
N02AJ	Oppioidi in associazione con analgesici non oppioidi	0,52	1,4	-1,8	-2,6	0,0	0,9	0,9
N02AE	Derivati dell'oripavina	0,47	0,3	9,1	8,0	-0,7	1,6	1,0
N03AF	Derivati della carbossamide	0,43	1,6	-2,4	-2,4	0,0	0,1	0,1
N05BA	Derivati benzodiazepinici	0,42	<0,05	>100	>100	0,0	0,0	0,0
N05AX	Altri antipsicotici	0,30	0,5	1,9	1,1	0,0	0,8	0,8
N06AA	Inibitori non selettivi della monoamino-ricaptazione	0,16	1,1	1,4	1,7	0,0	-0,3	-0,3
N01BB	Amidi	0,16	0,3	-3,0	-3,0	0,0	0,0	0,0
N06DA	Anticolinesterasici	0,13	0,4	4,5	4,4	-1,2	1,3	0,1
N06BA	Simpaticomimetici ad azione centrale	0,13	0,2	38,2	39,1	-0,9	0,2	-0,7
N05AN	Litio	0,11	0,3	40,4	3,3	35,8	0,1	36,0
	R - Sistema respiratorio	16,08	40,9	0,9	-1,6	-0,6	3,2	2,6
R03AK	Adrenergici assoc. a corticosteroidi o altri, escl. anticolinergici	6,41	12,4	-1,1	0,7	-1,3	-0,6	-1,9
R03AL	Associaz.adrenergici con anticol. incl. triple ass. con cortic.	4,32	5,5	18,8	17,7	-0,5	1,4	0,9
R03BA	Glicocorticoidi	1,76	4,6	-8,6	-7,9	0,0	-0,8	-0,8
R03BB	Anticolinergici	1,70	3,3	-10,9	-13,6	0,1	3,0	3,1
R06AX	Altri antistaminici uso sistemico (antiistaminici)	0,64	5,9	-2,4	-2,7	0,0	0,3	0,3
R03DC	Antagonisti dei recettori leucotrienici	0,44	2,0	-3,4	-1,9	0,0	-1,6	-1,6
R06AE	Derivati piperazinici	0,41	4,3	-3,9	-2,4	0,0	-1,5	-1,5
R03AC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici	0,32	2,5	-13,6	-12,1	0,0	-1,7	-1,7
	J - Antimicrobici generali per uso sistemico	10,45	14,8	-8,7	-7,9	0,0	-0,9	-0,9
J01CR	Associaz.di penicilline, inclusi inibitori delle beta-lattamasi	2,89	5,5	-8,4	-8,2	0,0	-0,3	-0,3
J01DD	Cefalosporine di terza generazione	2,49	1,8	-7,6	-8,1	0,0	0,6	0,6
J01FA	Macrolidi	1,25	3,0	-12,4	-10,6	0,0	-2,0	-2,0
J01MA	Fluorochinoloni	0,86	1,2	-12,4	-11,0	0,0	-1,5	-1,5
J02AC	Derivati triazolici e tetrazolici	0,74	0,5	-15,3	-10,4	0,0	-5,4	-5,5
J05AB	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori transcriptasi inversa	0,61	0,3	3,4	3,6	0,0	-0,2	-0,2
J01XX	Altri antibatterici	0,57	0,3	-7,4	-7,3	0,0	-0,1	-0,1
J06BB	Immunoglobuline specifiche	0,37	<0,05	-3,6	-2,3	0,2	-1,6	-1,4
J01CA	Penicilline ad ampio spettro	0,18	0,9	-7,4	-7,0	0,0	-0,5	-0,5

segue

Tabella 3.11 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
B01AC	B - Sangue e organi emopoietici	7,62	83,8	6,3	-7,2	0,4	14,1	14,6
	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	3,06	61,1	-3,6	-1,6	0,5	-2,5	-2,0
	B01AB Eparinici	1,57	2,0	-8,1	-7,1	0,2	-1,3	-1,1
B01AF	Inibitori diretti del fattore Xa	0,95	1,4	>100	>100	-0,7	-44,8	-45,2
B03BB	Acido folico e derivati	0,59	7,9	5,1	5,8	0,0	-0,6	-0,6
B03AA	Ferro bivalente, preparati orali	0,41	3,3	1,2	0,5	0,0	0,6	0,6
B01AE	Inibitori diretti della trombina	0,25	0,4	>100	>100	-0,1	-36,2	-36,2
B05AA	Succedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,23	<0,05	-0,1	0,4	0,0	-0,5	-0,5
B05BB	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	0,16	0,2	10,9	-1,9	12,8	0,3	13,1
B01AA	Antagonisti della vitamina K	0,12	1,7	-10,0	-10,0	0,0	0,0	0,0
B03XA	Altri preparati antianemici	0,11	<0,05	9,4	14,8	-2,0	-2,8	-4,7
	G - Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	6,17	50,3	4,1	4,2	-0,1	0,0	-0,1
G04CA	Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici	3,23	32,3	2,5	3,7	0,0	-1,2	-1,2
G04CB	Inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	1,64	11,9	1,1	2,6	0,0	-1,4	-1,4
G03GA	Gonadotropine	0,17	<0,05	6,6	6,7	0,0	0,0	0,0
G02CB	Inibitori della prolattina	0,17	0,1	0,1	-0,2	0,0	0,2	0,2
G03CX	Altri estrogeni	0,16	1,0	6,3	7,4	0,0	-0,9	-0,9
G04BE	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni erettili	0,15	0,1	31,8	42,5	0,0	-7,5	-7,5
G04BD	Farmaci per la frequenza urinaria e l'incontinenza	0,15	0,9	15,7	19,6	0,0	-3,3	-3,3
G03DB	Derivati del pregnadiene	0,14	0,8	>100	>100	0,0	8,7	8,7
G03DA	Derivati del pregnene (4)	0,11	1,0	-0,3	0,2	0,0	-0,5	-0,5
	M - Sistema muscolo-scheletrico	5,39	38,7	-0,2	-0,5	-0,2	0,5	0,3
M05BA	Bifosfonati	1,59	8,4	4,5	5,3	-0,8	0,0	-0,8
M04AA	Preparati inibenti la formazione di acido urico	1,07	11,9	4,9	2,2	0,0	2,6	2,6
M01AB	Derivati dell'acido acetico e sostanze correlate	0,76	4,7	-3,9	-3,7	0,1	-0,3	-0,2
M01AH	Coxib	0,69	4,2	-2,2	-1,6	0,0	-0,6	-0,6
M01AE	Derivati dell'acido propionico	0,62	4,8	-7,6	-6,8	0,0	-0,8	-0,8
M05BB	Bifosfonati, associazioni	0,39	1,9	-0,8	-0,1	0,0	-0,7	-0,7
M01AX	Altri antinfiammatori e antireumatici non steroidei	0,10	1,2	-11,7	-11,8	0,0	0,1	0,1
	L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	4,61	6,8	0,1	1,0	0,0	-0,8	-0,9
L02BG	Inibitori dell'aromatasi	2,62	3,5	3,4	3,1	0,0	0,3	0,3
L04AX	Altri immunosoppressori	0,90	1,8	1,2	1,1	0,0	0,1	0,1
L04AD	Inibitori della calcineurina	0,47	0,2	-4,0	-3,2	0,0	-0,8	-0,8
L01XX	Altri antineoplastici	0,20	0,4	1,2	2,2	-0,2	-0,8	-1,0

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.11 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
	H - Preparati ormonali sistemici, esclusigli ormoni sessuali	4,33	41,4	1,8	0,3	-0,6	2,0	1,5
H03AA	Ormoni tiroidei	1,59	24,5	0,6	0,6	0,1	-0,1	0,0
H02AB	Glucocorticoidi	1,56	15,2	-1,1	-0,5	0,0	-0,6	-0,6
H05AA	Ormoni paratiroidei ed analoghi	0,93	0,2	23,8	19,5	0,0	3,7	3,7
	S - Organi di senso	3,89	22,7	0,5	1,6	-0,9	-0,2	-1,1
S01ED	Sostanze beta-bloccanti	2,29	13,3	0,2	1,6	-1,5	0,2	-1,3
S01EE	Analoghi delle prostaglandine	1,26	6,2	1,9	3,7	0,0	-1,8	-1,8
S01EC	Inibitori dell'anidasi carbonica	0,22	1,3	-1,0	-1,8	0,0	0,9	0,9
	D - Dermatologici	1,43	5,5	0,4	1,3	0,2	-1,0	-0,8
D05AX	Altri antipsoriasici per uso topico	0,94	2,9	-1,1	1,2	0,6	-2,8	-2,3
D10BA	Retinoidi per il trattamento dell'acne	0,13	0,3	6,3	8,3	-1,5	-0,4	-1,9
	P - Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,23	1,1	-4,6	1,4	-0,1	-5,8	-5,9
P01BA	Aminochinoline	0,18	1,0	1,5	1,7	0,0	-0,2	-0,2
	V - Vari	0,15	0,1	-32,0	-14,7	-0,4	-20,0	-20,3
V03AE	Farmaci per trattamento della iperkaliemia e iperfosfatemia	0,12	0,1	-4,6	-13,3	0,0	10,0	10,0

Tabella 3.12 Spesa, consumi e costo medio per giornata di terapia 2025 in regime di assistenza convenzionata: principi attivi più prescritti per I livello ATC (fino al 75% della spesa della categoria)

Categoria terapeutica	Spesa lorda pro capite	%*	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	%*	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
C – Cardiovascolare	54,30		2,5	508,9		1,5	0,29	1,3
atorvastatina	4,36	8,0	-4,2	46,3	9,1	-5,0	0,26	1,1
ezetimibe/rosuvastatina	3,86	7,1	26,6	27,9	5,5	28,5	0,38	-1,2
bisoprololo	3,05	5,6	1,9	13,9	2,7	2,4	0,60	-0,3
olmesartan	2,41	4,4	7,8	20,8	4,1	7,9	0,32	0,2
omega 3	2,12	3,9	-1,3	2,8	0,6	4,0	2,06	-4,9
ezetimibe	2,05	3,8	5,0	7,8	1,5	6,1	0,72	-0,7
olmesartan/amlodipina	1,93	3,6	8,8	13,2	2,6	9,6	0,40	-0,4
ramipril	1,78	3,3	-3,8	58,5	11,5	-2,0	0,08	-1,6
rosuvastatina	1,77	3,3	4,4	18,3	3,6	3,1	0,27	1,6
nebivololo	1,65	3,0	1,5	17,9	3,5	2,0	0,25	-0,3
amlodipina	1,61	3,0	-0,5	29,0	5,7	0,8	0,15	-1,0
ezetimibe/atorvastatina	1,52	2,8	52,7	10,6	2,1	53,6	0,39	-0,3
olmesartan/idroclorotiazide	1,41	2,6	4,1	11,7	2,3	4,6	0,33	-0,1
ezetimibe/simvastatina	1,28	2,4	0,6	5,4	1,1	1,4	0,65	-0,5
doxazosin	1,19	2,2	-1,3	7,4	1,4	-0,6	0,44	-0,5
flecainide	1,01	1,9	2,3	3,5	0,7	3,5	0,79	-0,9
simvastatina	1,00	1,8	-12,0	8,5	1,7	-11,4	0,32	-0,3
lercanidipina	0,84	1,6	1,3	10,3	2,0	1,8	0,22	-0,2
perindopril/amlodipina	0,83	1,5	0,7	5,5	1,1	1,4	0,42	-0,5
valsartan	0,78	1,4	3,7	11,3	2,2	3,7	0,19	0,2
perindopril/indapamide/amlodipina	0,77	1,4	3,7	5,8	1,1	5,6	0,36	-1,5
zofenopril	0,64	1,2	-2,0	4,2	0,8	-2,1	0,42	0,3
furosemide	0,64	1,2	-3,0	21,3	4,2	-2,5	0,08	-0,3
valsartan/idroclorotiazide	0,61	1,1	-2,4	5,6	1,1	-1,4	0,30	-0,8
zofenopril/idroclorotiazide	0,57	1,0	-3,1	3,6	0,7	-2,7	0,43	-0,2
losartan	0,56	1,0	-6,9	5,8	1,1	-5,2	0,26	-1,5
irbesartan	0,55	1,0	-5,2	6,8	1,3	-4,9	0,22	-0,1
A - Gastrointestinale e metabolismo	38,42		22,6	257,9		3,0	0,41	19,4
pantoprazolo	4,10	10,7	-5,7	27,0	10,5	-5,1	0,42	-0,4
colecalfiferolo	3,22	8,4	0,7	118,8	46,1	3,8	0,07	-2,7
mesalazina	2,24	5,8	-0,4	5,8	2,3	2,2	1,05	-2,3
esomeprazolo	2,01	5,2	-6,1	14,5	5,6	-5,9	0,38	0,0
semaglutide	1,91	5,0	22,4	0,6	0,2	31,0	8,66	-6,3
omeprazolo	1,75	4,5	-8,7	14,9	5,8	-7,2	0,32	-1,4
metformina	1,72	4,5	0,3	22,8	8,8	-1,0	0,21	1,6
linagliptin	1,63	4,3	90,3	2,0	0,8	91,7	2,20	-0,4
dapagliflozin	1,63	4,2	>100	2,2	0,9	>100	2,01	-7,9
lansoprazolo	1,59	4,1	-11,6	10,1	3,9	-10,6	0,43	-0,8
empagliflozin	1,32	3,4	>100	1,2	0,5	>100	3,00	11,5
tirzepatide	1,28	3,3	0,0	0,1	0,1	0,0	25,23	-
insulina lispro	1,17	3,1	2,3	3,1	1,2	2,6	1,04	0,0

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.12 - *continua*

Categoria terapeutica	Spesa lorda <i>pro capite</i>	%*	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	%*	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
insulina aspart	1,08	2,8	-2,3	2,6	1,0	-0,8	1,14	-1,3
rifaximina	1,06	2,7	-16,0	1,4	0,5	-14,4	2,05	-1,5
acido ursodesossilico	1,06	2,7	6,6	3,1	1,2	5,8	0,92	1,1
linagliptin/empagliflozin	0,77	2,0	>100	0,6	0,2	>100	3,41	-3,9
N - Sistema nervoso	24,15		0,9	75,2		2,4	0,88	-1,2
levetiracetam	1,77	7,3	2,1	2,4	3,2	2,7	2,00	-0,3
pregabalin	1,72	7,1	6,8	3,1	4,2	7,7	1,50	-0,6
vortioxetina	1,08	4,5	2,8	2,8	3,7	11,1	1,06	-7,2
acido valproico	1,02	4,2	0,6	2,4	3,2	1,1	1,16	-0,2
sertralina	1,01	4,2	8,3	11,2	14,9	8,3	0,25	0,3
escitalopram	0,96	4,0	-0,5	7,7	10,2	0,4	0,34	-0,6
fentanil	0,96	4,0	-9,6	0,6	0,7	-5,8	4,69	-3,7
paroxetina	0,93	3,8	-1,8	7,8	10,3	-0,8	0,33	-0,8
venlafaxina	0,86	3,6	1,1	4,1	5,4	2,6	0,58	-1,2
duloxetina	0,84	3,5	-2,9	3,8	5,0	4,7	0,61	-7,0
quetiapina	0,74	3,1	6,6	0,6	0,8	7,1	3,38	-0,1
tapentadol	0,64	2,7	-24,3	0,6	0,8	-2,7	3,10	-22,0
lacosamide	0,56	2,3	12,9	0,5	0,7	13,6	2,83	-0,3
lamotrigina	0,54	2,2	4,9	0,8	1,1	5,5	1,75	-0,3
trazodone	0,48	2,0	5,1	1,4	1,8	5,6	0,98	-0,2
buprenorfina	0,47	1,9	9,1	0,3	0,4	8,4	4,78	1,0
naloxone/ossicodone	0,45	1,9	-4,7	0,3	0,4	-3,5	3,71	-1,0
clobazam	0,42	1,7	>100	<0,05	0,0	>100	109,59	0,0
rotigotina	0,42	1,7	-18,5	0,3	0,3	-5,5	4,48	-13,5
gabapentin	0,41	1,7	5,0	0,5	0,7	5,5	2,13	-0,2
levodopa/benserazide	0,39	1,6	2,2	1,1	1,5	2,5	0,96	0,0
mirtazapina	0,39	1,6	3,5	1,9	2,5	3,9	0,56	-0,1
pramipexolo	0,35	1,5	-0,5	0,4	0,6	-0,6	2,33	0,4
citalopram	0,34	1,4	-3,3	3,7	4,9	-1,5	0,25	-1,6
olanzapina	0,30	1,3	1,4	0,6	0,8	1,4	1,40	0,3
safinamide	0,30	1,2	-23,2	0,2	0,3	-20,5	3,73	-3,1
R - Respiratorio	16,08		0,9	40,9		-1,3	1,08	2,6
vilanterolo/fluticasone furoato	2,24	13,9	2,6	3,9	9,6	2,9	1,57	0,0
formoterolo/beclometasone	2,17	13,5	2,1	4,4	10,8	4,5	1,34	-2,0
formoterolo/glicopirronio/ beclometasone	1,32	8,2	26,6	1,4	3,4	27,2	2,58	-0,2
formoterolo/budesonide	1,09	6,8	-6,7	1,9	4,7	-2,3	1,56	-4,2
vilanterolo/umeclidinio	1,09	6,8	20,3	1,6	3,9	23,0	1,87	-1,9
vilanterolo/umeclidinio/ fluticasone furoato	0,94	5,8	19,0	0,9	2,3	19,3	2,72	0,0
umeclidinio	0,68	4,2	-2,1	1,2	3,0	-1,8	1,51	0,0
salmeterolo/fluticasone	0,62	3,8	-11,5	1,5	3,6	-10,6	1,16	-0,7
beclometasone	0,62	3,8	-6,9	1,6	4,0	-6,9	1,03	0,2
tiotropio	0,54	3,3	-14,5	1,1	2,7	-14,4	1,35	0,2
budesonide	0,49	3,1	-10,5	0,8	2,0	-9,2	1,62	-1,1
montelukast	0,44	2,8	-3,4	2,0	4,9	-1,6	0,61	-1,6

segue

Tabella 3.12 - *continua*

Categoria terapeutica	Spesa lorda pro capite	%*	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	%*	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
J – Antimicrobici	10,45		-8,6	14,8		-7,6	1,94	-0,9
amoxicillina/acido clavulanico	2,74	26,2	-9,1	5,5	37,3	-7,9	1,36	-1,0
cefixima	0,98	9,4	-9,6	1,2	7,8	-8,9	2,32	-0,5
ceftriaxone	0,96	9,1	-5,0	0,2	1,6	-3,4	11,23	-1,4
azitromicina	0,68	6,5	-13,3	1,3	8,6	-12,6	1,46	-0,5
fluconazolo	0,61	5,9	-9,5	0,3	2,0	-8,5	5,55	-0,8
fosfomicina	0,57	5,4	-7,6	0,3	2,3	-7,0	4,57	-0,3
claritromicina	0,54	5,1	-10,9	1,7	11,2	-8,4	0,89	-2,5
ciprofloxacina	0,50	4,8	-11,4	0,6	3,8	-8,9	2,47	-2,5
cefditoren	0,35	3,4	-3,7	0,3	1,8	-3,4	3,58	0,0
B - Sangue e organi emopoietici	7,62		6,4	83,8		-6,9	0,25	14,6
enoxaparina	1,50	19,7	-5,0	2,0	2,4	-4,4	2,07	-0,3
clopidogrel	1,27	16,6	-1,2	6,5	7,7	0,0	0,54	-0,9
acido acetilsalicilico	1,23	16,1	1,1	46,2	55,2	-0,4	0,07	1,9
acido folico	0,59	7,8	5,2	7,9	9,4	6,1	0,21	-0,6
rivaroxaban	0,55	7,2	>100	1,2	1,4	>100	1,31	-30,3
apixaban	0,34	4,4	4,6	0,2	0,3	4,9	3,83	0,0
ferroso solfato	0,28	3,7	-2,2	2,5	3,0	-1,9	0,31	0,0
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	6,17		4,2	50,3		4,5	0,34	-0,1
tamsulosina	1,20	19,5	0,6	12,3	24,5	2,8	0,27	-1,9
alfuzosina	1,08	17,5	5,3	11,5	23,0	5,9	0,26	-0,3
dutasteride	1,07	17,3	1,3	8,9	17,8	2,6	0,33	-1,0
silodosina	0,82	13,3	3,8	7,4	14,7	5,0	0,30	-0,9
finasteride	0,57	9,3	1,0	3,0	5,9	3,9	0,53	-2,6
M - Muscolo-scheletrico	5,39		-0,1	38,7		-0,1	0,38	0,3
acido alendronico	0,98	18,2	5,9	5,5	14,3	8,4	0,48	-2,0
febuxostat	0,68	12,7	7,4	2,8	7,3	7,8	0,66	-0,1
diclofenac	0,62	11,6	-2,6	4,2	10,8	-2,5	0,41	0,2
etoricoxib	0,60	11,1	-1,9	3,6	9,4	-1,0	0,45	-0,7
acido alendronico/colecalciferolo	0,39	7,3	-0,8	1,9	4,8	0,3	0,58	-0,7
allopurinolo	0,39	7,3	0,9	9,1	23,6	1,0	0,12	0,2
acido risedronico	0,38	7,0	0,9	2,2	5,7	1,7	0,47	-0,5
L - Antineoplastici e immunomodulatori	4,61		0,1	6,8		1,3	1,85	-0,9
letrozolo	1,71	37,1	4,2	2,1	30,8	4,8	2,23	-0,3
metotrexato	0,81	17,6	2,0	1,6	22,9	2,5	1,43	-0,3
exemestane	0,60	13,0	6,4	0,7	11,0	6,9	2,20	-0,2
ciclosporina	0,36	7,8	-8,6	0,1	1,9	-5,8	7,70	-2,7
anastrozolo	0,31	6,6	-5,5	0,6	9,2	-4,7	1,33	-0,6
H - Ormoni sistemici	4,33		1,8	41,4		0,6	0,29	1,5
levotiroxina	1,57	36,2	1,0	24,4	59,1	1,0	0,18	0,3
teriparatide	0,89	20,7	19,0	0,2	0,6	19,7	10,31	-0,3
prednisone	0,69	16,0	-2,5	7,2	17,5	-1,6	0,26	-0,7
betametasona	0,32	7,4	-5,1	2,1	5,1	-4,7	0,42	-0,1
desametasona	0,22	5,0	14,5	2,1	5,2	17,6	0,28	-2,4

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.12 - *continua*

Categoria terapeutica	Spesa lorda <i>pro capite</i>	%*	Δ % 25-24	DDD/1000 <i>ab die</i>	%*	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
S - Organi di senso	3,89		0,5	22,7		1,9	0,47	-1,1
dorzolamide/timololo	0,68	17,5	9,2	4,5	19,9	11,0	0,41	-1,4
tafluprost	0,50	12,8	-1,6	1,6	7,2	-0,2	0,84	-1,1
timololo	0,41	10,6	2,5	3,3	14,5	1,9	0,35	0,9
tafluprost/timololo	0,34	8,8	5,0	1,0	4,3	4,9	0,97	0,4
bimatoprost	0,30	7,6	-4,7	1,7	7,6	-2,8	0,48	-1,6
timololo/bimatoprost	0,30	7,6	-9,3	1,3	5,8	-5,1	0,62	-4,2
latanoprost	0,29	7,5	12,5	1,9	8,6	12,2	0,41	0,5
timololo/brinzolamide	0,24	6,1	-2,1	1,4	6,2	-2,4	0,47	0,7
D - Dermatologici	1,43		0,5	5,5		1,6	0,71	-0,8
calcipotriolo/betametazone	0,93	64,8	0,3	2,9	52,3	2,7	0,88	-2,1
isotretinoina	0,13	8,9	6,4	0,3	4,6	8,7	1,35	-1,9
clobetasolo	0,08	5,8	2,4	1,1	19,6	3,3	0,21	-0,6
tirbanibulin	0,06	4,4	26,4	<0,05	0,2	26,7	15,91	0,0
diclofenac	0,05	3,8	-8,4	0,1	0,9	-6,0	2,81	-2,3
P - Antiparassitari	0,23		-4,6	1,1		1,7	0,58	-5,9
idrossiclorochina	0,18	78,1	1,6	1,0	87,9	2,0	0,52	-0,2
mebendazolo	0,02	10,5	5,9	0,1	8,2	4,6	0,74	1,5
metronidazolo	0,01	5,9	-2,6	<0,05	3,3	-2,1	1,02	-0,2
meflochina	0,01	3,9	-61,2	<0,05	0,2	-60,6	12,45	-1,0
albendazolo	0,00	1,6	-17,6	<0,05	0,4	-17,3	2,26	0,0
V - Vari	0,15		-32,0	0,1		-14,4	4,83	-20,3
sevelamer	0,07	46,9	10,6	<0,05	42,5	11,1	5,34	-0,1
polistirene sulfonato	0,03	20,2	-15,6	<0,05	35,0	-15,6	2,79	0,2
ossidrossido sucroferico	0,02	12,2	4,4	<0,05	7,0	4,7	8,44	0,0
deferassiross	0,01	8,5	-83,6	<0,05	0,6	-83,8	68,79	1,3
deferoxamina	0,01	3,4	5,4	<0,05	0,8	5,7	19,61	0,0

* le percentuali di spesa e di DDD sono calcolate sul totale della categoria ATC

Tabella 3.13 Primi trenta principi attivi per spesa in regime di assistenza convenzionata: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	%*	Spesa lorda pro capite	Δ % 25-24	Rango 2025	Rango 2024	Costo medio DDD	Δ % 25-24	Costo medio DDD acquisti diretti
C	atorvastatina	257,0	2,6	4,36	-4,2	1	1	0,26	1,1	<0,005
A	pantoprazolo	241,4	2,5	4,10	-5,7	2	2	0,42	-0,4	0,04
C	ezetimibe/ rosuvastatina	227,6	2,3	3,86	26,6	3	4	0,38	-1,2	0,01
A	colecalfierolo	189,9	1,9	3,22	0,7	4	3	0,07	-2,7	0,01
C	bisoprololo	179,9	1,8	3,05	1,9	5	6	0,60	-0,3	0,06
J	amoxicillina/acido clavulanico	161,4	1,7	2,74	-9,1	6	5	1,36	-1,0	0,27
C	olmesartan	141,9	1,5	2,41	7,8	7	8	0,32	0,2	0,11
R	vilanterolo/ fluticasone furoato	132,1	1,4	2,24	2,6	8	9	1,57	0,0	0,95
A	mesalazina	132,0	1,3	2,24	-0,4	9	7	1,05	-2,3	0,23
R	formoterolo/ beclometasone	128,1	1,3	2,17	2,1	10	12	1,34	-2,0	0,73
C	omega 3	124,7	1,3	2,12	-1,3	11	11	2,06	-4,9	0,43
C	ezetimibe	120,6	1,2	2,05	5,0	12	13	0,72	-0,7	0,06
A	esomeprazolo	118,7	1,2	2,01	-6,1	13	10	0,38	0,0	0,16
C	olmesartan/ amlodipina	113,9	1,2	1,93	8,8	14	17	0,40	-0,4	0,18
A	semaglutide	112,5	1,2	1,91	22,4	15	26	8,66	-6,3	2,66
C	ramipril	104,7	1,1	1,78	-3,8	16	15	0,08	-1,6	0,01
C	rosuvastatina	104,3	1,1	1,77	4,4	17	20	0,27	1,6	0,04
N	levetiracetam	104,2	1,1	1,77	2,1	18	18	2,00	-0,3	0,62
A	omeprazolo	102,9	1,1	1,75	-8,7	19	14	0,32	-1,4	0,03
A	metformina	101,6	1,0	1,72	0,3	20	19	0,21	1,6	0,06
N	pregabalin	101,4	1,0	1,72	6,8	21	24	1,50	-0,6	0,10
L	letrozolo	100,8	1,0	1,71	4,2	22	21	2,23	-0,3	0,14
C	nebivololo	97,2	1,0	1,65	1,5	23	22	0,25	-0,3	0,04
A	linagliptin	96,3	1,0	1,63	90,3	24	57	2,20	-0,4	1,09
A	dapagliflozin	96,1	1,0	1,63	>100	25	482	2,01	-7,9	1,08
C	amlodipina	95,0	1,0	1,61	-0,5	26	23	0,15	-1,0	<0,005
A	lansoprazolo	93,5	1,0	1,59	-11,6	27	16	0,43	-0,8	0,08
H	levotiroxina	92,4	0,9	1,57	1,0	28	27	0,18	0,3	0,04
C	ezetimibe/ atorvastatina	89,4	0,9	1,52	52,7	29	47	0,39	-0,3	0,09
B	enoxaparina	88,6	0,9	1,50	-5,0	30	25	2,07	-0,3	0,66
Totale primi 30		3850,2	39,4	65,32	5,8			0,34	3,3	0,81
Totale		10445,8	100,0	177,22	5,0			0,42	4,3	1,56

* calcolata sul totale della spesa convenzionata

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.14 Primi trenta principi attivi* a maggiore costo medio per giornata di terapia in regime di assistenza convenzionata: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Costo medio DDD	Δ % 25-24	Spesa lorda pro capite	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24
A	tirzepatide	25,23	-	1,28	-	0,1	-
J	ceftriaxone	11,23	-1,4	0,96	-5,0	0,2	-3,4
H	teriparatide	10,31	-0,3	0,89	19,0	0,2	19,7
A	insulina degludec/ liraglutide	9,36	-0,4	0,55	-6,1	0,2	-5,5
A	semaglutide	8,66	-6,3	1,91	22,4	0,6	31,0
J	fluconazolo	5,55	-0,8	0,61	-9,5	0,3	-8,5
N	fentanil	4,69	-3,7	0,96	-9,6	0,6	-5,8
J	fosfomicina	4,57	-0,3	0,57	-7,6	0,3	-7,0
A	linagliptin/empagliflozin	3,41	-3,9	0,77	>100	0,6	>100
N	quetiapina	3,38	-0,1	0,74	6,6	0,6	7,1
N	tapentadolo	3,10	-22,0	0,64	-24,3	0,6	-2,7
A	empagliflozin	3,00	11,5	1,32	>100	1,2	>100
N	lacosamide	2,83	-0,3	0,56	12,9	0,5	13,6
R	vilanterolo/umeclidinio/ fluticasone furoato	2,72	0,0	0,94	19,0	0,9	19,3
R	formoterolo/glicopirronio/ beclometasone	2,58	-0,2	1,32	26,6	1,4	27,2
J	cefixima	2,32	-0,5	0,98	-9,6	1,2	-8,9
L	letrozolo	2,23	-0,3	1,71	4,2	2,1	4,8
A	linagliptin	2,20	-0,4	1,63	90,3	2,0	91,7
L	exemestane	2,20	-0,2	0,60	6,4	0,7	6,9
A	empagliflozin/ metformina	2,14	-4,0	0,57	>100	0,7	>100
B	enoxaparina	2,07	-0,3	1,50	-5,0	2,0	-4,4
C	omega 3	2,06	-4,9	2,12	-1,3	2,8	4,0
A	rifaximina	2,05	-1,5	1,06	-16,0	1,4	-14,4
A	dapagliflozin	2,01	-7,9	1,63	>100	2,2	>100
N	levetiracetam	2,00	-0,3	1,77	2,1	2,4	2,7
R	vilanterolo/umeclidinio	1,87	-1,9	1,09	20,3	1,6	23,0
R	vilanterolo/ fluticasone furoato	1,57	0,0	2,24	2,6	3,9	2,9
R	formoterolo/budesonide	1,56	-4,2	1,09	-6,7	1,9	-2,3
R	umeclidinio	1,51	0,0	0,68	-2,1	1,2	-1,8
N	pregabalin	1,50	-0,6	1,72	6,8	3,1	7,7
Totale primi 30		2,49	2,1	34,40	22,7	37,9	20,6
Totale		0,42	4,3	177,22	5,0	1148,2	1,0

* selezionati tra i primi 100 principi attivi a maggior spesa *pro capite*

Tabella 3.15 Primi trenta principi attivi* a maggiore aumento di spesa in regime di assistenza convenzionata rispetto all'anno precedente: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Spesa lorda pro capite	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
A	empagliflozin	1,32	>100	1,2	>100	3,00	11,5
A	dapagliflozin	1,63	>100	2,2	>100	2,01	-7,9
B	rivaroxaban	0,55	>100	1,2	>100	1,31	-30,3
A	empagliflozin/metformina	0,57	>100	0,7	>100	2,14	-4,0
A	linagliptin/empagliflozin	0,77	>100	0,6	>100	3,41	-3,9
A	linagliptin	1,63	90,3	2,0	91,7	2,20	-0,4
A	sitagliptin	0,57	84,4	1,7	86,9	0,92	-1,1
C	ezetimibe/atorvastatina	1,52	52,7	10,6	53,6	0,39	-0,3
R	formoterolo/glicopirronio/ beclometasone	1,32	26,6	1,4	27,2	2,58	-0,2
C	ezetimibe/rosuvastatina	3,86	26,6	27,9	28,5	0,38	-1,2
A	semaglutide	1,91	22,4	0,6	31,0	8,66	-6,3
R	vilanterolo/umeclidinio	1,09	20,3	1,6	23,0	1,87	-1,9
H	teriparatide	0,89	19,0	0,2	19,7	10,31	-0,3
R	vilanterolo/umeclidinio/ fluticasone furoato	0,94	19,0	0,9	19,3	2,72	0,0
N	lacosamide	0,56	12,9	0,5	13,6	2,83	-0,3
S	dorzolamide/timololo	0,68	9,2	4,5	11,0	0,41	-1,4
C	olmesartan/amlodipina	1,93	8,8	13,2	9,6	0,40	-0,4
N	sertralina	1,01	8,3	11,2	8,3	0,25	0,3
C	olmesartan	2,41	7,8	20,8	7,9	0,32	0,2
M	febuxostat	0,68	7,4	2,8	7,8	0,66	-0,1
N	pregabalin	1,72	6,8	3,1	7,7	1,50	-0,6
A	acido ursodesossicolic	1,06	6,6	3,1	5,8	0,92	1,1
N	quetiapina	0,74	6,6	0,6	7,1	3,38	-0,1
L	exemestane	0,60	6,4	0,7	6,9	2,20	-0,2
M	acido alendronico	0,98	5,9	5,5	8,4	0,48	-2,0
G	alfuzosina	1,08	5,3	11,5	5,9	0,26	-0,3
B	acido folico	0,59	5,2	7,9	6,1	0,21	-0,6
C	ezetimibe	2,05	5,0	7,8	6,1	0,72	-0,7
C	rosuvastatina	1,77	4,4	18,3	3,1	0,27	1,6
L	letrozolo	1,71	4,2	2,1	4,8	2,23	-0,3
Totale primi 30		38,13	0,1	166,8	17,9	0,63	11,2
Totale		177,22	5,0	1148,2	1,0	0,42	4,3

* selezionati tra i primi 100 principi attivi a maggior spesa pro capite

Tabella 3.16 Primi trenta principi attivi per consumo in regime di assistenza convenzionata: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	DDD/1000 ab die	%*	Δ % 25-24	Rango 2025	Rango 2024	Costo medio DDD	Δ % 25-24	Costo medio DDD acquisti diretti
A	colecalfierolo	118,8	10,3	3,8	1	1	0,07	-2,7	0,01
C	ramipril	58,5	5,1	-2,0	2	2	0,08	-1,6	0,01
C	atorvastatina	46,3	4,0	-5,0	3	3	0,26	1,1	<0,005
B	acido acetilsalicilico	46,2	4,0	-0,4	4	4	0,07	1,9	0,01
C	amlodipina	29,0	2,5	0,8	5	5	0,15	-1,0	<0,005
C	ezetimibe/ rosuvastatina	27,9	2,4	28,5	6	10	0,38	-1,2	0,01
A	pantoprazolo	27,0	2,4	-5,1	7	6	0,42	-0,4	0,04
H	levotiroxina	24,4	2,1	1,0	8	7	0,18	0,3	0,04
A	metformina	22,8	2,0	-1,0	9	8	0,21	1,6	0,06
C	furosemide	21,3	1,9	-2,5	10	9	0,08	-0,3	0,02
C	olmesartan	20,8	1,8	7,9	11	11	0,32	0,2	0,11
C	rosuvastatina	18,3	1,6	3,1	12	12	0,27	1,6	0,04
C	nebulolo	17,9	1,6	2,0	13	13	0,25	-0,3	0,04
A	omeprazolo	14,9	1,3	-7,2	14	14	0,32	-1,4	0,03
A	esomeprazolo	14,5	1,3	-5,9	15	15	0,38	0,0	0,16
C	bisoprololo	13,9	1,2	2,4	16	16	0,60	-0,3	0,06
C	olmesartan/ amlodipina	13,2	1,2	9,6	17	17	0,40	-0,4	0,18
G	tamsulosina	12,3	1,1	2,8	18	18	0,27	-1,9	0,04
C	olmesartan/ idroclorotiazide	11,7	1,0	4,6	19	20	0,33	-0,1	0,14
G	alfuzosina	11,5	1,0	5,9	20	22	0,26	-0,3	0,05
C	valsartan	11,3	1,0	3,7	21	23	0,19	0,2	0,01
N	sertralina	11,2	1,0	8,3	22	24	0,25	0,3	<0,005
C	ezetimibe/ atorvastatina	10,6	0,9	53,6	23	39	0,39	-0,3	0,09
C	lercanidipina	10,3	0,9	1,8	24	25	0,22	-0,2	0,04
A	lansoprazolo	10,1	0,9	-10,6	25	19	0,43	-0,8	0,08
M	allopurinolo	9,1	0,8	1,0	26	27	0,12	0,2	0,04
G	dutasteride	8,9	0,8	2,6	27	28	0,33	-1,0	0,07
C	simvastatina	8,5	0,7	-11,4	28	26	0,32	-0,3	0,03
B	acido folico	7,9	0,7	6,1	29	34	0,21	-0,6	0,06
C	ezetimibe	7,8	0,7	6,1	30	36	0,72	-0,7	0,06
Totale primi 30		667,1	58,1	1,9			0,22	0,4	0,02
Totale		1148,2		1,0			0,42	4,3	

* calcolata sul totale del consumo in regime di assistenza convenzionata

Tabella 3.17 Primi trenta principi attivi per aumento dei consumi in regime di assistenza convenzionata: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24	Spesa pro capite	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
C	ezetimibe/atorvastatina	10,6	53,6	1,52	52,7	0,39	-0,3
C	ezetimibe/rosuvastatina	27,9	28,5	3,86	26,6	0,38	-1,2
N	vortioxetina	2,8	11,1	1,08	2,8	1,06	-7,2
S	dorzolamide/timololo	4,5	11,0	0,68	9,2	0,41	-1,4
A	calcio/colecalciferolo	3,8	9,8	0,36	7,7	0,25	-1,6
C	olmesartan/amlodipina	13,2	9,6	1,93	8,8	0,40	-0,4
C	ramipril/amlodipina	4,5	8,5	0,46	7,7	0,28	-0,5
M	acido alendronico	5,5	8,4	0,98	5,9	0,48	-2,0
N	sertralina	11,2	8,3	1,01	8,3	0,25	0,3
C	metoprololo	5,5	7,9	0,33	7,2	0,16	-0,4
C	olmesartan	20,8	7,9	2,41	7,8	0,32	0,2
M	febuxostat	2,8	7,8	0,68	7,4	0,66	-0,1
N	pregabalin	3,1	7,7	1,72	6,8	1,50	-0,6
B	acido folico	7,9	6,1	0,59	5,2	0,21	-0,6
C	ezetimibe	7,8	6,1	2,05	5,0	0,72	-0,7
G	alfuzosina	11,5	5,9	1,08	5,3	0,26	-0,3
A	acido ursodesossilico	3,1	5,8	1,06	6,6	0,92	1,1
C	perindopril/indapamide/ amlodipina	5,8	5,6	0,77	3,7	0,36	-1,5
G	silodosina	7,4	5,0	0,82	3,8	0,30	-0,9
N	duloxetina	3,8	4,7	0,84	-2,9	0,61	-7,0
C	olmesartan/idroclorotiazide	11,7	4,6	1,41	4,1	0,33	-0,1
R	formoterolo/beclometasone	4,4	4,5	2,17	2,1	1,34	-2,0
C	omega 3	2,8	4,0	2,12	-1,3	2,06	-4,9
G	finasteride	3,0	3,9	0,57	1,0	0,53	-2,6
A	colecalciferolo	118,8	3,8	3,22	0,7	0,07	-2,7
C	valsartan	11,3	3,7	0,78	3,7	0,19	0,2
C	perindopril/indapamide	2,9	3,6	0,46	3,3	0,44	0,0
C	flecainide	3,5	3,5	1,01	2,3	0,79	-0,9
C	rosuvastatina	18,3	3,1	1,77	4,4	0,27	1,6
R	vilanterolo/fluticasone furoato	3,9	2,9	2,24	2,6	1,57	0,0
Totale primi 30		344,3	7,6	38,98	0,0	0,32	-0,3
Totale		1148,2	1,0	177,22	5,0	0,42	4,3

* selezionati tra i primi 100 principi attivi a maggior consumo

Figura 3.9 Effetto consumi, prezzi e mix sulla variazione della spesa per i farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche per I livello ATC: confronto 2025-2024

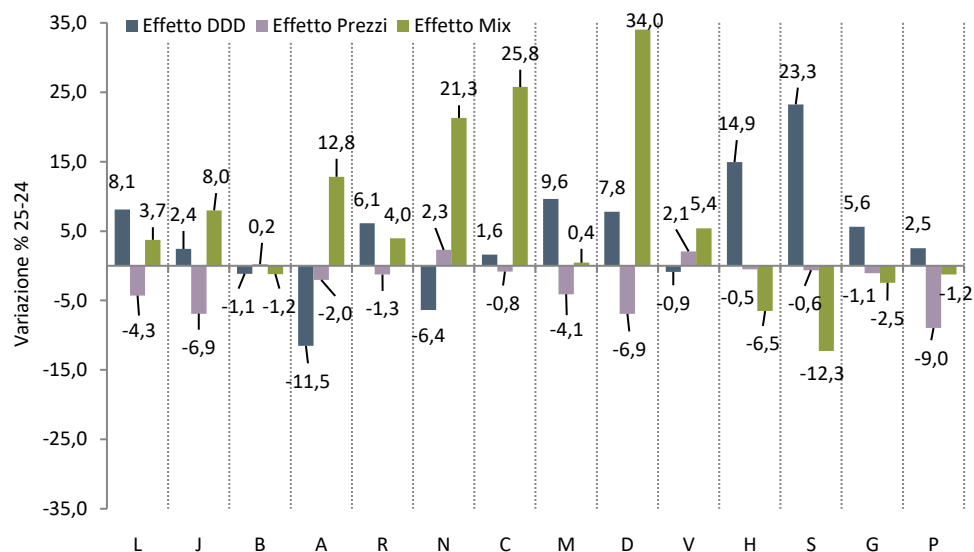


Tabella 3.18 Effetto consumi, prezzi e mix sulla variazione della spesa per i farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024 (per ogni categoria ATC sono stati inclusi i sottogruppi terapeutici in ordine decrescente di spesa pro capite, fino al valore di 0,10 euro)

ATC I livello ATC IV livello	Spesa lorda pro capite	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
			Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
Italia	320,67	203,6	6,2	-1,2	-4,8	12,9	7,5
L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	144,36	16,3	7,4	8,1	-4,3	3,7	-0,7
L01FF Inibitori di PD-1/PD-L1 (prot. morte cellulare prog.1/lig1)	19,14	0,5	9,1	13,4	-4,1	0,3	-3,8
L04AC Inibitori dell'interleuchina	14,25	2,1	2,8	23,9	-8,8	-9,0	-17,0
L01FC Inibitori di CD38 (cluster di differenziazione 38)	9,95	0,2	10,4	10,8	-0,4	0,1	-0,3
L04AG Anticorpi monoclonali	8,77	0,7	13,7	17,4	-3,0	-0,2	-3,2
L01FD Inibitori di HER2 (recett.2 fattore di crescita epid. umano)	7,21	0,2	0,0	-4,7	-4,2	9,6	5,0
L01EL Inibitori della tirosina chinasi di Bruton (BTK)	6,38	0,1	16,9	19,0	-8,5	7,4	-1,8
L01EX Altri inibitori della proteina chinasi	6,12	0,2	9,3	14,1	-4,2	0,0	-4,2
L01EF Inibitori della chinasi ciclina-dipendente (CDK)	5,87	0,2	7,0	5,9	-1,1	2,1	1,0
L02BB Antiandrogeni	5,63	0,6	22,1	1,0	-2,4	23,9	20,9
L01FX Altri anticorpi monoclonali e coniugati anticorpo-farmaco	5,16	0,1	32,8	36,7	-0,2	-2,6	-2,8
L04AJ Inibitori del complemento	4,25	<0,05	14,9	50,2	-6,4	-18,2	-23,4
L04AB Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)	4,22	2,1	-0,9	4,1	-1,7	-3,2	-4,9
L01EB Inib. tirosina chinasi recettore fatt. di crescita epid. (EGFR)	3,65	0,1	8,5	7,9	-1,0	1,6	0,5
L04AA Immunosoppressori selettivi	3,08	0,7	7,9	6,7	-1,5	2,7	1,2
L04AX Altri immunosoppressori	3,05	0,5	-21,9	-1,5	-0,3	-20,4	-20,7
L04AF Inibitori della chinasi Janus-associata (JAK)	2,97	0,5	30,2	35,1	0,1	-3,7	-3,6
L01EJ Inibitori della chinasi Janus-associata (JAK)	2,90	0,1	8,4	22,3	-10,7	-0,9	-11,4
L01XX Altri antineoplastici	2,50	0,1	24,6	15,0	0,6	7,7	8,4
L01XK Inibitori della poli (ADP-ribose) polimerasi (PARP)	2,37	0,1	4,2	6,3	-21,7	25,2	-2,0
L01XL Terapia cellulare e genica antineoplastica	2,29	<0,05	9,3	12,7	2,0	-5,0	-3,1
L02AE Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	2,26	2,5	10,5	9,5	-0,1	1,0	0,9
L01EA Inibitori della tirosina chinasi BCR-ABL	1,87	0,2	-13,1	2,8	-4,9	-11,1	-15,4

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda <i>pro capite</i>	DDD/1000 ab <i>die</i>	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
L01FY	Combinazioni di anticorpi monoclonali+anticorpi farmaco-coniugati	1,85	<0,05	55,3	>100	-11,6	-27,5	-35,9
L04AE	Modulatori del recettore della sfingosina 1-fosfato (S1P)	1,82	0,2	-24,1	1,5	-12,0	-15,1	-25,3
L01EC	Inibitori della serina-treonina chinasi B-RAF (BRAF)	1,72	<0,05	5,3	6,6	-2,7	1,5	-1,2
L01ED	Inibitori della chinasi del linfoma anaplastico (ALK)	1,56	<0,05	3,8	9,0	-2,8	-2,0	-4,7
L03AB	Interferoni	1,09	0,2	-5,2	-16,2	0,1	13,0	13,0
L01EE	Inibitori della proteina chinasi mitogeno-attivata (MEK)	1,08	<0,05	17,0	7,8	-2,0	10,7	8,5
L01FE	Inibitori di EGFR (recett. fattore di crescita epidermico)	1,05	<0,05	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0
L01XG	Inibitori dei proteasomi	0,96	<0,05	6,1	-0,5	-0,6	7,2	6,6
L04AD	Inibitori della calcineurina	0,90	0,4	1,9	3,6	-2,1	0,5	-1,6
L01BC	Analoghi della pirimidina	0,81	0,4	-5,2	0,2	-4,1	-1,4	-5,4
L04AH	Inib. chinasi target di rapamicina di mammiferi (mTOR)	0,79	0,2	7,2	7,4	-0,2	0,0	-0,2
L01FA	Inibitori di CD20 (cluster di differenziazione 20)	0,72	0,5	-14,9	2,7	-10,5	-7,5	-17,1
L01FG	Inibitori di VEGF/VEGFR (fattore di crescita angiogenico)	0,70	0,2	-22,1	11,5	-19,0	-13,7	-30,1
L04AL	Inibitori recettore cristallizzabile dei frammenti neonatali	0,58	<0,05	>100	>100	0,0	3,8	3,8
L01XJ	Inibitori della via di Hedgehog	0,46	<0,05	10,5	13,4	-0,1	-2,5	-2,5
L03AX	Altri immunostimolanti	0,43	0,1	-20,9	-16,3	-14,2	10,1	-5,5
L03AA	Fattori di stimolazione delle colonie	0,37	0,1	1,5	7,5	-3,3	-2,4	-5,6
L01CD	Taxani	0,37	0,2	-6,3	0,2	-2,9	-3,7	-6,4
L01EK	Inib.tirosina chinasi recet. fattore crescita end.vasc (VEGFR)	0,27	<0,05	-16,7	-0,6	-3,0	-13,6	-16,2
L01DB	Antracicline e sostanze correlate	0,27	0,1	-20,1	-15,8	-3,4	-1,8	-5,2
L01XY	Associazioni di antineoplastici	0,22	<0,05	-5,9	-5,9	0,0	0,0	0,0
L02BX	Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate	0,20	0,2	-0,1	43,2	1,0	-31,0	-30,3
L01EH	Inibitori tirosina chinasi recettore 2 fattore crescita epid. (HER2)	0,20	<0,05	-1,2	-5,3	2,8	1,6	4,4
L02BA	Antiestrogeni	0,16	0,1	72,6	6,0	-25,5	118,5	62,8
L04AK	Inibitori della diidroorotato deidrogenasi (DHODH)	0,15	0,3	-73,0	2,1	-25,5	-64,5	-73,6
L01XM	Inibitori della isocitrato deidrogenasi (IDH)	0,14	<0,05	>100	>100	>100	0,0	>100

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda <i>pro capite</i>	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
L01EG	Inibitori chinasi target della rapamicina nei mammif. (mTOR)	0,14	<0,05	-9,7	-2,9	0,3	-7,2	-7,0
L01CE	Inibitori della topoisomerasi 1 (TOP1)	0,14	<0,05	43,6	-4,6	-0,8	51,7	50,5
L01AA	Analoghi della mostarda azotata	0,13	0,1	26,9	2,9	1,9	21,0	23,3
L01AB	Alchilsulfonati	0,12	<0,05	42,0	6,8	2,3	30,0	32,9
L01EP	Inibitori della chinasi del fattore c-MET	0,11	<0,05	21,3	19,6	1,5	0,0	1,4
L01FB	Inibitori di CD22 (cluster di differenziazione 22)	0,10	<0,05	0,3	1,6	-1,3	0,0	-1,3
J - Antimicrobici generali per uso sistemico		38,83	6,5	3,0	2,4	-6,9	8,0	0,5
J05AR	Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV, assoc.	9,11	1,6	1,8	2,7	-1,8	0,9	-0,9
J06BA	Immunoglobulina umana normale	3,65	<0,05	22,8	23,5	-0,5	-0,1	-0,6
J07BK	Vaccini varicellosi Zoster	2,90	<0,05	15,2	12,2	-1,5	4,1	2,6
J07BB	Vaccini influenzali	2,84	0,6	6,3	9,5	-85,3	>100	-2,9
J07AH	Vaccini meningococcici	2,16	0,1	8,6	7,0	0,4	1,1	1,5
J07BM	Vaccini contro il papillomavirus	1,79	0,1	6,1	6,1	0,0	0,0	0,0
J07AL	Vaccini pneumococcici	1,58	0,1	-4,0	-4,9	-0,7	1,6	0,9
J05AX	Altri antivirali	1,48	<0,05	15,0	10,4	-1,7	6,0	4,2
J06BD	Anticorpi monoclonali antivirali	1,33	<0,05	28,3	52,4	-1,1	-14,8	-15,8
J05AJ	Inibitori dell'integrasi	1,22	0,3	-3,7	-0,9	-1,7	-1,2	-2,9
J05AP	Antivirali per il trattamento delle infezioni da HCV	1,00	<0,05	-13,0	-10,3	-1,3	-1,7	-3,0
J01DI	Altre cefalosporine e penemi	0,93	<0,05	7,0	3,7	-3,7	7,1	3,1
J02AA	Antibiotici	0,82	<0,05	-6,0	-5,5	0,0	-0,4	-0,5
J07CA	Vaccini batterici e virali in associazione	0,72	0,1	-7,7	-5,3	-2,4	-0,2	-2,6
J07BD	Vaccini morbillo	0,68	<0,05	-7,7	-11,9	0,9	3,9	4,8
J01CR	Associaz. di penicilline, incl. inibitori delle beta-lattamasi	0,63	0,6	9,3	2,5	-1,6	8,4	6,6
J01DH	Carbapenemi	0,57	0,1	1,4	-4,8	-2,0	8,8	6,6
J02AC	Derivati triazolici e tetrazolici	0,55	0,1	-2,0	-7,8	-1,1	7,5	6,3

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
J01XX	Altri antibatterici	0,48	0,1	-7,3	-1,3	-5,1	-1,1	-6,1
J01DD	Cefalosporine di terza generazione	0,48	0,3	-10,3	-3,4	-1,3	-6,0	-7,2
J05AB	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori transcriptasi inversa	0,45	0,1	-45,3	0,8	-0,3	-45,5	-45,7
J05AF	Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa	0,40	0,9	-0,5	6,9	15,4	-19,4	-6,9
J05AG	Non-nucleosidi inibitori della trascrittasi inversa	0,37	0,2	11,9	11,1	0,4	0,4	0,8
J06BB	Immunoglobuline specifiche	0,31	<0,05	4,4	6,3	-0,7	-1,0	-1,7
J01XA	Antibatterici glicopeptidici	0,28	<0,05	-4,8	-10,6	-1,9	8,7	6,6
J07BH	Vaccini della diarrea da rotavirus	0,22	<0,05	-7,9	-9,6	-2,8	4,8	1,9
J07AJ	Vaccini pertossici	0,17	<0,05	-0,8	3,1	-4,5	0,8	-3,7
J01XB	Polimixine	0,15	<0,05	-2,3	-2,4	-1,2	1,3	0,1
J07BC	Vaccini epatitici	0,15	<0,05	6,4	7,7	-0,4	-0,8	-1,2
J02AX	Altri antimicotici per uso sistemico	0,14	<0,05	-17,2	-4,4	-8,8	-5,0	-13,4
J01MA	Fluorochinoloni	0,13	0,1	11,6	-6,5	14,8	4,0	19,4
J05AE	Inibitori delle proteasi	0,13	<0,05	-68,5	-46,5	9,7	-46,3	-41,1
J01CA	Penicilline ad ampio spettro	0,11	<0,05	2,6	-0,8	-1,1	4,6	3,5
J01GB	Altri aminoglicosidi	0,10	<0,05	7,3	7,0	0,2	0,1	0,3
B - Sangue e organi emopoietici		36,93	54,9	-2,1	-1,1	0,2	-1,2	-0,9
B01AF	Inibitori diretti del fattore Xa	8,94	17,7	-13,5	2,2	-2,4	-13,2	-15,4
B02BD	Fattori della coagulazione del sangue	7,45	<0,05	-2,0	-3,0	-0,5	1,5	1,0
B02BX	Altri emostatici per uso sistemico	4,50	0,1	10,0	11,0	-4,5	3,8	-0,9
B03XA	Altri preparati antianemici	4,14	4,2	22,7	0,5	17,5	3,9	22,1
B01AC	Antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina	1,94	9,3	-8,8	-0,1	-7,6	-1,2	-8,8
B01AB	Eparinici	1,80	6,6	-14,1	-1,2	-8,7	-4,8	-13,1
B05BB	Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	1,46	7,0	13,9	-2,8	15,7	1,3	17,2
B06AC	Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario	1,02	<0,05	9,6	19,0	0,0	-7,9	-7,9
B01AX	Altri antitrombotici	0,93	0,4	20,0	0,8	-0,2	19,3	19,0

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
B05BA	Soluzioni nutrizionali parenterali	0,72	0,5	-0,1	-11,9	4,3	8,7	13,4
B03AC	Ferro, preparati parenterali	0,62	0,2	3,6	9,0	-4,1	-0,8	-5,0
B02BC	Emostatici locali	0,60	<0,05	8,6	7,6	1,6	-0,6	0,9
B05DB	Soluzioni ipertoniche	0,49	0,2	2,1	1,9	-0,6	0,8	0,2
B01AE	Inibitori diretti della trombina	0,47	1,6	-53,1	-26,0	8,8	-41,8	-36,7
B02AB	Inibitori delle proteasi	0,43	<0,05	11,8	-1,2	0,0	13,2	13,2
B01AD	Enzimi	0,36	<0,05	15,5	9,0	0,7	5,2	6,0
B02BB	Fibrinogeno	0,27	<0,05	4,4	7,8	-2,4	-0,8	-3,2
B05AA	Succedanei del sangue e frazioni proteiche plasmatiche	0,23	<0,05	-3,1	-11,5	-12,9	25,8	9,6
B05DA	Soluzioni isotoniche	0,21	<0,05	4,9	7,5	-3,8	1,3	-2,5
B05ZB	Emofiltrati	0,18	<0,05	-1,2	-4,6	1,8	1,7	3,5
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo		27,30	40,6	-2,2	-11,5	-2,0	12,8	10,5
A10BJ	Analoghi del recettore GLP-1 (<i>Glucagon-Like Peptide-1</i>)	7,69	8,8	0,7	0,4	-2,0	2,3	0,3
A16AB	Enzimi	6,38	<0,05	6,4	9,3	-2,0	-0,7	-2,7
A10BK	Inibitori del cotrasportatore SGLT2 (sodio-glucosio tipo 2)	3,15	7,0	-21,8	-23,6	1,5	0,9	2,3
A10AE	Insuline e analoghi iniettabili ad azione lenta	3,11	7,4	-3,6	8,1	-3,0	-8,1	-10,8
A16AX	Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo	2,03	0,0	12,6	10,6	-0,8	2,6	1,8
A10BD	Associazioni di ipoglicemizzanti orali	1,41	3,5	-37,3	-39,8	0,1	4,0	4,1
A10BX	Altri ipoglicemizzanti, escluse le insuline	0,91	0,4	>100	>100	20,0	>100	>100
A07AA	Antibiotici	0,38	0,3	10,5	11,2	-0,6	-0,1	-0,7
A05AX	Altri farmaci per la terapia biliare	0,34	<0,05	60,0	>100	-13,4	-80,3	-82,9
A04AA	Antagonisti della serotonina (5HT3)	0,26	0,1	15,2	3,6	0,4	10,7	11,1
A02BC	Inibitori della pompa acida	0,25	4,0	1,4	0,9	7,9	-6,8	0,5
A10AB	Insuline ed analoghi iniettabili ad azione rapida	0,17	0,8	18,2	-7,1	26,7	0,5	27,3
A16AA	Aminoacidi e derivati	0,16	0,1	-4,0	2,1	-9,3	3,6	-6,0

segue

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda <i>pro capite</i>	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
A09AA	Preparati a base di enzimi	0,15	0,2	21,8	7,7	0,4	12,7	13,1
A11BA	Polivitaminici, non associati	0,15	0,1	2,7	1,1	1,5	0,0	1,5
A06AD	Lassativi ad azione osmotica	0,12	1,1	21,4	-2,5	43,3	-13,1	24,5
	R - Sistema respiratorio	15,05	2,9	8,9	6,1	-1,3	4,0	2,6
R07AX	Altri preparati per il sistema respiratorio	9,47	0,1	2,6	4,4	-1,9	0,2	-1,8
R03DX	Altri farmaci sistemici per disturbi ostruttivi vie respiratorie	4,98	0,5	24,3	24,1	0,0	0,1	0,1
R05CB	Mucolitici	0,22	0,2	-4,0	-6,2	-2,5	5,0	2,4
R03AL	Associaz. adrenergici con anticol. incl. triple ass. con cortic.	0,11	0,2	27,0	18,3	1,4	5,8	7,4
	N - Sistema nervoso	14,53	24,8	16,1	-6,4	2,3	21,3	24,0
N07XX	Altri farmaci del sistema nervoso	5,42	0,3	26,9	21,6	-0,7	5,1	4,4
N05AX	Altri antipsicotici	2,72	3,2	4,4	2,5	-4,6	6,8	1,9
N03AX	Altri antiepilettici	1,23	1,2	17,6	5,6	-2,2	13,9	11,4
N04BA	Dopa e suoi derivati	0,84	0,2	33,4	1,4	-6,3	40,4	31,6
N02CD	Antagonisti del peptide correlato al gene della calcitonina	0,78	0,5	26,4	35,3	-6,9	0,3	-6,6
N07BC	Farmaci utilizzati nella dipendenza da oppioidi	0,51	2,2	1,6	-5,9	0,0	7,9	7,9
N05AH	Diazepine, ossazepine, tiazepine e ossepine	0,33	3,5	-3,4	-3,0	12,3	-11,3	-0,4
N06AX	Altri antidepressivi	0,27	0,9	24,1	9,1	0,6	13,1	13,8
N04BX	Altre sostanze dopaminergiche	0,22	0,2	12,0	12,2	0,0	-0,2	-0,2
N02BE	Anilidi	0,21	0,8	37,9	-67,1	>100	19,8	>100
N01BB	Amidi	0,21	1,7	12,0	-19,4	39,8	-0,6	38,9
N01AB	Idrocarburi alogenati	0,19	<0,05	-4,1	-6,0	-16,1	21,6	2,0
N01AX	Altri anestetici generali	0,17	0,2	-3,8	-2,7	6,3	-9,5	-1,1
N05AE	Derivati dell'indolo	0,12	0,2	-15,4	4,1	-12,2	-7,4	-18,8
N01AH	Anestetici oppioidi	0,12	0,2	11,4	10,0	-4,1	5,5	1,2

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
N06DA	Anticolinesterasici	0,10	1,0	11,5	4,4	20,5	-11,3	6,8
N05BA	Derivati benzodiazepinici	0,10	2,0	21,3	-1,7	9,0	13,1	23,3
C - Sistema cardiovascolare		12,89	21,9	26,7	1,6	-0,8	25,8	24,7
C10AX	Altre sostanze modificatrici dei lipidi	7,12	3,5	36,6	54,3	-2,7	-9,0	-11,5
C09DX	Bloccanti dei recettori angiotensina II (ARBs), altre associazioni	2,67	2,1	14,2	15,8	-1,4	0,0	-1,4
C02KX	Antipertensivi per ipertensione arteriosa polmonare	1,43	0,1	6,9	4,5	-2,9	5,4	2,3
C10BA	Associazioni di vari modificatori dei lipidi	0,52	1,6	86,3	99,6	-12,7	6,9	-6,7
C01CA	Adrenergici e dopaminergici	0,20	0,3	17,0	-60,4	38,3	>100	>100
C01DX	Altri vasodilatatori usati nelle malattie cardiache	0,17	0,1	>100	>100	0,1	-2,3	-2,2
C01EB	Altri preparati cardiaci	0,14	0,9	-18,2	-12,0	-2,6	-4,6	-7,1
C03XA	Antagonisti della vasopressina	0,13	<0,05	-11,0	0,7	-19,3	9,6	-11,6
C07AB	Betabloccanti, selettivi	0,12	<0,05	40,1	-26,8	-9,4	>100	91,4
M - Sistema muscolo-scheletrico		7,80	8,7	5,6	9,6	-4,1	0,4	-3,7
M05BX	Altri farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione	3,61	6,8	13,5	16,6	-3,5	0,9	-2,6
M09AX	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico	3,36	<0,05	-2,0	1,6	-6,3	3,0	-3,5
M03AX	Altri miorilassanti ad azione periferica	0,37	<0,05	8,4	8,0	0,2	0,2	0,4
M05BA	Bifosfonati	0,10	0,1	-1,3	-0,6	-15,9	18,1	-0,8
D - Dermatologici		6,96	9,7	34,5	7,8	-6,9	34,0	24,8
D11AH	Agenti per dermatiti, esclusi i corticosteroidi	6,21	0,7	34,4	55,4	-8,9	-5,0	-13,5
D08AC	Biguanidi ed amidine	0,32	1,7	87,1	39,6	6,3	26,1	34,0
V - Vari		6,30	3,6	6,7	-0,9	2,1	5,4	7,6
V08AB	Mezzi di contrasto radiologici idrosol. nefrotropici, a bassa osmolarità	1,70	0,1	8,3	-0,6	7,1	1,7	8,9
V03AE	Farmaci per trattamento dell'iperkaliemia e iperfosfatemia	0,74	0,4	32,2	20,1	-0,8	11,0	10,1

segue

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.18 - *continua*

ATC I livello		Spesa lorda pro capite	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24				Δ % Costo medio DDD
ATC IV livello				Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
V10XX	Radiofarmaci terapeutici vari	0,63	<0,05	96,9	62,6	-1,9	23,5	21,1
V09IX	Altri radiofarmaci diagnostici per rilevazione tumori	0,53	<0,05	14,3	0,2	11,0	2,7	14,0
V03AB	Antidoti	0,50	0,1	-22,4	-32,3	6,7	7,5	14,6
V08CA	Mezzi di contrasto paramagnetici	0,44	<0,05	-8,6	-0,1	-8,3	-0,2	-8,5
V03AF	Sostanze disintossicanti per trattamenti citostatici	0,33	0,2	3,2	2,6	1,9	-1,3	0,6
V03AC	Sostanze chelanti del ferro	0,23	0,1	-42,0	5,3	1,6	-45,8	-45,0
V01AA	Estratti allergenici	0,19	0,2	-1,5	1,2	-6,0	3,5	-2,7
V09AB	Composti dello iodio (123I)	0,19	<0,05	2,0	2,1	-0,1	0,1	0,0
V09FX	Radiofarmaci diagnostici della tiroide vari	0,15	<0,05	0,7	-33,6	-1,5	54,1	51,7
V04CX	Altri diagnostici	0,14	<0,05	10,9	-2,8	6,0	7,5	14,1
V07AB	Solventi e diluenti, comprese le soluzioni detergenti	0,14	2,3	12,9	-1,5	19,7	-4,2	14,7
H - Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali		4,65	6,0	6,9	14,9	-0,5	-6,5	-7,0
H01CB	Somatostatina ed analoghi	1,71	0,3	11,9	5,4	1,9	4,2	6,2
H01AC	Somatropina e agonisti della somatropina	1,06	0,3	-3,4	-3,2	-1,1	0,9	-0,2
H05BX	Altre sostanze antiparatiroidi	0,59	0,4	-1,3	1,3	-2,0	-0,5	-2,5
H02AB	Glicocorticoidi	0,53	4,4	20,4	18,8	5,9	-4,3	1,4
H01AX	Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi ed analoghi	0,33	0,0	-6,3	-6,3	0,0	0,0	0,0
H01CC	Ormoni liberatori delle anti-gonadotropine	0,14	0,2	>100	>100	-4,3	1,3	-3,0
H01BA	Vasopressina ed analoghi	0,10	<0,05	22,8	-15,2	-7,8	57,2	44,9
S - Organi di senso		3,59	3,5	7,5	23,3	-0,6	-12,3	-12,8
S01LA	Sostanze antineovascolarizzazione	2,73	1,9	8,9	77,0	-0,8	-37,9	-38,4
S01BA	Corticosteroidi, non associati	0,57	0,3	2,0	2,6	0,1	-0,6	-0,5
S01XA	Altri oftalmologici	0,13	0,1	17,8	13,5	-0,5	4,3	3,8
G - Sistema genito-urinario e ormoni sessuali		1,44	4,0	1,9	5,6	-1,1	-2,5	-3,5
G03GA	Gonadotropine	0,98	0,1	0,0	5,1	-2,3	-2,6	-4,9
G02AD	Prostaglandine	0,12	<0,05	-0,2	-13,8	-0,6	16,6	15,8
P - Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti		0,04	<0,05	-7,8	2,5	-9,0	-1,2	-10,1

Tabella 3.19 Spesa, consumi e costo medio per giornata di terapia nel 2025 per i farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche: principi attivi più prescritti per I livello ATC (fino al 75% della spesa della categoria)

ATC I livello	Spesa SSN	%*	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	%*	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Sostanze	pro capite							
L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	144,36		7,4	16,3		8,5	24,24	-0,8
pembrolizumab	9,40	6,5	4,4	0,2	1,4	11,9	110,57	-6,4
daratumumab	9,39	6,5	10,3	0,2	1,2	11,0	126,27	-0,4
nivolumab	4,20	2,9	1,2	0,1	0,7	3,1	107,25	-1,6
trastuzumab deruxtecan	3,60	2,5	16,4	<0,05	0,3	16,7	213,35	0,0
osimertinib	3,59	2,5	8,9	0,1	0,5	9,8	131,62	-0,5
ocrelizumab	3,47	2,4	7,9	0,2	1,4	19,0	40,85	-9,1
ibrutinib	3,18	2,2	-0,7	0,1	0,5	-0,3	118,13	-0,1
ravulizumab	2,72	1,9	83,0	<0,05	0,1	93,8	548,84	-5,3
enzalutamide	2,69	1,9	6,1	0,1	0,8	11,7	55,69	-4,8
ruxolitinib	2,53	1,8	0,3	0,1	0,5	13,5	93,05	-11,5
nintedanib	2,50	1,7	6,7	0,1	0,5	14,5	85,26	-6,6
secukinumab	2,44	1,7	3,9	0,2	1,5	9,8	27,06	-5,2
abemaciclib	2,35	1,6	14,9	0,1	0,6	10,1	64,85	4,7
apalutamide	2,33	1,6	34,9	0,1	0,7	35,2	54,20	0,0
risankizumab	2,29	1,6	45,7	0,4	2,2	62,5	17,91	-10,1
dimetilfumarato	2,13	1,5	-3,4	0,2	1,3	-2,5	27,04	-0,7
pertuzumab	2,13	1,5	-14,5	0,1	0,4	-7,2	95,00	-7,7
ribociclib	1,99	1,4	6,1	0,1	0,5	6,3	67,96	0,1
ofatumumab	1,85	1,3	50,8	0,1	0,8	55,4	40,50	-2,7
pertuzumab/trastuzumab	1,67	1,2	40,9	<0,05	0,0	58,6	2331,91	-10,9
ixekizumab	1,60	1,1	-1,1	0,1	0,9	1,1	29,70	-1,9
atezolizumab	1,59	1,1	9,7	0,1	0,3	9,6	80,75	0,4
acalabrutinib	1,59	1,1	14,3	<0,05	0,2	14,8	137,14	-0,2
guselkumab	1,58	1,1	22,7	0,2	1,1	23,3	24,31	-0,2
zanubrutinib	1,54	1,1	79,5	<0,05	0,2	80,0	108,04	0,0
palbociclib	1,53	1,1	-2,2	0,1	0,4	0,7	66,06	-2,6
venetoclax	1,53	1,1	16,0	<0,05	0,2	16,3	154,93	0,0
ustekinumab	1,49	1,0	-47,0	0,7	4,2	17,3	5,99	-54,7
canakinumab	1,48	1,0	2,5	<0,05	0,2	15,0	126,44	-10,6
natalizumab	1,47	1,0	-4,7	0,1	0,7	-0,6	36,96	-3,9
olaparib	1,47	1,0	4,9	<0,05	0,2	5,8	120,67	-0,6
durvalumab	1,42	1,0	44,6	<0,05	0,2	47,2	108,60	-1,5
vedolizumab	1,37	1,0	4,8	0,1	0,9	5,0	25,30	0,1
upadacitinib	1,33	0,9	44,7	0,2	1,5	58,9	15,30	-8,7
cemiplimab	1,28	0,9	36,6	<0,05	0,2	38,0	107,60	-0,7
axicabtagene ciloleucel	1,23	0,9	-14,1	<0,05	0,0	-13,2	186453,72	-0,7
triptorelina	1,17	0,8	12,0	1,2	7,1	10,5	2,75	1,7
dabrafenib	1,14	0,8	-0,5	<0,05	0,2	3,3	102,17	-3,3
leuprorelina	1,08	0,7	9,1	1,4	8,4	9,4	2,16	0,1
eculizumab	1,07	0,7	-48,8	<0,05	0,0	-33,8	506,11	-22,5
etanercept	1,05	0,7	-2,7	0,3	2,1	1,9	8,36	-4,2

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.19 - *continua*

ATC I livello	Spesa SSN	%	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	%	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Sostanze	<i>pro capite</i>							
adalimumab	1,03	0,7	-7,9	1,0	6,2	6,1	2,81	-12,9
tocilizumab	1,02	0,7	3,1	0,2	1,0	21,1	16,99	-14,6
trastuzumab emtansine	1,01	0,7	-5,4	<0,05	0,1	1,5	142,67	-6,6
cladribina	1,00	0,7	17,9	0,1	0,4	24,8	44,40	-5,2
brentuximab vedotin	0,99	0,7	4,5	<0,05	0,1	6,1	289,77	-1,2
alectinib	0,97	0,7	-6,7	<0,05	0,1	-1,8	127,85	-4,8
cabozantinib	0,90	0,6	5,6	<0,05	0,1	3,5	143,39	2,3
avelumab	0,84	0,6	8,0	<0,05	0,1	12,9	121,63	-4,1
carfilzomib	0,83	0,6	10,6	<0,05	0,1	11,0	117,56	0,0
tacrolimus	0,83	0,6	0,9	0,4	2,5	4,7	5,47	-3,3
baricitinib	0,81	0,6	10,0	0,1	0,8	10,2	16,79	0,1
ipilimumab	0,81	0,6	1,9	<0,05	0,0	2,0	312,96	0,2
abatacept	0,80	0,6	3,1	0,1	0,5	3,3	28,68	0,1
lenvatinib	0,80	0,6	17,1	<0,05	0,1	22,6	99,06	-4,2
apremilast	0,74	0,5	0,0	0,1	0,6	1,5	22,44	-1,1
J - Antimicrobici generali per uso sistemico	38,83		2,9	6,4		2,6	16,48	0,5
emtricitabina/tenofovir alafenamide/bictegravir	3,55	9,1	13,5	0,5	8,0	19,7	18,96	-5,0
vaccino varicella Zoster ricombinante adiuvato	2,84	7,3	17,1	<0,05	0,7	17,5	181,34	-0,1
dolutegravir/lamivudina	2,54	6,5	11,4	0,4	6,5	12,0	16,55	-0,3
immunoglobulina umana normale per somministrazione extravascolare	2,09	5,4	26,6	<0,05	0,1	26,1	596,53	0,7
vaccino meningococcico gruppo B	1,84	4,7	12,0	0,1	1,2	11,3	65,68	0,9
vaccino papillomavirus umano (tipi umani 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58)	1,79	4,6	6,1	0,1	1,1	6,4	69,32	0,0
immunoglobulina umana normale per somministrazione intravascolare	1,56	4,0	18,0	<0,05	0,2	24,2	374,65	-4,7
vaccino antinfluenzale trivalente da virus inattivato, antigene di superficie, adiuvato	1,55	4,0	0,0	0,3	4,4	0,0	15,00	-
nirsevimab	1,30	3,3	87,9	<0,05	0,2	74,5	265,61	8,0
vaccino pneumococcico ventivalente	0,85	2,2	20,0	<0,05	0,8	23,1	47,51	-2,2
bulevirtide	0,84	2,2	19,1	<0,05	0,2	19,5	152,79	0,0
vaccino antinfluenzale trivalente da virione splittato, inattivato, non adiuvato	0,82	2,1	0,0	0,2	3,0	0,0	11,47	-
amfotericina b	0,82	2,1	-5,9	<0,05	0,3	-5,2	101,09	-0,5
emtricitabina/rilpivirina/tenofovir alafenamide	0,75	1,9	-16,2	0,1	1,8	-16,0	17,95	-0,1

segue

Tabella 3.19 - *continua*

ATC I livello	Spesa SSN <i>pro capite</i>	%	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	%	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Sostanze								
vaccino morbillo/ parotite/rosolia/varicella vivo attenuato	0,67	1,7	-6,5	<0,05	0,6	-7,3	49,25	1,1
vaccino pneumococcico quindicivalente	0,65	1,7	-5,2	<0,05	0,6	-4,7	45,58	-0,3
dolutegravir	0,62	1,6	-9,4	0,1	1,7	-7,1	15,90	-2,2
dolutegravir/rilpivirina	0,55	1,4	-7,0	0,1	1,3	-5,4	18,05	-1,4
sofosbuvir/velpatasvir	0,54	1,4	-6,1	<0,05	0,3	-4,7	71,01	-1,3
emtricitabina/tenofovir alafenamide/darunavir/cobicistat	0,49	1,3	-20,6	0,1	1,0	-19,7	21,63	-0,8
cefiderocol	0,49	1,3	13,0	<0,05	0,0	22,3	509,27	-7,4
piperacillina/tazobactam	0,46	1,2	8,9	0,2	2,7	8,2	7,16	0,9
isavuconazolo	0,45	1,2	6,9	<0,05	0,2	5,5	101,71	1,7
tenofovir disoproxil/lamivudina/doravirina	0,44	1,1	15,0	0,1	1,3	15,4	14,37	-0,1
cabotegravir	0,43	1,1	29,0	0,1	1,6	31,4	11,15	-1,6
vaccino esavalente	0,43	1,1	-9,6	0,1	0,8	-6,6	23,52	-2,9
B - Sangue e organi emopoietici	36,93		-2,1	54,9		-0,9	1,84	-1,0
apixaban	4,21	11,4	5,4	7,1	12,9	8,4	1,63	-2,5
edoxaban	3,52	9,5	16,7	5,7	10,4	19,9	1,68	-2,4
emicizumab	2,46	6,7	13,5	<0,05	0,0	19,7	633,63	-4,9
epoetina alfa	2,14	5,8	47,0	3,4	6,1	5,9	1,74	39,2
enoxaparina	1,48	4,0	-13,8	6,1	11,1	1,1	0,66	-14,5
elettroliti per soluzioni endovenose	1,40	3,8	14,2	6,9	12,5	-2,4	0,56	17,4
rivaroxaban	1,21	3,3	-63,6	4,9	8,9	-17,9	0,68	-55,6
eltrombopag	1,06	2,9	-3,3	0,1	0,1	5,4	45,45	-8,0
albutrepenonacog alfa	1,04	2,8	6,0	<0,05	0,0	6,3	833,07	0,0
efmorocotog alfa	0,98	2,7	-9,7	<0,05	0,0	-9,5	624,54	0,0
darbepoetina alfa	0,93	2,5	9,0	0,5	0,8	9,3	5,64	0,0
damoctocog alfa pegol	0,92	2,5	3,2	<0,05	0,0	3,7	482,18	-0,2
turoctocog alfa pegilato	0,84	2,3	6,9	<0,05	0,0	7,1	450,38	0,0
luspatercept	0,83	2,2	4,6	<0,05	0,0	9,3	103,27	-4,0
ticagrelor	0,63	1,7	-28,1	1,0	1,9	-1,2	1,67	-27,0
ferro carbossimaltosio	0,60	1,6	2,5	0,2	0,4	8,4	8,09	-5,2
soluzioni per la nutrizione parenterale, associazioni	0,58	1,6	-1,4	0,1	0,2	-3,2	16,06	2,1
lanadelumab	0,58	1,6	9,3	<0,05	0,0	9,6	555,77	0,0
caplacizumab	0,58	1,6	48,0	<0,05	0,0	48,6	3395,18	-0,1
octocog alfa	0,54	1,5	-22,6	<0,05	0,0	-22,4	514,32	0,1
romiplostim	0,53	1,4	7,3	<0,05	0,1	8,9	49,76	-1,2
soluzione ipertoniche per dialisi peritoneale	0,49	1,3	2,2	0,2	0,3	2,5	8,35	0,0
treprostinil	0,47	1,3	5,4	<0,05	0,0	15,1	323,90	-8,2
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	27,30		-2,3	40,6		-11,2	1,84	10,3
semaglutide	5,69	20,8	22,2	5,9	14,4	31,7	2,66	-6,9

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.19 - *continua*

ATC I livello	Spesa SSN <i>pro capite</i>	%	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	%	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Sostanze								
dulaglutide	1,93	7,1	-30,5	2,8	7,0	-29,4	1,86	-1,3
dapagliflozin	1,58	5,8	-23,5	4,0	9,8	-22,5	1,08	-1,0
insulina glargine	1,45	5,3	2,1	4,5	11,1	3,0	0,88	-0,7
agalsidasi beta	1,29	4,7	7,1	<0,05	0,0	10,8	468,85	-3,0
empagliflozin	1,27	4,6	-16,6	2,4	5,8	-22,7	1,47	8,2
avalglucosidasi alfa	1,01	3,7	>100	<0,05	0,0	>100	871,35	-3,9
insulina degludec/liraglutide	0,93	3,4	-14,9	0,8	2,0	-6,4	3,19	-8,8
tirzepatide	0,91	3,3	0,0	0,4	1,0	0,0	6,30	-
imiglucerasi	0,90	3,3	3,0	<0,05	0,0	3,3	1096,50	0,0
agalsidasi alfa	0,71	2,6	-1,1	<0,05	0,0	-0,9	1625,02	0,0
migalastat	0,57	2,1	19,5	<0,05	0,0	20,3	433,13	-0,4
insulina degludec	0,53	1,9	-4,0	1,4	3,3	-3,7	1,07	0,0
eliglustat	0,50	1,8	9,2	<0,05	0,0	9,6	623,05	-0,1
dapagliflozin/metformina	0,48	1,7	-35,6	1,1	2,8	-34,6	1,16	-1,3
idursulfasi	0,43	1,6	2,8	<0,05	0,0	3,1	2264,96	-0,1
alglucosidasi alfa	0,39	1,4	-63,9	<0,05	0,0	-63,8	934,78	0,0
R - Sistema respiratorio	15,05		9,0	2,9		6,5	14,47	2,7
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	5,19	34,5	1,9	0,1	1,8	5,3	280,64	-3,0
ivacaftor	4,07	27,0	4,9	<0,05	0,9	4,5	435,59	0,7
mepolizumab	2,15	14,3	26,4	0,2	8,1	26,8	25,40	0,0
omalizumab	1,26	8,4	3,9	0,1	4,9	4,7	24,69	-0,4
benralizumab	1,10	7,3	10,2	0,1	3,6	10,4	28,98	0,0
N - Sistema nervoso	14,53		16,2	24,8		-6,0	1,61	24,0
tafamidis	3,68	25,3	32,1	0,2	0,7	32,4	55,22	0,1
vutrisiran	1,41	9,7	96,8	<0,05	0,0	>100	492,65	-5,8
aripirazolo	1,34	9,2	4,5	1,4	5,7	5,2	2,62	-0,4
paliperidone	1,01	6,9	-1,3	0,9	3,5	-5,3	3,22	4,5
foslevodopa/foscarbidopa	0,43	3,0	>100	<0,05	0,1	>100	66,57	0,0
levodopa/carbidopa	0,39	2,7	-22,2	0,1	0,4	-6,9	10,00	-16,2
cannabidiolo	0,32	2,2	14,8	<0,05	0,1	18,0	47,01	-2,5
risperidone	0,30	2,0	24,2	0,7	3,0	6,2	1,10	17,3
fremanezumab	0,27	1,8	4,8	0,1	0,5	29,4	5,70	-18,8
metadone	0,23	1,6	-6,4	1,8	7,3	-6,9	0,35	0,9
galcanezumab	0,22	1,5	14,3	0,1	0,6	19,5	4,17	-4,1
opicapone	0,21	1,5	13,1	0,2	0,7	13,4	3,24	0,0
paracetamolo	0,21	1,5	37,8	0,8	3,1	-67,0	0,77	>100
fenfluramina	0,18	1,3	71,4	<0,05	0,0	91,8	47,03	-10,4
esketamina	0,18	1,2	31,4	<0,05	0,1	31,8	19,23	0,0
quetiapina	0,18	1,2	10,6	1,4	5,5	-10,1	0,35	23,3
perampanel	0,16	1,1	11,0	0,1	0,4	12,0	4,56	-0,6
cenobamato	0,16	1,1	44,6	0,1	0,3	46,3	4,99	-0,9
levometadone	0,15	1,0	16,4	0,1	0,6	18,0	2,99	-1,0
C - Sistema cardiovascolare	12,89		26,2	21,9		1,8	1,61	24,3
alirocumab	2,66	20,7	36,4	1,3	5,7	49,0	5,80	-8,2
valsartan/sacubitril	2,66	20,6	13,7	2,1	9,7	15,8	3,43	-1,5
evolocumab	2,58	20,0	28,4	0,7	3,2	31,3	10,13	-1,9

segue

Tabella 3.19 - *continua*

ATC I livello	Spesa SSN <i>pro capite</i>	%	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	%	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Sostanze								
inclisiran	1,14	8,8	52,0	0,4	1,6	55,2	8,68	-1,8
macitentan	0,92	7,1	3,6	<0,05	0,2	8,1	66,02	-3,9
M - Sistema muscolo-scheletrico	7,80		6,3	8,7		9,9	2,45	-3,1
denosumab	2,05	26,3	12,9	6,7	77,3	16,7	0,83	-3,0
risdiplam	1,41	18,1	0,8	<0,05	0,1	11,6	359,92	-9,4
nusinersen	1,05	13,5	-1,6	<0,05	0,1	-1,4	384,82	0,0
onasemnogene abeparvovec	0,89	11,3	41,5	<0,05	0,0	21,1	1490627,53	17,2
vosoritide	0,58	7,5	4,8	<0,05	0,0	9,3	396,73	-3,8
D – Dermatologici	6,95		34,6	9,7		8,3	1,96	24,6
dupilumab	5,30	76,2	24,3	0,5	5,6	29,6	26,85	-3,8
ruxolitinib	0,37	5,4	>100	0,1	0,9	>100	12,41	0,0
tralokinumab	0,31	4,5	24,0	<0,05	0,3	>100	25,41	-86,0
clorexidina/alcool isopropilico	0,26	3,7	>100	0,1	1,4	>100	5,18	-0,6
lebrikizumab	0,14	2,0	>100	<0,05	0,2	>100	17,20	>100
V – Vari	6,30		6,6	3,6		-0,6	4,75	7,6
iomeprolo	0,66	10,5	2,9	<0,05	0,6	-2,4	82,67	5,7
ciclosilicato di sodio e zirconio	0,41	6,6	53,2	0,2	4,2	56,3	7,46	-1,7
fluoro desossiglucosio (18F)	0,38	6,0	10,5	<0,05	0,1	0,5	529,37	10,2
lutezio vipivotde tetraxetan	0,36	5,7	>100	<0,05	0,0	>100	16495,68	-25,0
andexanet alfa	0,27	4,3	5,2	<0,05	0,0	2,0	3459,02	3,4
iodixanolo	0,26	4,1	0,7	<0,05	0,2	-0,7	83,40	1,7
lutezio oxodotreotide (177Lu)	0,23	3,7	-11,9	<0,05	0,0	-12,9	14076,89	1,5
iopromide	0,22	3,5	18,0	<0,05	0,2	-3,5	78,68	22,6
iopamidolo	0,20	3,2	19,6	<0,05	0,4	4,4	36,49	14,9
iodio ioflupano (123I)	0,19	3,0	2,1	<0,05	0,0	2,4	811,77	0,0
gadobutrolo	0,18	2,8	-21,5	<0,05	0,3	2,9	53,28	-23,5
ioexolo	0,18	2,8	12,6	<0,05	0,2	5,2	55,88	7,3
iobitridolo	0,14	2,3	17,9	<0,05	0,2	-6,8	68,47	26,9
deferasirox	0,14	2,2	-51,8	<0,05	1,0	9,0	10,99	-55,7
rasburicase	0,13	2,1	7,5	<0,05	0,0	9,3	919,58	-1,3
patriomer	0,11	1,8	38,9	0,1	1,5	54,6	5,88	-9,9
tecnecio pertecnetato (99mTc)	0,10	1,7	-4,5	<0,05	0,0	-13,4	789,00	10,7
verde indocianina	0,10	1,7	13,0	<0,05	0,0	5,9	176,98	7,0
sevelamer	0,10	1,6	7,5	0,2	4,9	3,1	1,57	4,5
sugammadex	0,10	1,6	-61,3	<0,05	1,3	7,4	5,96	-63,9
acido gadoxetico	0,09	1,5	-2,1	<0,05	0,0	-3,0	179,74	1,1
calcio levofolinato	0,09	1,4	-0,7	0,1	2,9	6,4	2,25	-6,5
<i>polline graminacee phleum pratense/dactylis glomerata/anthoxanthum odoratum/lolium perenne/ poa pratensis</i>	0,09	1,4	-2,9	0,2	4,3	6,2	1,52	-8,3
H - Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	4,65		6,5	6,0		15,3	2,11	-7,4
somatropina	0,96	20,7	-6,8	0,2	4,1	-3,7	10,56	-3,0

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.19 - *continua*

ATC I livello	Spesa SSN <i>pro capite</i>	%	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	%	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
Sostanze								
octreotide	0,86	18,5	16,6	0,1	2,0	11,8	19,11	4,6
lanreotide	0,65	14,0	7,8	0,1	2,2	0,7	13,60	7,4
etelcalcetide	0,54	11,6	2,0	0,1	2,4	2,3	10,03	0,0
S - Organi di senso	3,59		7,5	3,5		23,6	2,78	-12,8
aflibercept	1,67	46,6	2,0	1,1	32,1	64,5	4,04	-37,8
faricimab	0,68	19,1	>100	0,7	20,0	>100	2,65	0,3
desametasone	0,56	15,5	2,0	0,3	8,9	3,0	4,85	-0,8
ranibizumab	0,22	6,1	-40,1	0,1	1,7	-7,7	9,76	-34,9
brolocizumab	0,13	3,7	-23,4	<0,05	0,0	-22,0	342,67	-1,6
G - Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	1,44		2,1	4,0		7,9	0,99	-5,1
follitropina alfa/lutropina alfa	0,34	23,8	-7,1	<0,05	0,1	-8,8	346,03	2,2
follitropina alfa da DNA ricombinante	0,24	16,5	-7,4	<0,05	1,1	0,0	14,29	-7,1
menotropina	0,15	10,4	15,5	<0,05	0,8	17,1	13,70	-1,1
follitropina beta	0,10	6,9	8,6	<0,05	0,3	14,5	26,60	-5,0
testosterone	0,08	5,9	12,8	0,2	5,5	18,8	1,07	-4,8
misoprostolo	0,07	4,9	19,6	<0,05	0,2	10,8	23,73	8,3
mifepristone	0,06	4,0	1,1	<0,05	0,2	2,2	20,01	-0,8
follitropina delta	0,05	3,6	39,8	<0,05	0,0	40,2	76,07	0,0
P - Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,04		-6,7	<0,05		3,4	3,28	-9,5
atovaquone	0,02	39,8	-9,9	<0,05	15,9	9,7	8,23	-17,6
permetrina	0,01	25,3	-11,4	<0,05	10,1	1,1	8,22	-12,1
ivermectina	0,01	14,4	-2,5	<0,05	2,9	23,6	16,58	-20,9
atovaquone/proguanile	<0,005	8,3	27,8	<0,05	6,8	28,2	4,03	0,0
idrossiclorochina	<0,005	4,2	1,8	<0,05	40,1	1,9	0,35	0,1

* percentuale calcolata sul totale della categoria

Tabella 3.20 Primi trenta principi attivi per spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	%*	Spesa pro capite	Rango 2025	Rango 2024	Costo medio DDD	Δ % 25-24	Costo medio DDD convenzionata
L	pembrolizumab	554,1	2,9	9,40	1	1	110,57	-6,4	-
L	daratumumab	553,5	2,9	9,39	2	2	126,27	-0,4	-
A	semaglutide	335,4	1,8	5,69	3	4	2,66	-6,9	8,64
D	dupilumab	312,4	1,7	5,30	4	5	26,85	-3,8	78,56
R	elexacaftor/tezacaftor/ ivacaftor	305,9	1,6	5,19	5	3	280,64	-3,0	-
B	apixaban	248,1	1,3	4,21	6	7	1,63	-2,5	3,83
L	nivolumab	247,8	1,3	4,20	7	6	107,25	-1,6	-
R	ivacaftor	239,7	1,3	4,07	8	8	435,59	0,7	-
N	tafamidis	217,1	1,1	3,68	9	17	55,22	0,1	-
L	trastuzumab deruxtecan	212,2	1,1	3,60	10	14	213,35	0,0	-
L	osimertinib	211,6	1,1	3,59	11	10	131,62	-0,5	-
J	emtricitabina/tenofovir alafenamide/bictegravir	209,4	1,1	3,55	12	13	18,96	-5,0	-
B	edoxaban	207,7	1,1	3,52	13	15	1,68	-2,4	4,54
L	ocrelizumab	204,6	1,1	3,47	14	11	40,85	-9,1	-
L	ibrutinib	187,5	1,0	3,18	15	12	118,13	-0,1	-
J	vaccino varicella zoster ricombinante adiuvato	167,4	0,9	2,84	16	22	181,34	-0,1	365,42
L	ravulizumab	160,5	0,8	2,72	17	49	548,84	-5,3	-
L	enzalutamide	158,5	0,8	2,69	18	19	55,69	-4,8	-
C	alirocumab	157,0	0,8	2,66	19	33	5,80	-8,2	15,28
C	valsartan/sacubitril	156,8	0,8	2,66	20	25	3,43	-1,5	7,21
C	evolocumab	152,0	0,8	2,58	21	32	10,13	-1,9	23,12
J	dolutegravir/lamivudina	149,6	0,8	2,54	22	26	16,55	-0,3	-
L	ruxolitinib	149,1	0,8	2,53	23	20	93,05	-11,5	-
L	nintedanib	147,6	0,8	2,50	24	24	85,26	-6,6	-
B	emicizumab	145,2	0,8	2,46	25	28	633,63	-4,9	-
L	secukinumab	143,7	0,8	2,44	26	23	27,06	-5,2	-
L	abemaciclib	138,5	0,7	2,35	27	31	64,85	4,7	-
L	apalutamide	137,6	0,7	2,33	28	36	54,20	0,0	-
L	risankizumab	135,2	0,7	2,29	29	45	17,91	-10,1	-
R	mepolizumab	126,6	0,7	2,15	30	38	25,40	0,0	64,53
Totale primi 30		6472,5	34,2	109,81			11,21	-5,2	7,17
Totale		18901,3	100	320,67			4,32	7,5	0,42

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.21 Primi trenta principi attivi* a maggiore aumento di spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche rispetto all'anno precedente: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
A	avalglucosidasi alfa	1,01	>100	<0,05	>100	871,35	-3,9
N	vutrisiran	1,41	96,8	<0,05	>100	492,65	-5,8
J	nirsevimab	1,30	87,9	<0,05	74,5	265,61	8,0
L	ravulizumab	2,72	83,0	<0,05	93,8	548,84	-5,3
L	zanubrutinib	1,54	79,5	<0,05	80,0	108,04	0,0
C	inclisiran	1,14	52,0	0,4	55,2	8,68	-1,8
L	ofatumumab	1,85	50,8	0,1	55,4	40,50	-2,7
B	epoetina alfa	2,14	47,0	3,4	5,9	1,74	39,2
L	risankizumab	2,29	45,7	0,4	62,5	17,91	-10,1
L	upadacitinib	1,33	44,7	0,2	58,9	15,30	-8,7
L	durvalumab	1,42	44,6	<0,05	47,2	108,60	-1,5
M	onasemnogene abeparvovec ^A	0,89	41,5	<0,05	21,1	1490627,53	17,2
L	pertuzumab/ trastuzumab	1,67	40,9	<0,05	58,6	2331,91	-10,9
L	cemiplimab	1,28	36,6	<0,05	38,0	107,60	-0,7
C	alirocumab	2,66	36,4	1,3	49,0	5,80	-8,2
L	apalutamide	2,33	34,9	0,1	35,2	54,20	0,0
N	tafamidis	3,68	32,1	0,2	32,4	55,22	0,1
C	evolocumab	2,58	28,4	0,7	31,3	10,13	-1,9
J	immunoglobulina umana normale per somm. extravascolare	2,09	26,6	<0,05	26,1	596,53	0,7
R	mepolizumab	2,15	26,4	0,2	26,8	25,40	0,0
D	dupilumab	5,30	24,3	0,5	29,6	26,85	-3,8
L	guselkumab	1,58	22,7	0,2	23,3	24,31	-0,2
A	semaglutide	5,69	22,2	5,9	31,7	2,66	-6,9
J	immunoglobulina umana normale per somm. intravascolare	1,56	18,0	<0,05	24,2	374,65	-4,7
L	cladribina	1,00	17,9	0,1	24,8	44,40	-5,2
J	vaccino varicella Zoster ricombinante adiuvato	2,84	17,1	<0,05	17,5	181,34	-0,1
B	edoxaban	3,52	16,7	5,7	19,9	1,68	-2,4
L	trastuzumab deruxtecan	3,60	16,4	<0,05	16,7	213,35	0,0
L	venetoclax	1,53	16,0	<0,05	16,3	154,93	0,0
L	abemaciclib	2,35	14,9	0,1	10,1	64,85	4,7
Totale primi 30		66,45	33,4	19,7	24,7	9,25	7,2
Totale		320,67	6,2	203,6	-0,8	4,32	7,5

* selezionati tra i primi 100 principi attivi a maggior spesa pro capite

^ALe variazioni registrate nel costo medio DDD nel 2025 rispetto al 2024 sono dovute alla modifica delle modalità di contabilizzazione della spesa del farmaco che era soggetto ad accordi di rimborsabilità condizionata, Payment at result, che prevedevano la ripartizione nonché l'imputazione di frazioni del costo del trattamento nel tempo in seguito alla verifica del mantenimento del successo terapeutico. Successivamente la modifica ha previsto la revisione dell'accordo negoziale e la contabilizzazione dell'intero costo del trattamento all'infusione.

Tabella 3.22 Primi trenta principi* attivi a maggior costo medio per giornata di terapia per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Costo medio DDD	Δ % 25-24	Spesa pro capite	Δ % 25-24	DDD/1000 ab die	Δ % 25-24
M	onasemnogene abeparvovec ^A	1490627,5	17,2	0,89	41,5	<0,05	21,1
L	axicabtagene ciloleucel	186453,7	-0,7	1,23	-14,1	<0,05	-13,2
L	pertuzumab/trastuzumab	2331,9	-10,9	1,67	40,9	<0,05	58,6
A	imiglucerasi	1096,5	0,0	0,90	3,0	<0,05	3,3
A	avalglucosidasi alfa	871,4	-3,9	1,01	>100	<0,05	>100
B	albutrepenonacog alfa	833,1	0,0	1,04	6,0	<0,05	6,3
B	emicizumab	633,6	-4,9	2,46	13,5	<0,05	19,7
B	efmorocotog alfa	624,5	0,0	0,98	-9,7	<0,05	-9,5
J	immunoglobulina umana normale per somministrazione extravascolare	596,5	0,7	2,09	26,6	<0,05	26,1
L	ravulizumab	548,8	-5,3	2,72	83,0	<0,05	93,8
L	eculizumab	506,1	-22,5	1,07	-48,8	<0,05	-33,8
N	vutrisiran	492,7	-5,8	1,41	96,8	<0,05	109,4
B	damoctocog alfa pegol	482,2	-0,2	0,92	3,2	<0,05	3,7
A	agalsidasi beta	468,9	-3,0	1,29	7,1	<0,05	10,8
R	ivacaftor	435,6	0,7	4,07	4,9	<0,05	4,5
M	nusinersen	384,8	0,0	1,05	-1,6	<0,05	-1,4
J	immunoglobulina umana normale per somm. intravascolare	374,7	-4,7	1,56	18,0	<0,05	24,2
M	risdiplam	359,9	-9,4	1,41	0,8	<0,05	11,6
L	brentuximab vedotin	289,8	-1,2	0,99	4,5	<0,05	6,1
R	elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	280,6	-3,0	5,19	1,9	0,1	5,3
J	nirsevimab	265,6	8,0	1,30	87,9	<0,05	74,5
L	trastuzumab deruxtecan	213,4	0,0	3,60	16,4	<0,05	16,7
J	vaccino varicella Zoster ricombinante adiuvato	181,3	-0,1	2,84	17,1	<0,05	17,5
L	venetoclax	154,9	0,0	1,53	16,0	<0,05	16,3
L	cabozantinib	143,4	2,3	0,90	5,6	<0,05	3,5
L	trastuzumab emtansine	142,7	-6,6	1,01	-5,4	<0,05	1,5
L	acalabrutinib	137,1	-0,2	1,59	14,3	<0,05	14,8
L	osimertinib	131,6	-0,5	3,59	8,9	0,1	9,8
L	alectinib	127,9	-4,8	0,97	-6,7	<0,05	-1,8
L	canakinumab	126,4	-10,6	1,48	2,5	<0,05	15,0
Totale primi 30		280,10	-0,7	52,75	12,1	0,5	12,9
Totale		4,32	7,5	320,67	6,2	203,6	-0,8

* selezionati tra i primi 100 principi attivi a maggior spesa pro capite

^A Le variazioni registrate nel costo medio DDD nel 2025 rispetto al 2024 sono dovute alla modifica delle modalità di contabilizzazione della spesa del farmaco che era soggetto ad accordi di rimborsabilità condizionata, Payment at result, che prevedevano la ripartizione nonché l'imputazione di frazioni del costo del trattamento nel tempo in seguito alla verifica del mantenimento del successo terapeutico. Successivamente la modifica ha previsto la revisione dell'accordo negoziale e la contabilizzazione dell'intero costo del trattamento all'infusione.

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.23 Primi trenta principi attivi per consumo per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24	Rango 2025	Rango 2024	Spesa pro capite	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24	Costo medio DDD convenzionata
B	apixaban	7,1	8,4	1	2	4,21	5,4	1,63	-2,5	3,83
B	elettroliti per soluzioni endovenose	6,9	-2,4	2	1	1,40	14,2	0,56	17,4	1,98
M	denosumab	6,7	16,7	3	5	2,05	12,9	0,83	-3,0	1,71
B	enoxaparina	6,1	1,1	4	3	1,48	-13,8	0,66	-14,5	2,07
A	semaglutide	5,9	31,7	5	10	5,69	22,2	2,66	-6,9	8,64
B	edoxaban	5,7	19,9	6	9	3,52	16,7	1,68	-2,4	4,54
B	clopidogrel	5,4	-1,3	7	6	0,09	-6,9	0,05	-5,4	0,54
B	cianocobalamina	5,4	6,1	8	8	0,01	12,4	0,01	6,2	0,02
B	rivaroxaban	4,9	-17,9	9	4	1,21	-63,6	0,68	-55,6	1,31
A	insulina glargine	4,5	3,0	10	12	1,45	2,1	0,88	-0,7	1,98
A	dapagliflozin	4,0	-22,5	11	7	1,58	-23,5	1,08	-1,0	2,01
B	epoetina alfa	3,4	5,9	12	15	2,14	47,0	1,74	39,2	12,70
A	colecalfiferolo	3,4	2,8	13	14	0,01	-16,3	0,01	-18,4	0,07
C	furosemide	3,2	-28,5	14	11	0,07	26,1	0,06	77,0	0,08
D	sodio ipoclorito	3,0	4,8	15	17	0,05	7,5	0,04	2,9	0,37
A	dulaglutide	2,8	-29,4	16	13	1,93	-30,5	1,86	-1,3	4,51
A	empagliflozin	2,4	-22,7	17	16	1,27	-16,6	1,47	8,2	3,00
C	valsartan/ sacubitril	2,1	15,8	18	23	2,66	13,7	3,43	-1,5	7,21
V	sodio cloruro	2,0	-0,9	19	20	0,08	18,7	0,10	20,1	0,94
A	pantoprazolo	1,9	1,8	20	22	0,15	4,6	0,22	3,0	0,42
N	metadone	1,8	-6,9	21	21	0,23	-6,4	0,35	0,9	1,27
C	ramipril	1,7	1,2	22	26	0,01	28,1	0,01	26,9	0,08
N	olanzapina	1,7	2,6	23	27	0,09	-22,6	0,14	-24,3	1,40
B	dabigatran	1,6	-25,7	24	19	0,43	-56,0	0,76	-40,7	1,81
C	atorvastatina	1,6	0,9	25	29	0,00	-12,8	0,00	-13,4	0,26
C	atenololo	1,4	-15,1	26	25	0,00	18,5	0,00	40,0	0,13
D	clorexidina/ alcool etilico	1,4	49,6	27	44	0,04	88,5	0,08	26,3	-
B	acido acetilsalicilico	1,4	3,0	28	32	0,01	-2,5	0,01	-5,1	0,07
N	aripiprazolo	1,4	5,2	29	34	1,34	4,5	2,62	-0,4	1,40
L	leuprorelina	1,4	9,4	30	35	1,08	9,1	2,16	0,1	3,11
Totale primi 30		102,0	-0,9			34,27	-3,2	0,92	-2,3	0,20
Totale		203,6	-0,8			320,67	6,2	4,32	7,5	0,42

Tabella 3.24 Primi trenta principi attivi* per aumento dei consumi per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24	Spesa pro capite	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
S	faricimab	0,7	>100	0,68	>100	2,65	0,3
C	ezetimibe/acido bempedoico	1,2	>100	0,49	83,1	1,15	-12,3
C	acido bempedoico	0,9	99,0	0,37	77,7	1,17	-10,5
H	betametasone	0,4	67,6	0,02	69,3	0,14	1,3
S	aflibercept	1,1	64,5	1,67	2,0	4,04	-37,8
L	risankizumab	0,4	62,5	2,29	45,7	17,91	-10,1
H	desametasone	1,2	58,8	0,04	68,8	0,08	6,6
C	inclisiran	0,4	55,2	1,14	52,0	8,68	-1,8
D	clorexidina/alcool etilico	1,4	49,6	0,04	88,5	0,08	26,3
C	alirocumab	1,3	49,0	2,66	36,4	5,80	-8,2
A	semaglutide	5,9	31,7	5,69	22,2	2,66	-6,9
C	evolocumab	0,7	31,3	2,58	28,4	10,13	-1,9
D	dupilumab	0,5	29,6	5,30	24,3	26,85	-3,8
B	edoxaban	5,7	19,9	3,52	16,7	1,68	-2,4
J	emtricitabina/tenofovir alafenamide/bictegravir	0,5	19,7	3,55	13,5	18,96	-5,0
L	ustekinumab	0,7	17,3	1,49	-46,9	5,99	-54,7
M	denosumab	6,7	16,7	2,05	12,9	0,83	-3,0
C	valsartan/sacubitril	2,1	15,8	2,66	13,9	3,43	-1,5
H	metilprednisolone	1,3	12,2	0,18	6,4	0,38	-4,9
J	dolutegravir/lamivudina	0,4	12,0	2,54	11,4	16,55	-0,3
N	memantina	1,0	10,9	0,06	33,8	0,18	21,0
L	triptorelina	1,2	10,5	1,17	12,0	2,75	1,7
J	entecavir	0,5	9,8	0,13	-32,7	0,67	-38,5
N	pregabalin	0,4	9,5	0,01	25,3	0,10	14,7
L	leuprorelina	1,4	9,4	1,08	9,1	2,16	0,1
B	darbepoetina alfa	0,5	9,3	0,93	9,0	5,64	0,0
N	sertralina	0,7	8,5	0,00	98,8	0,00	83,7
B	apixaban	7,1	8,4	4,21	5,4	1,63	-2,5
D	benzalconio/alcool etilico	0,6	8,4	0,01	21,7	0,06	12,6
A	omeprazolo	1,1	8,0	0,06	-6,2	0,15	-12,9
Totale primi 30		47,9	23,1	46,65	15,3	2,67	-6,3
Totale		203,6	-0,8	320,67	6,2	4,32	7,5

* selezionati tra i primi 100 principi attivi a maggior consumo

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.25 Primi trenta principi attivi a maggior spesa per i farmaci in assistenza convenzionata e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	%*	Spesa pro capite	Rango 2025	Rango 2024	Costo medio DDD	Δ % 25-24
L	pembrolizumab	554,1	1,9	9,40	1	1	110,57	-6,4
L	daratumumab	553,5	1,9	9,39	2	2	126,27	-0,4
A	semaglutide	448,3	1,5	7,61	3	3	3,22	-6,8
D	dupilumab	312,5	1,1	5,30	4	8	26,85	-3,8
R	elexacaftor/tezacaftor/ ivacaftor	305,9	1,0	5,19	5	4	280,64	-3,0
B	apixaban	268,0	0,9	4,55	6	7	1,71	-2,5
C	atorvastatina	257,1	0,9	4,36	7	5	0,25	0,9
A	pantoprazolo	250,4	0,9	4,25	8	6	0,40	-0,5
L	nivolumab	247,8	0,8	4,20	9	9	107,25	-1,6
R	ivacaftor	239,7	0,8	4,07	10	10	435,59	0,7
C	ezetimibe/rosuvastatina	227,6	0,8	3,86	11	21	0,38	-1,4
N	tafamidis	217,1	0,7	3,68	12	25	55,22	0,1
L	trastuzumab deruxtecan	212,2	0,7	3,60	13	19	213,35	0,0
L	osimertinib	211,6	0,7	3,59	14	13	131,62	-0,5
B	edoxaban	211,5	0,7	3,59	15	20	1,70	-2,4
J	emtricitabina/tenofovir alafenamide/bictegravir	209,4	0,7	3,55	16	18	18,96	-5,0
L	ocrelizumab	204,6	0,7	3,47	17	14	40,85	-9,1
A	colecalfifero	190,5	0,6	3,23	18	15	0,07	-2,8
A	dapagliflozin	189,2	0,6	3,21	19	43	1,42	29,0
L	ibrutinib	187,5	0,6	3,18	20	16	118,13	-0,1
C	bisoprololo	180,4	0,6	3,06	21	22	0,59	-0,5
B	enoxaparina	176,0	0,6	2,99	22	12	1,01	-9,0
J	amoxicillina/acido clavulanico	169,2	0,6	2,87	23	17	1,34	-0,7
J	vaccino varicella Zoster ricombinante adiuvato	167,4	0,6	2,84	24	29	181,34	-0,1
L	ravulizumab	160,5	0,5	2,72	25	77	548,84	-5,3
C	valsartan/sacubitril	159,0	0,5	2,70	26	30	3,45	-1,6
L	enzalutamide	158,5	0,5	2,69	27	26	55,69	-4,8
C	alirocumab	157,1	0,5	2,67	28	48	5,80	-8,2
A	empagliflozin	152,3	0,5	2,58	29	74	1,99	45,9
C	evolocumab	152,1	0,5	2,58	30	45	10,14	-1,9
Totale primi 30		7131,0	24,3	120,98			1,14	7,1
Totale		29347,1	100,0	497,89			1,01	5,3

Tabella 3.26 Primi trenta principi attivi a maggior consumo per i farmaci in assistenza convenzionata e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2025-2024

ATC	Principio attivo	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24	Rango 2025	Rango 2024	Spesa pro capite	Δ % 25-24	Costo medio DDD	Δ % 25-24
A	colecalfiferolo	122,1	3,7	1	1	3,23	0,6	0,07	-2,8
C	ramipril	60,2	-1,9	2	2	1,78	-3,7	0,08	-1,6
C	atorvastatina	47,8	-4,8	3	3	4,36	-4,2	0,25	0,9
B	acido acetilsalicilico	47,7	-0,3	4	4	1,24	1,1	0,07	1,7
C	amlodipina	30,1	0,9	5	6	1,61	-0,5	0,15	-1,1
A	pantoprazolo	28,9	-4,7	6	5	4,25	-5,4	0,40	-0,5
C	ezetimibe/ rosuvastatina	28,2	28,7	7	10	3,86	26,6	0,38	-1,4
H	levotiroxina	24,9	0,9	8	8	1,57	1,0	0,17	0,3
C	furosemide	24,4	-6,9	9	7	0,70	-0,9	0,08	6,7
A	metformina	23,1	-1,1	10	9	1,73	0,3	0,21	1,7
C	olmesartan	20,9	7,9	11	11	2,41	7,8	0,32	0,2
C	rosuvastatina	18,5	3,3	12	12	1,77	4,4	0,26	1,3
C	nebivololo	18,1	2,0	13	13	1,65	1,4	0,25	-0,3
A	omeprazolo	16,0	-6,3	14	14	1,80	-8,6	0,31	-2,2
A	esomeprazolo	14,6	-5,8	15	16	2,02	-6,1	0,38	0,0
C	bisoprololo	14,3	2,5	16	17	3,06	1,7	0,59	-0,5
C	olmesartan/ amlodipina	13,3	9,6	17	20	1,93	8,8	0,40	-0,5
G	tamsulosina	12,6	2,7	18	18	1,21	0,6	0,26	-1,8
N	sertralina	11,9	8,3	19	24	1,01	8,4	0,23	0,3
B	clopidogrel	11,9	-0,6	20	21	1,36	-1,6	0,31	-0,7
C	olmesartan/ idroclorotiazide	11,7	4,6	21	22	1,41	4,1	0,33	-0,1
G	alfuzosina	11,6	5,9	22	25	1,08	5,3	0,26	-0,3
C	valsartan	11,6	3,9	23	23	0,78	3,7	0,18	0,2
A	lansoprazolo	10,9	-10,3	24	19	1,61	-11,5	0,41	-1,1
C	ezetimibe/ atorvastatina	10,7	54,0	25	43	1,52	52,6	0,39	-0,6
C	lercanidipina	10,4	2,0	26	26	0,85	1,2	0,22	-0,4
M	allopurinolo	9,4	0,9	27	28	0,40	1,0	0,11	0,3
B	cianocobalamina	9,2	-43,7	28	15	0,04	-59,9	0,01	-28,5
G	dutasteride	9,1	2,7	29	29	1,07	1,2	0,32	-1,1
C	simvastatina	8,6	-11,5	30	27	1,00	-12,0	0,32	-0,2
Totale primi 30		692,9	0,5			52,33	1,7	0,21	1,5
Totale		1351,6	0,7			497,89	5,8	1,01	5,3

Categorie terapeutiche a maggior prescrizione

Per ogni I livello ATC, dopo aver presentato i dati complessivi di spesa, consumo ed esposizione, vengono mostrati degli approfondimenti, principalmente per le categorie terapeutiche a maggior prescrizione, in cui vengono riportati l'andamento temporale del consumo e della spesa e i dati nazionali e regionali; ove possibile, vengono analizzati gli indicatori di esposizione e aderenza al trattamento farmacologico nella popolazione. I dati nazionali di spesa e consumo comprendono sia i farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata, comprese le compartecipazioni e gli sconti, sia i medicinali acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche. I dati di esposizione e gli indicatori di aderenza e persistenza sono stati elaborati tramite il flusso amministrativo delle prescrizioni dei farmaci di classe A-SSN dispensati attraverso le farmacie territoriali, compresa la distribuzione per conto (c.d. flusso art. 50/Tessera Sanitaria).

Le categorie che saranno oggetto di approfondimento nelle pagine successive sono le seguenti:

- **Farmaci antineoplastici e immunomodulatori**
 - Farmaci oncologici
 - Immunosoppressori e immunomodulatori
- **Apparato cardiovascolare**
 - Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco
 - Ipolipemizzanti
- **Apparato gastrointestinale e metabolismo**
 - Antidiabetici
 - Farmaci per l'ulcera peptica e MRGE
 - Malattie da alterata funzionalità del metabolismo cellulare
- **Antimicrobici generali per uso sistemico**
 - Vaccini
 - Antibiotici
 - Antivirali anti-HIV
 - Antimicotici per uso sistemico
 - Immunoglobuline sintetiche specifiche (da DNA ricombinante)
 - Antivirali anti- HCV
- **Sangue e organi emopoietici**
 - Anticoagulanti
 - Fattori della coagulazione
 - Preparazioni antianemiche
 - Antiaggreganti
- **Sistema Nervoso Centrale**
 - Farmaci per la Sclerosi multipla
 - Antidepressivi
 - Antiepilettici
 - Farmaci per la terapia del dolore
 - Antipsicotici
 - Farmaci per la malattia di Parkinson
 - Antiemeticanti
 - Farmaci antidemenza
- **Apparato respiratorio**
 - Farmaci per asma e BPCO
 - Farmaci per la fibrosi cistica
- **Apparato muscolo-scheletrico**
 - Farmaci per l'osteoporosi
 - Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
- **Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e le insuline**
 - Farmaci per la tiroide
- **Sistema genito-urinario e ormoni sessuali**
 - Farmaci per i disturbi genito-urinari
- **Organi di senso**
 - Farmaci per i disturbi oculari
- **Vari**
 - Mezzi di contrasto
 - Radiofarmaci

Per la classificazione delle categorie fare riferimento all'Appendice 3

Tabella 3.27 Spesa e consumi per gruppo e sottogruppo dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e acquistati dalle strutture pubbliche

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Farmaci oncologici	3,10	4,8	1,78	97,65	8,3	32,29	5938,6	281,1	44,0	2,1
Anticorpi monoclonali inibitori dei check point immunitari				19,94	0,5	110,01	1175,6	10,7	6,3	
Anticorpi monoclonali anti-CD38				9,95	0,2	127,50	586,5	4,6	5,7	
Inibitori tirosin chinasi di Bruton				6,37	0,1	118,56	375,8	3,2	91,9	
Inibitori protein chinasi CDK 4/6				5,87	0,2	66,19	346,1	5,2	97,6	
Terapia endocrina - antiandrogeni e inibitori del CYP17	0,08	0,2	1,35	5,69	0,7	23,66	340,6	17,8	93,4	0,3
Inibitori tirosin chinasi multitarget associato a VEGFR				4,98	0,2	85,63	293,6	3,4	92,6	
Anticorpi monoclonali coniugati con farmaci anti-HER2				4,61	0,1	192,43	271,9	1,4	16,0	
Inibitori tirosin chinasi EGFR				3,65	0,1	126,27	215,2	1,7	93,7	
Inibitori tirosin chinasi JAK				2,90	0,1	91,62	170,7	1,9	93,7	
Terapia endocrina - inibitori dell'aromatasi	2,62	3,5	2,06	0,03	0,6	0,13	155,9	87,8	0,2	0,6
Anticorpi monoclonali anti-HER2				2,60	0,2	39,55	153,2	3,9	3,9	
CAR-T				2,53	<0,05	190454,55	149,3	0,0	13,4	
Altri anticorpi monoclonali coniugati con farmaci				2,49	<0,05	222,06	146,7	0,7	8,1	
Inibitori parp				2,37	0,1	127,48	139,5	1,1	90,7	
Terapia endocrina - ormoni ed analoghi GnRH	0,06	0,1	2,72	2,26	2,5	2,43	136,6	56,1	6,9	83,9
Associazioni di agenti antineoplastici				2,11	<0,05	1271,10	124,6	0,1	5,5	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Altri agenti antineoplastici	0,20	0,4	1,33	1,84	0,1	64,58	120,0	10,4	72,1	0,1
Inibitori tirosin chinasi BCR-ABL	0,00	<0,05	10,25	1,87	0,2	27,73	110,5	4,0	95,8	0,7
Inibitori tirosin chinasi BRAF				1,71	<0,05	112,60	101,1	0,9	92,6	
Inibitori tirosin chinasi ALK				1,56	<0,05	117,50	91,9	0,8	95,3	
Anticorpi monoclonali attivi su specifici bersagli				1,17	<0,05	225,31	69,0	0,3	3,4	
Inibitori tirosin chinasi MEK				1,08	<0,05	71,08	63,4	0,9	89,4	
Anticorpi monoclonali anti-EGFR				1,05	<0,05	91,57	62,2	0,7	4,6	
Inibitori di altre protein chinasi				1,03	<0,05	312,59	60,6	0,2	85,5	
Inibitori dei proteasomi				0,96	<0,05	63,54	56,6	0,9	16,8	
Antimetaboliti	0,07	0,1	2,37	0,84	0,5	4,63	53,4	12,3	53,1	0,7
Anticorpi monoclonali anti-CD20				0,72	0,5	3,69	42,2	11,4	5,5	
Anticorpi monoclonali anti- vegfr/vegfr				0,69	0,2	12,25	40,8	3,3	2,6	
Inibitori della via di Hedgehog				0,46	<0,05	109,55	27,0	0,2	98,7	
Agenti alchilanti	0,01	<0,05	1,28	0,38	0,2	6,15	22,5	3,9	9,2	0,7
Antineoplastici citotossici di derivazione naturale - taxani				0,37	0,2	5,57	22,0	4,0	5,5	
Anticorpi monoclonali bispecifici CD3/BCMA e CD3/GPRC5D				0,35	<0,05	155,66	20,8	0,1	3,1	
Anticorpi monoclonali bispecifici CD20/CD3 attivante i linfociti T				0,29	<0,05	261,69	17,2	0,1	3,1	
Antibiotici citotossici-antracicline e sostanze correlate				0,26	0,1	9,63	15,5	1,6	3,6	
Inibitori protein chinasi RET				0,23	<0,05	141,32	13,7	0,1	96,2	

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Terapia endocrina - antiestrogeni	0,06	0,6	0,28	0,16	0,1	3,35	12,6	15,2	54,2	0,0
Inibitori selettivi di KRAS G12C				0,21	<0,05	97,48	12,6	0,1	85,1	
Inibitori tirosin chinasi HER2				0,20	<0,05	133,66	11,8	0,1	91,7	
Proteina di fusione bispecifica (ImmTAC)				0,20	<0,05	418,94	11,8	<0,05	2,0	
Antineoplastici citotossici di derivazione naturale - altri	<0,005	<0,05	57,15	0,14	0,1	7,34	8,8	1,2	31,3	2,7
Inibitori IDH1				0,14	<0,05	243,78	8,5	<0,05	72,3	
Inibitori selettivi protein chinasi TRK				0,14	<0,05	164,13	8,5	0,1	93,5	
Inibitori protein chinasi mTOR	<0,005	<0,05	269,12	0,14	<0,05	28,78	8,5	0,3	87,3	3,6
Inibitori selettivi dell'esportina 1 (XPO1)				0,14	<0,05	166,89	8,4	0,1	68,8	
Inibitori TOP1	<0,005	<0,05	10,77	0,14	<0,05	11,58	8,0	0,7	2,0	0,0
Terapia endocrina - antagonisti selettivi GNRH	<0,005	<0,05	8,01	0,13	0,1	2,96	8,0	2,7	8,9	81,0
Inibitori tirosin chinasi MET				0,11	<0,05	159,70	6,6	<0,05	87,1	
Anticorpi monoclonali coniugati con farmaci anti-CD22				0,10	<0,05	705,57	5,9	<0,05	1,3	
Composti del platino				0,09	0,2	1,30	5,6	4,3	2,0	
Proteina di fusione di Il-3 e tossina difterica (citotossina anti-CD123)				0,08	<0,05	851,32	4,8	<0,05	8,4	
Antibiotici citotossici -altri				0,07	<0,05	7,81	4,3	0,6	3,1	
Anticorpi monoclonali IgG1 bispecifico contro EGFR-MET				0,05	<0,05	69,66	2,8	<0,05	4,0	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Antineoplastici retinoidi	0,01	<0,05	44,06	0,03	<0,05	37,02	2,2	0,1	69,5	12,2
Inibitori PI3K				0,04	<0,05	91,15	2,1	<0,05	89,4	
Sensibilizzatori terapia fotodinamica e radiazioni				0,03	<0,05	87,92	1,8	<0,05	0,5	
Inibitori tirosin chinasi FGFR				0,03	<0,05	194,38	1,7	<0,05	85,3	
Terapia cellulare allogenica				0,02	0,0	33843,75	0,9	<0,05		
Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco	32,32	358,9	0,25	3,07	12,6	0,67	2086,9	8019,3	1,7	5,6
Beta-bloccanti	5,78	46,4	0,34	0,17	2,4	0,20	350,8	1053,0	0,5	0,1
Antag. recettore angiotensina II	5,17	59,5	0,24	0,01	0,6	0,04	305,1	1297,5	0,1	0,0
Calcio-antagonisti (diidro.)	3,69	48,8	0,21	0,05	1,3	0,11	220,9	1081,8	0,1	0,0
Antagonisti recettore angiotensina II e diuretici (ass)	3,59	30,4	0,32	<0,005	<0,05	0,07	212,0	657,8	0,0	0,0
ACE-inibitori	3,16	74,5	0,12	0,01	1,9	0,01	186,6	1647,6	0,1	0,0
Antagonisti recettore angiotensina ii e inibitore della nprilisina (ass)	0,04	<0,05	7,21	2,66	2,1	3,43	159,0	46,1	18,6	72,9
Antagonisti recettore angiotensina ii e calcio-antagonisti (ass)	2,09	14,5	0,39	<0,005	<0,05	0,18	123,2	313,9	0,0	0,0
ACE-inibitori e diuretici (ass)	2,06	16,4	0,34	<0,005	0,1	0,06	121,6	356,0	0,0	0,0
ACE-inibitori e calcio antagonisti (ass)	1,65	12,7	0,36	<0,005	<0,05	0,11	97,5	273,8	0,0	0,0
Alfabloccanti	1,20	7,4	0,44	0,01	0,3	0,10	71,2	165,9	0,0	0,0
Diuretici ad azione diuretica maggiore da soli o in ass a diuretici risparmiatori del potassio	0,84	22,7	0,10	0,08	3,2	0,07	54,4	559,6	1,2	0,0
Diuretici risparmiatori del potassio	0,77	4,4	0,48	0,06	0,4	0,39	48,7	102,5	3,1	0,3

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
ACE-inibitori, calcio-antagonisti e diuretici (triplice ass)	0,80	6,1	0,36	<0,005	<0,05	0,18	47,2	132,6	0,0	0,0
Beta-bloccanti e diuretici (ass)	0,69	7,4	0,26	<0,005	<0,05	0,13	40,7	159,0	0,0	0,0
Calcio-antagonisti (non diidro.)	0,20	1,4	0,39	<0,005	<0,05	0,25	11,9	30,8	0,7	
Diuretici tiazidici e simili (incluse ass)	0,18	3,0	0,16	<0,005	0,1	0,06	10,4	65,9	0,5	0,0
Ace-inibitori, altre associazioni	0,17	1,5	0,31	<0,005	<0,05	0,13	9,9	32,4	0,0	0,0
Agonisti dei recettori imidazolinici	0,15	1,0	0,40	0,02	0,1	0,39	9,8	24,6	2,1	0,0
Antagonisti recettore angiotensina II, calcio-antagonisti e diuretici (triplice ass)	0,09	0,8	0,32	<0,005	<0,05	0,21	5,5	17,4	0,0	
Agonisti alfa-2 adrenergici	0,01	<0,05	0,37	<0,005	<0,05	0,29	0,4	1,0	0,4	
Antagonisti recettore angiotensina II in associazione	<0,005	<0,05	0,34				<0,05	0,1		
Aliskiren da solo o in associazione	<0,005	<0,05	0,73				<0,05	<0,05	22,3	
Immunosoppressori ed immunomodulatori	1,44	2,0	1,95	33,83	6,7	13,71	2080,3	189,1	68,5	5,6
Inibitori delle interleuchine				14,24	2,1	18,92	840,0	44,4	90,5	
Immunosoppressori selettivi (anticorpi monoclonali)				5,72	0,2	68,13	337,1	4,9	24,9	
Inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)				4,21	2,1	5,49	248,5	45,3	88,5	
Inibitori tirosin chinasi JAK				2,97	0,5	16,90	174,9	10,3	92,4	
Immunosoppressori selettivi	0,03	<0,05	2,12	2,22	0,7	8,86	132,8	15,7	47,2	22,5
Altri immunosoppressori	0,90	1,8	1,35	0,92	0,3	7,83	107,3	46,1	49,5	0,7
Inibitori della calcineurina	0,47	0,2	8,20	0,90	0,4	5,52	80,9	13,0	15,2	44,2

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - continua

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Modulatori selettivo della costimolazione dei linfociti T				0,84	0,1	28,28	49,4	1,7	84,7	
Inibitori protein chinasi mTOR	<0,005	<0,05	16,83	0,79	0,2	11,05	46,9	4,2	19,1	72,8
Fattori di crescita	0,04	<0,05	66,56	0,37	0,1	7,70	23,9	2,9	15,4	67,9
Altri immunomodulatori	<0,005	<0,05	7,70	0,36	<0,05	136,00	21,4	0,2	2,5	
Interferoni	<0,005	<0,05	45,25	0,29	<0,05	62,37	17,1	0,3	88,8	1,5
Antidiabetici	18,05	48,2	1,02	16,50	28,7	1,57	2037,5	1658,9	2,6	44,9
Analoghi del GLP-1 (<i>Glucagon-Like Peptide-1</i>)	1,97	0,6	8,42	7,68	8,7	2,40	569,1	202,5	1,6	75,6
Gliflozine (inibitori SGLT2) da sole	3,53	4,0	2,43	3,15	7,0	1,23	393,9	236,5	4,2	46,8
Insuline fast acting	2,71	6,7	1,11	0,17	0,8	0,56	169,7	162,3	2,1	2,7
Gliptine (inibitori della DPP-4) da sole	2,32	3,9	1,62	0,03	0,1	0,72	138,9	87,2	1,0	0,1
Insuline long acting	0,14	0,3	1,28	2,08	6,5	0,87	131,0	146,8	3,6	83,6
Agonista dei recettori GIP e GLP-1	1,28	0,1	25,23	0,91	0,4	6,30	128,9	11,5	10,1	27,2
Gliflozine (inibitori SGLT2) associate alla metformina	1,23	1,5	2,18	0,94	2,3	1,13	128,0	82,3	0,9	47,9
Metformina	1,72	22,7	0,21	0,01	0,3	0,06	102,1	497,9	0,3	0,0
Insuline associate ad analoghi del GLP-1 (<i>Glucagon-Like Peptide-1</i>)	0,59	0,2	9,19	1,03	0,9	3,20	95,0	22,7	1,8	61,9
Gliptine (inibitori della DPP-4) in associazione a gliflozine (inibitori SGLT2)	0,94	0,7	3,50	0,43	0,9	1,35	81,1	34,8	1,0	33,1
Gliptine (inibitori della DPP-4) in associazione a metformina	0,80	1,8	1,19	<0,005	<0,05	0,44	47,5	40,2	0,2	0,6
Sulfaniluree da sole	0,25	3,3	0,21	<0,005	<0,05	0,06	14,6	71,1	0,2	0,0

segue

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro</i> <i>capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro</i> <i>capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Glitazoni da soli	0,14	0,6	0,66	0,03	0,3	0,29	10,5	19,7	0,5	18,9
Glitazoni in associazione	0,08	0,2	0,96	0,04	0,3	0,31	7,2	12,4	0,3	30,3
Gliptine (inibitori della DPP-4) in associazione a pioglitazone	0,11	0,1	2,00	<0,005	<0,05	0,96	6,3	3,2	0,5	0,4
Acarbosio	0,09	0,4	0,73	<0,005	<0,05	0,46	5,6	7,6	0,1	0,0
Repaglinide	0,09	0,6	0,41	<0,005	<0,05	0,10	5,3	13,0	0,3	0,0
Insuline combinate (<i>long/intermediate</i> con <i>fast</i>)	0,02	0,1	1,16	<0,005	<0,05	0,69	1,6	1,4	1,2	4,7
Sulfaniluree in associazione a metformina	0,02	0,3	0,21	<0,005	<0,05	0,08	1,2	5,8	0,2	
Insuline <i>intermediate acting</i>	<0,005	<0,05	0,59	<0,005	<0,05	0,31	0,1	0,2	6,3	
Ipolipemizzanti	19,54	134,8	0,40	7,60	7,0	2,97	1600,5	3060,0	20,1	5,5
Statine da sole	7,58	76,0	0,27	0,01	2,0	0,01	447,3	1682,7	0,0	0,0
Ezetimibe e statine (ass)	6,66	43,8	0,42	0,01	0,4	0,04	392,9	953,4	0,1	0,0
Inibitori PCSK9	<0,005	0,0	17,39	5,24	1,9	7,34	309,3	42,1	77,4	16,8
Omega 3 e prodotti correlati	2,12	2,8	2,06	0,01	0,1	0,43	125,3	62,0	0,4	0,0
Ezetimibe	2,04	7,8	0,72	<0,005	0,2	0,06	120,8	172,6	0,1	0,0
Inibitori PCSK9 (siRNA)	0,00	<0,05	23,69	1,14	0,4	8,68	67,1	7,7	81,4	
Ezetimibe e acido bempedoico (ass)	0,35	0,2	4,52	0,49	1,2	1,15	49,5	29,7	15,2	42,7
Inibitori dell'adenosintrifosfato- citrato liasi (ACL)	0,27	0,2	4,52	0,37	0,9	1,17	37,8	22,2	14,5	40,7
Fibrati	0,41	2,9	0,38	<0,005	<0,05	0,18	24,2	64,1	0,2	0,0
Inibitore della MTP				0,16	<0,05	1115,20	9,4	<0,05	91,4	
Inibitori di ANGPTL3				0,11	<0,05	308,76	6,3	<0,05	26,4	
Statine in associazione	0,07	0,9	0,24	<0,005	<0,05	0,10	4,4	18,4	0,0	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Farmaci per l'alterazione del metabolismo lipidico di origine genetica				0,07	<0,05	8190,20	4,0	<0,05	96,1	
Statine, calcio-antagonisti e ace- inibitori (triplice ass)	0,04	0,2	0,44	<0,005	<0,05	0,31	2,2	5,0	0,0	
Asma e BPCO	14,99	30,4	1,35	5,23	2,0	7,22	1192,7	699,7	15,1	7,7
LABA+ICS	6,31	12,1	1,43	0,06	0,2	0,68	375,3	265,3	0,6	0,0
Anticorpi monoclonali	<0,005	<0,05	60,99	4,98	0,5	25,96	293,5	11,3	58,7	31,1
LABA+LAMA+ICS	2,59	2,7	2,65	0,09	0,1	1,72	158,1	60,8	1,9	0,0
ICS	1,76	4,6	1,04	0,03	0,3	0,35	105,5	105,5	0,3	0,0
LAMA	1,68	3,2	1,46	0,02	0,1	0,71	100,3	69,7	0,8	0,0
Laba+lama	1,61	2,3	1,91	0,02	<0,05	1,19	95,7	50,5	0,7	0,0
Antileucotrienici (LTRA)	0,44	2,0	0,61	<0,005	<0,05	0,10	26,2	43,4	0,1	0,0
SABA	0,18	2,1	0,24	0,02	0,3	0,15	12,0	51,9	1,4	0,0
LABA	0,14	0,4	0,94	<0,005	<0,05	0,46	8,1	8,6	0,4	
SABA+SAMA	0,12	0,5	0,66	<0,005	<0,05	0,19	7,3	11,6	0,4	0,0
SABA+ICS	0,10	0,3	0,91	<0,005	<0,05	0,68	6,0	6,7	0,1	
Broncodilatatori teofillinici	0,04	0,2	0,58	<0,005	<0,05	0,58	2,3	4,0	0,5	
SAMA	0,02	0,2	0,31	0,02	0,3	0,14	2,1	10,3	5,2	0,0
Inibitori PDE-4	<0,005	0,0	2,20	<0,005	<0,05	1,46	0,2	0,1	9,5	59,6
Anticoagulanti	2,91	5,6	1,43	11,91	26,2	1,24	873,9	686,5	4,3	65,4
NAO	1,20	1,8	1,82	9,37	19,2	1,34	623,3	452,7	2,6	83,9
EBPM	1,56	2,0	2,10	1,56	6,2	0,69	183,9	177,9	10,6	20,8
Enzimi antitrombotici				0,36	<0,05	1049,72	21,2	<0,05	0,5	
Eparina ed eparinoidi	0,02	<0,05	3,05	0,24	0,3	1,87	15,0	7,8	2,6	0,4

segue

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Fondaparinux	0,01	<0,05	6,72	0,24	0,4	1,55	14,9	9,3	9,3	66,6
Antagonisti della vitamina K	0,12	1,7	0,20	<0,005	0,1	0,10	7,4	38,8	1,6	0,0
Altri antitrombotici				0,11	<0,05	4073,70	6,6	<0,05		
Antitrombotici - inibitori diretti della trombina				0,02	<0,05	243,67	1,4	<0,05		
Malattie da alterata funzionalità del metabolismo cellulare	<0,005	<0,05	40,23	13,57	0,3	147,49	800,4	5,4	75,1	0,1
Amiloidosi ereditaria da transtiretina				5,19	0,2	74,44	306,2	4,1	88,4	
Malattie da accumulo lisosomiale- malattia di Fabry - terapia enzimatica sostitutiva				2,08	<0,05	640,47	122,8	0,2	76,2	
Malattie da accumulo lisosomiale- malattia di Pompe - terapia enzimatica sostitutiva				1,43	<0,05	884,56	84,4	0,1	40,6	
Malattie da accumulo lisosomiale- malattia di Gaucher di tipo 1 - terapia enzimatica sostitutiva				1,19	<0,05	1096,50	70,0	0,1	68,9	
Malattie da accumulo lisosomiale- malattia di Fabry - terapia chaperonica				0,57	<0,05	433,13	33,6	0,1	91,0	1,4
Malattie da accumulo lisosomiale- malattia di Gaucher di tipo 1 - terapia chaperonica				0,52	<0,05	378,00	30,5	0,1	95,1	0,1
Malattie da accumulo lisosomiale- mucopolisaccaridosi II - terapia enzimatica sostitutiva				0,43	<0,05	2264,96	25,6	<0,05	75,4	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Malattie da accumulo lisosomiale- mucopolisaccaridosi IV-a (sindrome di morquio) - terapia enzimatica sostitutiva				0,29	<0,05	2692,80	17,0	<0,05	50,2	
Porfiria epatica acuta				0,23	<0,05	854,52	13,8	<0,05	60,0	
Iperossaluria primitiva (siRNA)				0,20	<0,05	1036,83	12,0	<0,05	54,5	
Malattie da accumulo lisosomiale- deficit di sfingomielinasi acida A/B e B - terapia enzimatica sostitutiva				0,20	<0,05	1531,75	11,8	<0,05	49,5	
Malattie da accumulo lisosomiale- mucopolisaccaridosi I - terapia enzimatica sostitutiva				0,17	<0,05	1198,60	9,8	<0,05	52,1	
Morbo di Wilson				0,15	<0,05	43,79	8,8	0,2	86,5	0,2
Difetti congeniti del metabolismo e trasporto degli aminoacidi- fenilchetonuria				0,14	<0,05	66,77	8,2	0,1	103,1	
Deficit della decarbossilasi degli l- aminoacidi aromatici (AADC)- terapia genica				0,12	<0,05	2374166,67	7,1	<0,05		
Ceroidolipofuscinosi neuronali giovani				0,11	<0,05	251,12	6,8	<0,05	80,6	
Malattie da accumulo lisosomiale- mucopolisaccaridosi VI - terapia enzimatica sostitutiva				0,11	<0,05	2439,18	6,6	<0,05	28,6	

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Malattie da accumulo lisosomiale- deficit lipasi acida lisosomiale - terapia enzimatica sostitutiva				0,10	<0,05	1181,17	5,9	<0,05	14,7	
Lipodistrofia				0,08	<0,05	890,12	4,5	<0,05	90,1	
Disturbi del ciclo dell'urea				0,07	<0,05	27,52	4,2	0,2	82,4	
Ipfosfatasia-terapia enzimatica sostitutiva				0,07	<0,05	1822,18	3,9	<0,05	121,6	
Malattie da accumulo lisosomiale- alfa-mannosidosi - terapia enzimatica sostitutiva				0,05	<0,05	662,54	3,1	<0,05	46,8	
Difetti congeniti del metabolismo e trasporto degli aminoacidi- omocistinuria	<0,005	<0,05	22,24	0,02	<0,05	7,63	1,3	0,2	91,5	0,5
Difetti congeniti del metabolismo e trasporto degli aminoacidi- tirosinemia ereditaria di tipo 1	<0,005	<0,05	220,05	0,01	<0,05	30,81	0,8	<0,05	93,6	
Difetti congeniti del metabolismo e trasporto degli aminoacidi-arginina				0,02	<0,05	1618,78	1,3	<0,05	47,0	
Difetti congeniti del metabolismo e trasporto degli aminoacidi-cistinosi nefropatica manifesta				0,01	<0,05	26,57	0,5	<0,05	89,0	2,5
Vaccini	<0,005	<0,05	27,08	13,49	1,2	29,84	795,6	26,7	0,1	0,1
Vaccino per il virus varicella Zoster ricombinante adiuvato	<0,005	<0,05	365,42	2,84	<0,05	181,34	167,4	0,9	0,1	
Vaccino per il meningococco B				1,84	0,1	65,68	108,7	1,7	0,0	0,0
Vaccino per il papilloma virus				1,79	0,1	69,32	105,8	1,5	0,0	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Vaccino antinfluenzale-trivalente adiuvato	<0,005	<0,05	39,60	1,55	0,3	15,00	91,6	6,1	0,2	0,7
Vaccino per lo pneumococco polisaccaridico coniugato adsorbito	<0,005	<0,05	123,13	1,53	0,1	46,68	90,0	1,9	0,3	0,0
Vaccino antinfluenzale trivalente non adiuvato	<0,005	<0,05	21,53	0,91	0,2	10,90	53,9	4,9	0,6	0,4
Vaccino MPRV (morbillo/parotite/rosolia/varicella)				0,67	<0,05	49,25	39,6	0,8		
Vaccino esavalente				0,43	<0,05	23,52	25,3	1,1	0,0	
Vaccino per il meningococco tetravalente coniugato				0,31	<0,05	21,17	18,4	0,9	0,0	
Vaccino tetravalente (difterite/tetano/pertosse/ poliomielite)				0,29	<0,05	16,81	16,9	1,0	0,0	
Vaccino antinfluenzale-trivalente nasale	<0,005	<0,05	33,50	0,28	<0,05	19,76	16,4	0,8		
Vaccino per il rotavirus vivo attenuato				0,22	<0,05	18,98	13,1	0,7		
Vaccino DTP (difterite/tetano/pertosse)				0,17	<0,05	10,66	9,9	0,9	0,0	0,0
Vaccino antinfluenzale-trivalente non adiuvato	<0,005	<0,05	19,00	0,09	0,1	2,94	5,6	1,9	0,2	
Vaccino per l'epatite A				0,09	<0,05	17,10	5,2	0,3	0,0	
Vaccino per l'encefalite da zecca				0,08	<0,05	36,54	4,9	0,1		
Vaccino per il virus varicella vivo attenuato				0,06	<0,05	30,99	3,6	0,1	0,0	

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Vaccino polisaccaridico 23 per lo pneumococco	<0,005	<0,05	43,17	0,06	<0,05	21,26	3,3	0,2	1,7	0,3
Vaccino per l'epatite B	<0,005	<0,05	32,62	0,05	<0,05	15,63	3,1	0,2	0,3	
Vaccino per la rabbia				0,04	<0,05	49,47	2,5	0,1	0,0	
Vaccino per la malattia di dengue				0,04	<0,05	88,00	2,1	<0,05		
Vaccino per la febbre gialla				0,03	<0,05	25,15	1,5	0,1		
Vaccino per il tifo vivo attenuato	<0,005	<0,05	35,18	0,02	<0,05	14,01	1,3	0,1		
Vaccino per il virus respiratorio sinciziale				0,02	<0,05	128,04	1,0	<0,05		
Vaccino per il tifo polisaccaridico				0,01	<0,05	14,50	0,7	<0,05		
Vaccino MPR (morbillo/parotite/rosolia)				0,01	<0,05	9,05	0,7	0,1	0,0	
Vaccino DT (difterite/tetano)	<0,005	<0,05	17,60	0,01	<0,05	5,96	0,7	0,1	0,0	
Vaccino per l'encefalite giapponese				0,01	<0,05	103,30	0,6	<0,05		
Vaccino per il colera				0,01	<0,05	31,68	0,5	<0,05		
Vaccino per l'epatite A e B				0,01	<0,05	31,59	0,5	<0,05	0,4	
Vaccino per l'haemophilus influenzae B coniugato				0,01	<0,05	13,58	0,4	<0,05	0,1	
Vaccino per il tetano	<0,005	<0,05	14,90	0,01	<0,05	5,59	0,4	0,1	0,1	0,0
Vaccino poliomielitico inattivato				<0,005	<0,05	7,75	0,2	<0,05		
Vaccino per il meningococco C coniugato				<0,005	<0,05	12,14	0,2	<0,05		
Vaccino antinfluenzale-tetravalente adiuvato	<0,005	<0,05	39,60	<0,005	<0,05	15,00	<0,05	<0,05		33,8
Vaccino per la Chikungunya				<0,005	<0,05	132,00	<0,05	<0,05		

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

Categoria terapeutica Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Antibiotici	8,81	13,9	1,73	4,30	1,8	6,57	773,0	338,9	3,9	0,0
Associazioni di penicilline (compresi gli inibitori delle beta-lattamasi)	2,89	5,5	1,43	0,63	0,6	3,10	207,4	130,9	0,5	0,0
Cefalosporine di III generazione	2,49	1,8	3,86	0,48	0,3	4,20	174,8	44,7	1,5	0,0
Macrolidi e lincosamidi	1,28	3,0	1,18	0,05	0,2	0,70	78,6	68,4	0,3	0,0
Altri antibatterici	0,57	0,3	4,59	0,48	0,1	12,25	61,8	9,6	1,8	0,6
Fluorochinoloni	0,86	1,2	1,96	0,13	0,1	2,64	58,6	28,9	6,9	0,0
Altre cefalosporine e penemi				0,93	<0,05	232,77	55,0	0,2	7,5	
Carbapenemi				0,57	0,1	23,58	33,7	1,4	7,6	
Penicilline ad ampio spettro	0,18	0,9	0,54	0,11	<0,05	7,77	17,1	20,8	0,8	0,0
Polimixina				0,15	<0,05	38,56	9,1	0,2	66,5	
Tetracicline	0,09	0,4	0,63	0,06	<0,05	3,91	8,9	9,6	1,4	0,0
Altre associazioni	0,14	0,1	6,74	<0,005	<0,05	4,17	8,1	1,2	0,9	
Aminoglicosidi	0,03	<0,05	9,11	0,10	<0,05	10,27	7,6	0,8	61,8	0,0
Cefalosporine di I generazione	0,02	<0,05	2,02	0,09	0,1	2,57	6,6	2,7	0,6	
Sulfonamidi da sole e in associazione	0,07	0,4	0,47	0,02	0,1	0,73	5,3	10,6	3,3	0,0
Glicopeptidi	0,06	<0,05	65,95	0,28	<0,05	18,92	19,6	0,9	4,0	0,0
Penicilline resistenti alle beta- lattamasi	0,01	<0,05	1,83	0,08	<0,05	7,79	5,0	0,8	1,2	
Cefalosporine di IV generazione	<0,005	<0,05	34,16	0,07	<0,05	17,62	4,3	0,2	2,3	
Cefalosporine di II generazione	0,06	0,1	1,58	0,01	<0,05	10,19	4,0	2,2	0,2	
Derivati nitrofuranci	0,06	0,2	0,93	<0,005	<0,05	0,45	3,6	3,9	0,4	0,0
Monobattami				0,04	<0,05	112,88	2,4	<0,05	71,3	
Derivati imidazolici	<0,005	<0,05	16,82	0,02	<0,05	1,20	1,1	0,9	0,4	

segue

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
		Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
	Penicilline sensibili alle beta-lattamasi	<0,005	<0,05	81,25	<0,005	<0,05	46,04	0,1	<0,05	21,3	0,0
	Amfenicoli	<0,005	<0,05	5,19	<0,005	<0,05	7,75	0,1	<0,05	38,6	
	Farmaci per la sclerosi multipla	<0,005	<0,05	36,14	12,93	1,3	27,68	762,8	27,6	55,0	7,6
	Anticorpi monoclonali	<0,005	<0,05	68,18	6,90	0,5	40,16	407,0	10,1	32,7	0,9
	Immunosoppressori	<0,005	<0,05	61,33	3,12	0,3	31,06	184,2	5,9	81,0	11,4
	Altri modulatori del recettore S1P				1,28	0,1	40,74	75,8	1,9	82,5	8,0
	Interferoni	<0,005	<0,05	16,81	0,80	0,2	12,88	47,2	3,7	49,7	45,8
	Fingolimod (modulatori del recettore S1P)				0,53	0,1	19,21	31,4	1,6	112,3	9,9
	Inibitori della sintesi delle pirimidine	<0,005	<0,05	26,13	0,14	0,1	2,66	8,1	3,0	110,9	16,1
	Cannabinoidi per sclerosi multipla				0,08	<0,05	15,02	4,9	0,3	90,2	
	Glatiramer (AA copolimeri)	<0,005	<0,05	45,48	0,07	<0,05	4,26	4,1	1,0	60,9	36,5
	Farmaci per migliorare la deambulazione nella sclerosi multipla				<0,005	<0,05	8,92	0,2	<0,05	73,8	
	Antivirali anti-HIV	0,02	<0,05	6,06	11,11	2,4	12,55	656,7	52,5	90,2	0,4
	Regimi coformulati - 2 inibitori della trascrittasi inversa nucleosidici/nucleotidici + 1 inibitore delle integrasi (2 NRTI + 1 INSTI)				3,82	0,5	19,10	225,1	11,8	92,5	
	Regimi coformulati - 1 inibitore della trascrittasi inversa nucleosidico/nucleotidico + 1 inibitore delle integrasi (1 NRTI + 1 INSTI)				2,54	0,4	16,55	149,6	9,0	93,2	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die				
Inibitori delle integrasi (INSTI)				1,22	0,3	12,63	72,1	5,7	79,5	
Regimi coformulati - 2 inibitori della rascrittasi inversa nucleosidici/nucleotidici 1 inibitore della trascrittasi inversa non nucleosidico (2 NRTI + 1 NNRTI)				1,22	0,2	16,39	72,1	4,4	93,2	
Regimi coformulati - 1 inibitore della trascrittasi inversa non nucleosidico + 1 inibitore delle integrasi (1 NNRTI + 1 INSTI)				0,55	0,1	18,05	32,3	1,8	89,5	
Inibitori della trascrittasi inversa nucleosidici/nucleotidici (NRTI)	0,02	<0,05	6,06	0,52	0,6	2,41	31,9	12,9	82,2	7,6
Regimi coformulati - 2 inibitori della trascrittasi inversa nucleosidici/nucleotidici + 1 inib. delle proteasi (2 NRTI + 1 IP)				0,49	0,1	21,63	29,0	1,3	96,3	
Inibitori della trascrittasi inversa non nucleosidici (NNRTI)				0,37	0,2	5,75	22,0	3,8	72,0	
Inibitori delle proteasi (IP)				0,25	0,1	9,59	14,8	1,5	96,6	
Altri antivirali anti-HIV				0,13	<0,05	53,70	7,9	0,1	88,5	
Farmaci per l'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)	10,32	70,6	0,40	0,26	4,1	0,18	624,2	1613,7	0,4	0,0
Inibitori della pompa protonica	9,65	67,6	0,39	0,25	4,0	0,17	583,6	1545,1	0,3	0,0
Antiacidi	0,57	2,6	0,60	0,02	0,1	0,32	34,6	59,0	1,0	0,0
Antagonisti del recettore H2	0,07	0,3	0,61	<0,05	<0,05	0,44	4,2	6,9	0,5	0,0

segue

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
		Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
	Altri farmaci per l'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)	0,03	0,1	0,66	<0,05	<0,05	0,76	1,6	2,4	1,4	0,0
	Prostaglandine	<0,05	<0,05	1,12	<0,05	<0,05	0,56	0,2	0,2	0,5	
	Farmaci per l'osteoporosi	7,12	135,4	0,14	3,22	10,4	0,84	609,9	3148,8	9,9	17,0
	Vitamina D e analoghi	3,87	120,8	0,09	0,01	3,4	0,01	229,0	2680,2	0,2	0,0
	Anticorpi monoclonali	<0,05	<0,050	1,83	3,02	6,8	1,21	178,5	147,0	31,2	57,6
	Bifosfonati da soli	1,48	8,3	0,49	0,09	0,1	3,81	92,7	181,3	0,4	0,0
	Ormoni paratiroidei e analoghi	0,93	0,2	10,72	0,08	0,1	3,86	59,5	6,3	5,7	1,3
	Bifosfonati in associazione	0,39	1,9	0,58	<0,05	<0,05	0,30	23,1	40,1	0,0	
	Calcio e vitamina D	0,36	3,8	0,25	<0,05	0,1	0,10	21,2	84,0	0,4	0,0
	Calcio	0,07	0,4	0,54	0,01	0,1	0,68	4,9	8,9	2,0	0,0
	SERM - modulatori selettivi del recettore per gli estrogeni	0,01	<0,05	0,77	<0,05	<0,05	0,66	0,8	1,1	0,1	
	Fattori della coagulazione	0,01	<0,05	860,14	9,90	<0,05	620,06	584,4	0,9	72,8	12,6
	Emofilia A (<i>long acting</i> - ricombinanti)	<0,005	<0,05	1047,80	3,20	<0,05	518,55	188,6	0,4	76,4	17,0
	Emofilia A (anticorpi monoclonali)				2,46	<0,05	633,63	145,2	0,2	83,5	7,9
	Emofilia B (<i>long acting</i> - ricombinanti)				1,59	<0,05	766,33	93,8	0,1	78,8	10,3
	Emofilia A (<i>short acting</i> - ricombinanti)	0,01	<0,05	890,81	1,29	<0,05	559,06	76,3	0,1	66,9	19,4
	Emofilia A (plasmaderivati)	<0,005	<0,05	645,94	0,31	<0,05	400,72	18,1	<0,05	71,8	19,9
	Carenza fattore VII (<i>short acting</i> - ricombinanti)				0,29	<0,05	6840,91	17,0	<0,05	22,4	
	Emofilia A (terapia genica)				0,14	<0,05	619284,94	8,0	<0,05	15,7	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC	
	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die					Costo medio DDD
Emofilia B (<i>short acting</i> - ricombinanti)		<0,005	<0,05	910,33	0,11	<0,05	611,34	6,3	<0,05	62,2	9,0
Combinazione di fattori della coagulazione (plasmaderivati)					0,11	<0,05	531,37	6,2	<0,05	0,5	
Carenza fattore VII (plasmaderivati)					0,09	<0,05	760,55	5,5	<0,05	44,4	20,1
Malattia di von Willebrand (plasmaderivati)					0,08	<0,05	1536,43	4,5	<0,05	62,3	
Emofilia B (terapia genica)					0,07	<0,05	29880597,01	4,0	<0,05	100,0	
Altre carenze di fattori coagulazione (<i>long acting</i> - ricombinanti)					0,07	<0,05	543,36	3,9	<0,05	36,1	
Complesso protrombinico antiemofilico umano attivato					0,06	<0,05	3061,22	3,8	<0,05	24,6	3,2
Altre carenze di fattori coagulazione (plasmaderivati)					0,06	<0,05	1232,41	3,3	<0,05	38,7	
Emofilia B (plasmaderivati)					0,00	<0,05	162,25	<0,05	<0,05	100,0	
Fibrosi cistica					9,61	0,1	256,54	566,7	2,2	89,9	0,0
Modulatori del CFTR					9,41	0,1	334,42	554,9	1,7	90,0	
Mucolitici ad azione specifica					0,20	<0,05	21,32	11,7	0,5	86,9	0,2
Antidepressivi	7,49	47,6	0,43		0,29	2,4	0,33	458,5	1079,2	2,1	0,0
Antidepressivi SSRI	3,43	32,3	0,29		0,01	1,4	0,03	203,3	726,9	0,3	0,0
Antidepressivi SNRI	1,71	7,8	0,59		0,01	0,3	0,08	101,1	175,7	0,3	0,0
Altri antidepressivi	1,11	3,7	0,83		0,06	0,5	0,31	68,7	90,1	3,6	0,0
Vortioxetina	1,08	2,8	1,06		0,02	0,1	0,65	64,9	62,1	1,2	0,0

segue

Tabella 3.27- *continua*

ATC I livello	Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
		Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
	Esketamina				0,18	<0,05	19,23	10,7	0,6	49,6	
	Antidepressivi di I generazione da soli o in associazione	0,16	1,1	0,42	<0,005	0,1	0,18	9,8	23,9	1,4	0,0
	Farmaci per i disturbi oculari	3,87	22,2	0,48	3,43	2,4	3,88	430,5	531,7	5,0	0,0
	Anti-VEGF				2,71	1,9	3,90	159,9	41,0	8,8	
	Preparati antiglaucoma - beta bloccanti da soli o in associazione	2,28	13,2	0,47	<0,005	0,1	0,16	135,0	287,3	0,1	0,0
	Preparati antiglaucoma - analoghi delle prostanglandine da soli e in associazione	1,26	6,2	0,56	<0,05	<0,05	0,22	74,7	134,0	0,1	0,0
	Corticosteroidi (impianti intravitreali)				0,56	0,3	5,03	33,0	6,6	6,8	
	Preparati antiglaucoma - inibitori dell'anidraasi carbonica da soli o in associazione	0,22	1,3	0,47	<0,005	<0,05	0,35	13,2	28,3	0,4	
	Altri oftalmologici	0,01	<0,05	4,95	0,10	<0,05	5,46	6,2	1,1	80,0	0,6
	Preparati antiglaucoma-simpaticomimetici	0,09	1,5	0,17	<0,005	<0,05	0,06	5,3	32,2	0,2	
	Altri oftalmologici (terapia genica)				0,02	<0,05	268042,50	1,1	<0,05		
	Preparati antiglaucoma - parasimpaticomimetici	<0,005	<0,05	0,10	0,01	<0,05	3,18	0,8	0,8	0,2	
	Corticosteroidi da soli	<0,005	<0,05	0,87	0,01	<0,05	2,68	0,7	0,3	5,6	0,0
	Agenti antineovascolarizzanti (terapia fotodinamica)	<0,005	<0,05		0,01	<0,05	727,75	0,7	<0,05	7,1	
	Preparati antiglaucoma - altri	<0,005	<0,05	0,95	0,00	<0,05	0,51	0,0	<0,05	17,5	

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die				
Antiepilettici	4,87	9,6	1,39	1,36	1,8	2,09	367,5	245,4	10,2	6,8
Antiepilettici di II generazione	2,65	3,7	1,96	0,16	0,7	0,61	165,6	95,0	1,2	2,9
Antiepilettici di I generazione	1,53	5,3	0,79	0,11	0,5	0,53	96,6	126,3	2,5	0,0
Antiepilettici di III generazione	0,69	0,6	3,20	0,44	0,4	2,94	66,6	21,6	6,7	22,7
Altri antiepilettici	<0,005	<0,05	17,61	0,34	0,1	9,63	19,9	2,1	61,9	26,4
Cannabidiolo				0,32	<0,05	47,01	18,8	0,4	86,6	
Preparazioni antianemiche	1,17	16,8	0,19	4,78	10,5	1,24	350,9	588,9	17,3	32,9
Eritropoietine	0,10	<0,05	12,32	3,24	4,1	2,16	197,0	88,9	15,4	57,8
Preparazioni a base di ferro	0,42	3,3	0,34	0,63	0,4	3,96	61,7	81,4	3,1	0,0
Farmaci antianemici	<0,005	<0,05	20,84	0,90	0,1	41,50	52,8	1,3	52,6	2,7
Vitamina B12 e acido folico	0,65	13,4	0,13	0,02	5,9	0,01	39,4	417,4	1,4	0,0
Terapia del dolore	5,56	7,4	2,06	0,16	0,9	0,46	336,9	179,2	1,2	0,2
Farmaci per il dolore neuropatico	2,13	3,7	1,59	0,03	0,5	0,15	127,0	90,0	0,3	0,5
Oppioidi maggiori da soli o in associazione - orale	1,45	1,4	2,92	0,04	0,1	1,16	87,9	31,3	1,7	0,0
Oppioidi minori da soli o in associazione	0,53	1,5	0,97	0,02	0,1	0,43	32,4	34,5	0,9	0,0
Oppioidi maggiori da soli o in associazione - transdermici	0,47	0,3	4,79	0,01	<0,05	2,31	28,3	6,1	1,1	0,0
Fentanil - transdermico	0,46	0,5	2,67	0,02	0,1	0,42	28,1	12,8	2,0	0,0
Fentanil - orale	0,28	0,1	11,53	<0,005	<0,05	0,96	16,9	1,6	0,6	0,0
Fentanil - nasale	0,22	<0,05	26,48	0,01	<0,05	18,85	13,6	0,5	4,0	0,0
Oppioidi maggiori da soli o in associazione - parenterali	0,02	<0,05	2,47	0,03	0,1	0,83	2,7	2,4	8,6	

segue

L'uso dei farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2025

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
		Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD				
Antiaggreganti		3,06	60,9	0,14	2,52	9,3	0,74	328,6	1515,1	20,3	15,1
Inibitori del recettore piastrinico P2Y12		1,38	7,3	0,52	0,84	6,6	0,35	131,2	298,7	1,6	33,0
Acido acetilsalicilico da solo e in associazione		1,44	52,5	0,07	0,01	1,6	0,02	85,2	1167,6	0,4	0,0
Altri antiaggreganti piastrinici		<0,005	<0,05	3,05	0,98	<0,05	110,89	58,1	0,5	81,8	1,9
Anticorpi monoclonali per episodi di PTT acquisita					0,58	<0,05	3395,18	34,0	<0,05	49,2	
Clopidogrel/acido acetilsalicilico		0,24	1,1	0,60	0,09	1,1	0,22	19,5	48,2	0,3	26,5
Inibitori della glicoproteina IIB/IIIA					0,01	<0,05	44,92	0,7	<0,05	0,0	
Antipsicotici		1,79	3,1	1,58	3,30	7,8	1,15	299,8	235,3	32,1	9,9
Antipsicotici atipici e altri		1,51	1,9	2,16	2,98	6,4	1,27	264,7	179,5	34,5	7,9
Antipsicotici tipici		0,22	1,1	0,53	0,14	1,1	0,35	21,1	47,6	18,1	0,0
Antipsicotici atipici e altri-lurasidone		0,02	<0,05	2,25	0,12	0,2	1,57	8,6	5,2	8,7	72,7
Antipsicotici atipici e altri-brexpiprazolo		0,03	<0,05	5,27	0,06	0,1	1,30	5,5	3,1	7,5	47,8
Farmaci per i disturbi genito-urinari		5,03	44,9	0,31	0,02	0,6	0,07	297,3	983,6	0,2	0,0
Farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna (alfa-bloccanti da soli e in associazione)		3,23	32,2	0,27	0,01	0,4	0,05	191,0	704,7	0,2	0,0
Farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna (inibitori della 5-alfa riduttasi)		1,64	11,8	0,38	<0,005	0,2	0,07	97,0	259,7	0,2	0,0

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
Farmaci per incontinenza e disturbi della frequenza urinaria (anticolinergici)	0,15	0,9	0,48	<0,005	<0,05	0,32	9,1	19,1	0,7	0,0
Altri farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna	<0,005	<0,05	1,49	<0,005	<0,05	0,90	0,1	0,1	16,8	
Farmaci per incontinenza e disturbi della frequenza urinaria (antagonisti beta-3 adrenergici)	<0,005	<0,05	2,72	<0,005	<0,05	1,10	0,1	0,0	44,5	0,8
Farmaci anti-parkinson	2,40	5,1	1,29	1,16	0,7	4,53	209,9	124,9	23,1	7,6
Dopa-derivati agonisti da soli o in associazione	0,75	2,2	0,91	0,84	0,2	9,89	93,4	53,2	48,3	0,5
Dopamino-agonisti	0,85	0,9	2,70	0,05	0,1	1,93	53,1	20,1	3,9	1,6
MAO inibitori	0,68	1,6	1,18	0,04	0,1	0,95	42,5	36,4	1,0	4,7
COMT inibitori	0,08	<0,05	6,93	0,22	0,2	3,27	18,1	4,7	3,8	70,4
Anticolinergici	0,04	0,4	0,28	<0,005	0,1	0,14	2,7	10,3	6,0	
Amantadina	<0,005	<0,05	0,98	<0,005	<0,05	0,73	0,1	0,1	97,2	1,6
FANS	2,21	15,3	0,40	0,11	1,0	0,32	137,1	350,9	0,4	0,0
FANS tradizionali	1,48	10,8	0,38	0,10	0,9	0,29	93,3	252,3	0,5	0,0
Coxib	0,69	4,2	0,45	<0,005	<0,05	0,47	41,0	90,7	0,0	0,0
Oxicam	0,04	0,3	0,28	<0,005	<0,05	0,31	2,1	7,5	0,0	
Acido salicilico e derivati da soli o in associazione	<0,005	<0,05	2,32	0,01	<0,05	4,15	0,6	0,2	2,1	
Altri antinfiammatori/antireumatici non steroidei	<0,005	<0,05	0,70	<0,005	<0,05	0,76	0,1	0,2	0,5	
FANS associati a decongestionanti nasali	<0,005	<0,05	7,15	<0,005	<0,05	0,77	<0,05	<0,05		

segue

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD			
Antimicotici per uso sistemico		0,74	0,5	4,41	1,51	0,1	31,96	132,8	12,7	1,7
Derivati triazolici		0,74	0,5	4,41	0,55	0,1	16,01	76,4	12,0	3,0
Polieni					0,82	<0,05	101,09	48,3	0,5	0,7
Echinocandine					0,14	<0,05	29,72	8,0	0,3	1,6
Mezzi di contrasto					2,21	0,1	58,83	130,2	2,2	0,0
Mezzi di contrasto radiologici					1,71	0,1	64,01	101,0	1,6	0,0
Mezzi di contrasto per RMI					0,44	<0,05	44,04	25,7	0,6	
Mezzi di contrasto per ultrasonologia					0,06	<0,05	67,55	3,5	0,1	
Antiemetici		1,01	0,9	3,20	0,79	0,5	4,35	106,0	29,3	39,1
Agonisti selettivi del recettore 5HT ₁ da soli e in associazione		1,01	0,9	3,20	<0,005	<0,05	2,98	59,7	18,7	0,3
Antagonisti del peptide correlato al gene della calcitonina (anticorpi monoclonali)					0,68	0,4	4,24	40,0	9,4	91,0
Antagonisti del peptide correlato al gene della calcitonina		<0,005	<0,05	16,59	0,11	0,1	5,32	6,2	1,2	78,2
Altri antiemetici		<0,005	<0,05	4,09	<0,005	<0,05	2,48	<0,05	<0,05	15,9
Alcaloidi dell'ergot		<0,005	<0,05	0,69	<0,005	<0,05	0,33	<0,05	<0,05	13,2
Radiofarmaci					1,66	<0,05	862,99	98,0	0,1	1,3
Altri radiofarmaci ad uso terapeutico					0,62	<0,05	13003,87	36,6	<0,05	3,4
Radiodiagnostici per la rilevazione di tumori					0,53	<0,05	665,52	31,2	<0,05	
Radiodiagnostici del SNC					0,24	<0,05	823,44	14,4	<0,05	
Radiodiagnostici della tiroide					0,15	<0,05	518,22	8,6	<0,05	0,2

segue

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
	Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 abitanti die				
Altri radiodiagnostici				0,06	<0,05	58481,14	3,4	<0,05		
Radiodiagnostici del sistema cardiovascolare				0,04	<0,05	153,49	2,5	<0,05	0,1	
Radiodiagnostici del sistema scheletrico				0,01	<0,05	79,09	0,8	<0,05		
Radiodiagnostici del sistema renale				0,01	<0,05	119,56	0,4	<0,05		
Radiodiagnostici del sistema respiratorio				<0,005	<0,05	150,00	0,1	<0,05		
Radiodiagnostici per la rilevazione di infiammazioni ed infezioni				<0,005	<0,05	547,44	0,1	<0,05		
Radiofarmaci ad azione antalgica/antinfiammatoria				<0,005	<0,05	974,60	<0,05	<0,05		
Radiodiagnostici del sistema epatico e reticoloendoteliale				<0,005	<0,05	395,80	<0,05	<0,05		
Farmaci per la tiroide	1,65	25,7	0,18	0,01	0,5	0,05	98,0	565,0	0,2	0,0
Ormoni tiroidei	1,59	24,4	0,18	0,01	0,4	0,04	94,4	535,5	0,2	0,0
Preparati antitiroidei	0,06	1,3	0,12	<0,005	0,1	0,07	3,6	29,5	1,5	0,0
Immunoglobuline sintetiche specifiche da DNA ricombinante				1,33	<0,05	270,71	78,5	0,3	3,0	
Anticorpi monoclonali – prevenzione VRS				1,30	<0,05	265,61	76,4	0,3	1,3	
Anticorpo monoclonale (anti-VRS)				0,02	<0,05	811,45	1,4	<0,05	95,1	
Anticorpo monoclonale (anti-CDI)				0,01	<0,05	1300,22	0,6	<0,05	2,9	
Antivirali anti-HCV	<0,005	<0,05	16,53	1,00	<0,05	82,96	59,1	0,7	97,2	0,00
Antivirali anti-HCV in combinazione				1,00	<0,05	83,79	59,0	0,7	97,2	

segue

Tabella 3.27 - *continua*

ATC I livello	Sottogruppi	Convenzionata			Acquisti diretti			Spesa totale (milioni)	DDD totali (milioni)	% spesa DD	% spesa DPC
		Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 abitanti <i>die</i>	Costo medio DDD				
	Nucleosidi e nucleotidi escl. inibitori della trascrittasi inversa	<0,005	<0,05	16,53	<0,005	<0,05	9,65	0,1	<0,05	19,9	0,00
	Altri antivirali anti-HCV				<0,005	<0,05	72,29	<0,05	<0,05	268,1	
	Farmaci antidemenza	0,20	0,7	0,82	0,17	2,0	0,23	21,7	56,6	2,4	34,7
	Anticolinesterasici	0,13	0,4	0,88	0,10	1,0	0,29	13,9	29,8	2,7	35,4
	Altri farmaci antidemenza	0,07	0,3	0,72	0,06	1,0	0,18	7,8	26,8	1,7	33,5

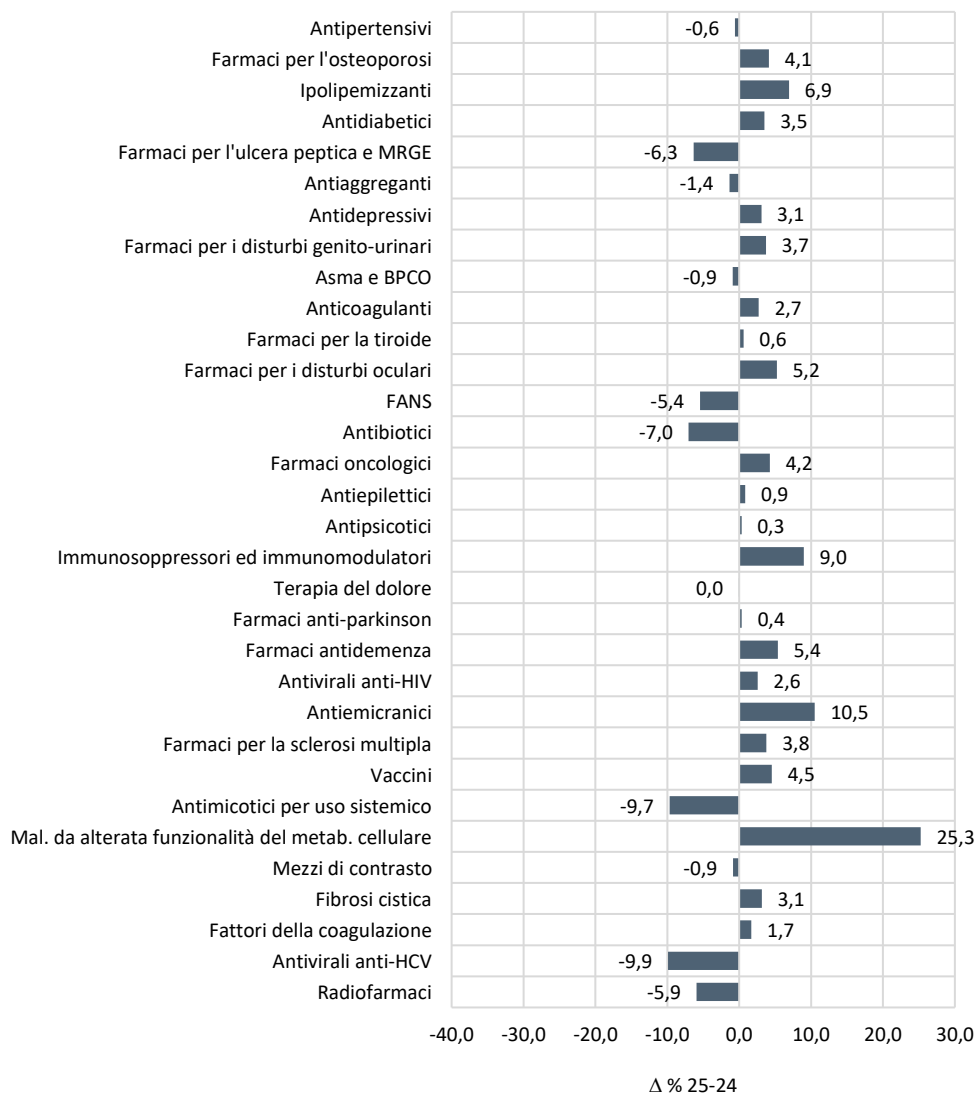
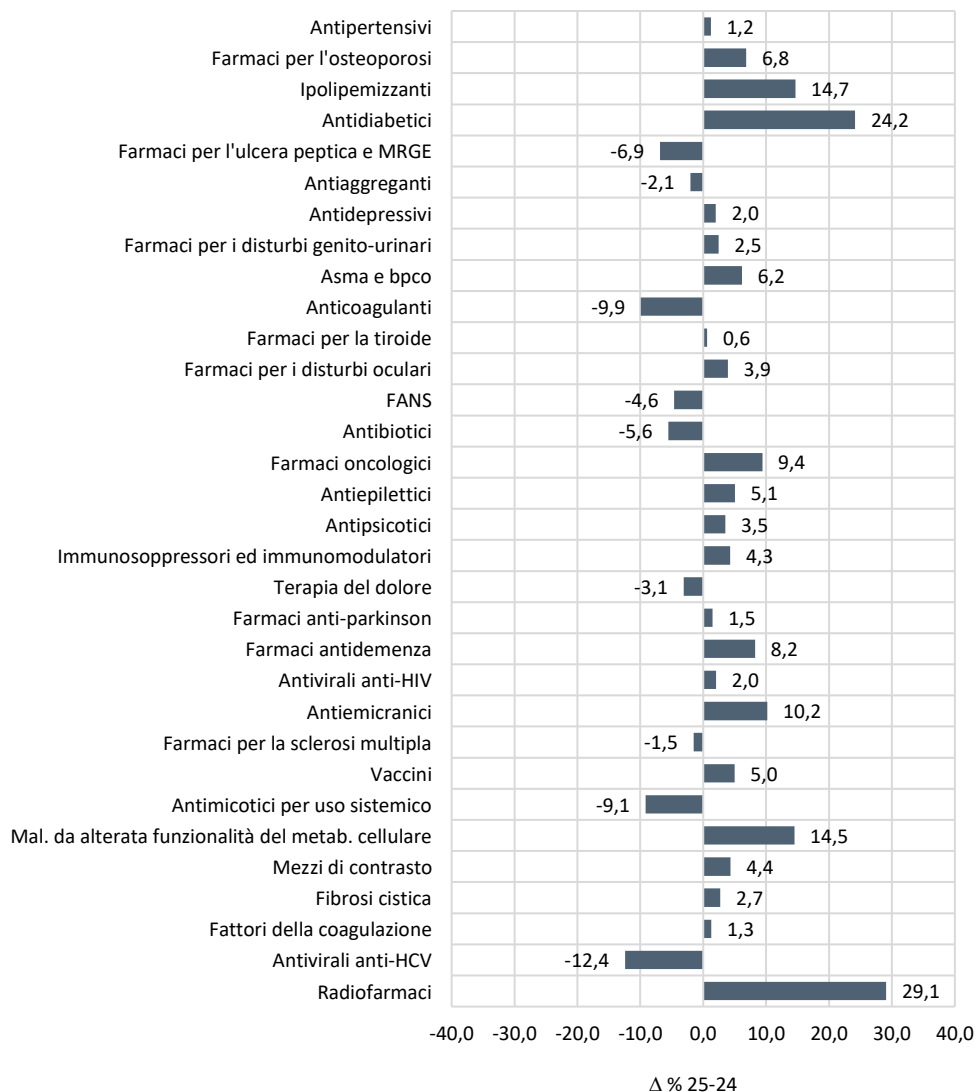
Figura 3.10 Variazione del consumo 2025-2024 delle categorie terapeutiche a maggior prescrizione

Figura 3.11 Variazione della spesa 2025-2024 delle categorie terapeutiche a maggior prescrizione

Sezione 4

Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

4.1 Registri di monitoraggio dei farmaci: finalità e contesto normativo

I Registri di monitoraggio dell'Agenzia Italiana del Farmaco costituiscono un sistema informatico attraverso il quale AIFA gestisce il monitoraggio di medicinali, innovativi e ad alto costo, per specifiche indicazioni terapeutiche. In particolare, per "monitoraggio" si intendono tutte le attività messe in atto dall'AIFA con lo scopo di definire l'uso appropriato dei medicinali, con ciò intendendo i criteri necessari affinché il costo di acquisto del medicinale sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tra le finalità dei Registri rientrano anche la gestione degli accordi di rimborsabilità condizionata previsti in caso di *Managed Entry Agreement*, l'utilizzo dei dati collazionati nei Registri per analisi statistiche ed epidemiologiche allo scopo di supportare il processo decisionale della Commissione Scientifica ed Economica del farmaco (CSE) di AIFA. I Registri consentono inoltre l'individuazione delle dispensazioni delle confezioni di medicinali rimborsabili aventi il requisito dell'innovatività terapeutica, o relative a medicinali rimborsabili inerenti alla categoria degli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti classificati come «*Reserve*» secondo la nomenclatura «*Access, Watch, Reserve (AWaRe)*» dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), oppure attivi nei confronti di almeno un patogeno considerato prioritario dall'elenco «*Bacterial Priority Pathogens List*» dell'OMS, cosiddetti «*Listed*».

I fondamenti normativi che hanno definito le suddette finalità si sono consolidati a partire dal 2012, anno in cui i Registri di monitoraggio AIFA diventano parte integrante del sistema informativo del SSN (art.15, c.10 del DL95/2012, convertito con modificazione in L. 7 agosto 2012, n.135). Tale provvedimento prevede, inoltre, che il Comitato LEA e il Tavolo di verifica degli adempimenti istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, (di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), controllino annualmente che ogni Regione abbia provveduto a garantire l'attivazione e il funzionamento dei Registri AIFA dei farmaci sottoposti a monitoraggio, nonché l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. Successivamente, diversi altri interventi normativi (L. 125/2015; L. 232/2016; L. 205/2017; L.302/2018) hanno definito ulteriori compiti, compresa la valutazione dell'efficacia del farmaco ai fini della rinegoziazione dei medicinali a Registro AIFA, il monitoraggio della spesa dei farmaci innovativi (art.1, comma 578, Legge n. 145 del 30 Dicembre 2018), la ripartizione tra le Regioni delle risorse dei fondi destinati all'acquisto dei farmaci innovativi (art.1, comma 401-404, L. 11 dicembre 2016, n.232; DM del 9 ottobre 2015 pubblicato in G.U. n.264 del 12-11-2015 "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi." e DM del 16 febbraio 2018 pubblicato in G.U. n. 81 del 7-4-2018 "Modalità operative di erogazione delle risorse stanziati a titolo di concorso al rimborso per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi") e il supporto nella quantificazione dei cosiddetti costi evitabili in sanità. Con la legge n. 207 del 30 dicembre 2024 e la successiva Determina del Presidente di AIFA 966/2025, è stato aggiornato il quadro normativo inerente alla definizione dell'innovatività terapeutica e alle relative modalità di accesso al Fondo Farmaci Innovativi, e sono stati introdotti nuovi criteri di classificazione dei farmaci innovativi e degli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti.

Registri AIFA: modalità operative a livello regionale

Il Sistema dei Registri di monitoraggio AIFA svolge un'importante funzione di supporto alle Regioni nello svolgimento delle attività di coordinamento delle strutture sanitarie e, conseguentemente, dell'abilitazione dei medici alla prescrizione dei medicinali monitorati e dei farmacisti responsabili della loro dispensazione. Le Regioni, infatti, abilitano le strutture sanitarie individuate (e i relativi reparti) ad accedere a un particolare Registro; successivamente i direttori sanitari delle strutture abilitate autorizzano i medici e i farmacisti, afferenti a tali strutture, ad accedere e a utilizzare il Sistema. I medici e i farmacisti così abilitati sono responsabili del corretto e tempestivo inserimento dei dati raccolti nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA.

La rete collaborativa dei registri AIFA: definizione ed utenti

Diverse figure professionali sono coinvolte nella gestione del Sistema dei Registri AIFA, andando a formare una rete di collaborazione che consente una gestione rapida del flusso informativo tra tutti gli utenti (referenti dell'AIFA, referenti regionali, direttori sanitari, medici e farmacisti abilitati, titolari AIC dei medicinali monitorati). Il corretto funzionamento di tale rete garantisce un'omogeneità di accesso alle terapie clinicamente rilevanti e spesso ad alto costo su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla localizzazione del paziente e della struttura che lo ha in carico.

In questa rete, l'Ufficio Registri di Monitoraggio (URM) di AIFA è responsabile dell'iter che conduce all'approvazione della scheda di monitoraggio, e supporta i tecnici informatici, per quanto concerne gli aspetti tecnico scientifici, nei successivi passaggi dello sviluppo informatico del Registro, nonché nell'interazione con tutte le figure professionali per la gestione delle attività inerenti ai monitoraggi e alle relative reportistiche.

Registri AIFA: struttura tecnica e tipologie di monitoraggio

I Registri AIFA sono strumenti che permettono il monitoraggio, a livello del singolo paziente, delle prescrizioni e delle relative dispensazioni di specialità medicinali innovative e/o ad alto costo in specifiche indicazioni terapeutiche. Dal punto di vista strutturale, questi strumenti prevedono un'architettura modulare e sequenziale, disegnata al fine di consentire la registrazione di dati dalla duplice natura tecnico-scientifica e amministrativa. Tale risultato è raggiunto attraverso la compilazione, da parte degli utenti responsabili (in particolar modo medici e farmacisti) di schede informatizzate, ognuna rappresentante un particolare momento della terapia farmacologica: eleggibilità del paziente alla terapia in regime di rimborsabilità SSN, prescrizione e dispensazione del medicinale, follow-up del paziente ed esiti del trattamento. In caso di accordi di rimborsabilità condizionata, gestiti nell'ambito dei Registri AIFA, vengono inoltre richieste le schede informatizzate che monitorano le procedure necessarie per la richiesta da parte della struttura sanitaria dei rimborsi posti a carico del Titolare AIC del medicinale.

Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

I Registri AIFA possono essere suddivisi in differenti tipologie, a seconda dei loro principali obiettivi: i Registri propriamente detti sono finalizzati a un monitoraggio dettagliato, in tutte le fasi del percorso clinico - terapeutico, dell'impiego di farmaci rimborsati dal SSN e ai sensi della legge 648/96, nonché a una chiara identificazione dei fallimenti di terapia e alla rilevazione degli esiti clinici. In secondo luogo, i Piani Terapeutici *web-based* (PT *web-based*) si focalizzano sugli aspetti inerenti alla prescrizione del medicinale a carico del SSN e ai suoi criteri di eleggibilità, oltre che, meno frequentemente, all'eventuale valutazione e rivalutazione dei risultati del trattamento. Infine, dal 2019, sono stati introdotti i Registri di monitoraggio semplificato (a farmaco singolo o multifarmaco), che rappresentano uno strumento per gestire in maniera essenziale il monitoraggio del consumo di uno o più medicinali nell'ambito di una medesima indicazione terapeutica. Nella Tabella 4.1.1 sono riportati i monitoraggi attivi alla data del 31/12/2025, divisi per le tre tipologie di monitoraggio sopra descritte.

Tabella 4.1.1 Dati di sintesi cumulativi dei Registri di monitoraggio presenti nella piattaforma web: dettaglio anni 2023-2025*

	N.			Δ% 25-24
	2023	2024	2025	
Registri	295	304	314	3,3
PT web-based	24	26	21	-19,2
Monitoraggio semplificato	4	4	23	>100
Trattamenti	4.997.188	5.601.077	6.164.494	10,1
Pazienti	3.900.223	4.281.358	4.634.452	8,2

* Si considerano i registri, i PT web-based ed i registri di monitoraggio semplificato che, sulla base dell'elenco dei registri riportato sul portale istituzionale, risultano attivi al 31 dicembre dei rispettivi anni.

In generale, nel 2025 l'incremento percentuale di nuovi pazienti e nuovi trattamenti rispetto al 2024 appare analogo, ancorché leggermente inferiore, a quello registrato per il biennio precedente (2024-2023, cfr. Rapporto Osmed 2024).

In particolare, le categorie ATC che nel 2025 hanno fatto registrare un incremento più marcato del numero di pazienti avviati sono state la categoria "Apparato gastrointestinale e metabolismo-ATC A", con un incremento percentuale del 28% (comunque nettamente inferiore al +92% rilevato nel 2024), la categoria "Sistema Cardiovascolare-ATC C" (+28%), la categoria "Sistema Nervoso-ATC N" (+32%) e la categoria "Vari-ATC V" passata dal +21% del 2024-2023 al +34% del 2025-2024 (Tabella 4.1.2).

Si registra un incremento in linea con quello del biennio precedente per la categoria "Antimicrobici per uso sistemico-ATC J", con circa 40.000 nuovi pazienti inseriti nel corso del 2025.

Tabella 4.1.2 Numero di pazienti* nelle categorie ATC (I Livello) per il periodo 2023-2025

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2025

Codice		Pazienti N.		Incidenza %			Δ%	
ATC	2023	2024	2025	2023	2024	2025	25-24	24-23
A	125.225	240.351	308.057	2,9	5,0	5,8	28,2	91,9
B	1.825.123	1.886.542	1.948.907	42,0	38,9	36,8	3,3	3,4
C	212.396	283.244	361.327	4,9	5,8	6,8	27,6	33,4
D	21.996	26.851	28.134	0,5	0,6	0,5	4,8	22,1
H	296	296	301	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0
J	640.577	682.956	723.437	14,7	14,1	13,7	5,9	6,6
L	645.901	718.801	793.137	14,9	14,8	15,0	10,3	11,3
M	420.955	489.413	542.844	9,7	10,1	10,3	10,9	16,3
N	48.032	62.620	82.780	1,1	1,3	1,6	32,2	30,4
R	16.872	20.553	24.380	0,4	0,4	0,5	18,6	21,8
S	387.662	431.410	475.673	8,9	8,9	9,0	10,3	11,3
V	2.447	2.958	3.965	0,1	0,1	0,1	34,0	20,9
Totale	4.347.482	4.845.995	5.292.942	100	100	100	9,2	11,5

* La tabella riporta il numero di pazienti “naïve” per categoria ATC. Per ogni paziente viene conteggiato solamente il primo trattamento effettuato con un medicinale appartenente ad una categoria ATC (I Livello). Data l'approssimazione ad una cifra decimale, alcuni totali potrebbero non sommare al 100%.

Tabella 4.1.3 Numero di pazienti* arruolati per categoria ICD11 (anni 2023-2025)

ICD 11	Pazienti N.			Incidenza %			Δ%	
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	25-24	24-23
Disturbi mentali e comportamentali	10.009	15.899	23.946	0,2	0,2	0,3	58,8	45,8
Malattia dello sviluppo	190	247	279	0,0	0,0	0,0	30,0	763,6
Malattie del Sangue e organi emopoietici	8.500	9.325	10.133	0,2	0,2	0,2	9,7	11,0
Malattie del sistema circolatorio	1.959.545	2.107.632	2.231.990	48,9	46,9	45,6	7,6	6,5
Malattie del sistema immunitario	3.995	5.083	6.450	0,1	0,1	0,1	27,2	21,9
Malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	377.035	441.151	489.979	8,5	9,0	9,5	17,0	17,7
Malattie del sistema nervoso	38.791	46.758	57.730	0,8	0,9	1,0	20,5	22,4
Malattie dell'apparato digerente	3.132	3.138	3.972	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0
Malattie dell'apparato genitourinario	7.015	16.085	26.927	0,0	0,2	0,3	129,3	524,1
Malattie dell'apparato respiratorio	24.661	27.412	29.044	0,6	0,6	0,6	11,2	14,8
Malattie della pelle	32.730	41.026	45.843	0,6	0,8	0,9	25,3	34,7
Malattie della vista	405.205	448.657	492.718	9,7	9,7	9,7	10,7	11,3
Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	80.237	118.627	161.702	1,4	1,9	2,6	47,8	53,0
Malattie infettive e parassitarie	638.892	681.277	721.762	14,8	15,3	14,7	6,6	14,8
Tumori	591.198	661.637	734.696	14	14,1	14,3	11,9	12,3
Totale	4.181.135	4.623.954	5.037.171	99,9	100,0	99,9	10,6	11,2

ICD: *International Classification of Diseases*

* La tabella riporta il numero di pazienti "naive" per codice ICD11. Per ogni paziente viene conteggiato solamente il primo trattamento effettuato con un medicinale la cui indicazione è riconducibile ad un determinato codice ICD11. Data l'approssimazione ad una cifra decimale, alcuni totali potrebbero non sommare al 100%.

Caratteristiche demografiche dei pazienti in trattamento nei Registri e PT *web-based*

Di seguito viene riportata la distribuzione percentuale dei trattamenti in base al genere e all'età. Come si evince dai dati, appare evidente l'alta presenza di pazienti con età al di sopra dei 65 anni. Nello specifico, nelle Tabelle 4.1.4 e 4.1.5, viene riportata la distribuzione dei trattamenti per età e genere, distintamente per Registri e Piani Terapeutici *web-based*. Per quanto riguarda i Registri, il maggior numero di trattamenti è stato osservato nella fascia d'età compresa tra i 70 ed i 79 anni, sia per le donne che per gli uomini, mentre relativamente ai *PT web-based* il più elevato numero di trattamenti è stato osservato nella medesima fascia d'età per gli uomini, e tra le ultraottantenni per le donne. Al pari del 2024, la distribuzione per fascia di età e codice ATC conferma come nei pazienti più giovani gli ATC più frequenti siano relativi alle categorie B, J, L, M ed N (Tabella 4.1.6). Dai 50 anni in su, la categoria ATC con più pazienti inseriti a registro è la B, mentre i pazienti inseriti nelle categorie M e S si attestano su livelli appena inferiori a quelli nelle categorie J ed L. In quest'ultima rilevazione, la categoria ATC S registra più di 150.000 pazienti registrati sia nella fascia di età 70-79 anni che negli ultraottantenni.

Tabella 4.1.4 Numero di pazienti* per classe d'età e genere nei Registri (Anno 2025) **

Classe	Donne		Uomini	
	N° Pazienti	Inc %	N° Pazienti	Inc %
<40	55.398	5,9	51.795	5,1
40-49	81.552	8,6	83.944	8,3
50-59	155.428	16,5	180.615	17,8
60-69	207.804	22,0	246.901	24,3
70-79	259.761	27,5	292.236	28,8
≥80	183.419	19,4	159.796	15,7
Totale	943.362	100	1.015.287	100

Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

Tabella 4.1.5 Numero di Pazienti* per classe d'età e genere nei Piani Terapeutici (Anno 2025) **

Classe d'età	Donne		Uomini	
	N° Pazienti	Inc %	N° Pazienti	Inc %
<40	26.365	1,8	40.267	3,3
40-49	41.450	2,9	45.976	3,7
50-59	110.227	7,6	124.926	10,1
60-69	248.901	17,2	253.679	20,6
70-79	464.444	32,1	405.717	32,9
≥80	553.694	38,3	362.639	29,4
Totale	1.445.081	100	1.233.204	100

* Pazienti registrati sia in un PT-web, sia in un Registro propriamente detto, vengono contati in entrambe le tabelle 4.1.4 e 4.1.5

** Due Registri di monitoraggio sono stati trasformati in PT-web il 14/03/2024: i pazienti avviati al trattamento prima di quella data sono contati nella tabella 4.1.4, quelli avviati successivamente nella tabella 4.1.5

Tabella 4.1.6 Numero di pazienti* per classe di età nelle categorie ATC (I livello) fino al 2025

Codice	<40			40-49			50-59		
ATC	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
A	1.338	3.509	4.847	2.423	7.789	10.212	6.970	24.114	31.084
B	14.228	17.043	31.271	22.163	32.610	54.773	44.109	86.647	130.756
C	1.540	4.717	6.257	3.963	16.345	20.308	15.565	49.254	64.819
D	6.841	7.059	13.900	1.560	1.507	3.067	1.932	1.724	3.656
H	60	27	87	73	11	84	45	16	61
J	16.564	25.706	42.270	24.881	48.589	73.470	48.433	87.752	136.185
L	16.258	9.432	25.690	38.332	18.905	57.237	75.016	56.075	131.091
M	4.828	1.633	6.461	19.718	2.027	21.745	65.438	7.100	72.538
N	15.626	20.299	35.925	12.269	3.756	16.025	12.711	3.779	16.490
R	5.415	3.663	9.078	2.503	1.209	3.712	2.629	1.363	3.992
S	2.864	2.860	5.724	5.366	7.081	12.447	18.446	22.644	41.090
V	32	35	67	87	107	194	220	364	584
Totale	85.594	95.983	181.577	133.338	139.936	273.274	291.514	340.832	632.346
Codice	60-69			70-79			≥80		
ATC	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
A	15.301	43.701	59.002	33.157	64.290	97.447	47.514	57.951	105.465
B	123.298	191.301	314.599	309.354	334.682	644.036	455.481	317.991	773.472
C	29.505	76.384	105.889	34.506	77.712	112.218	17.994	33.842	51.836
D	1.493	1.591	3.084	1.235	1.472	2.707	812	908	1.720
H	30	12	42	19	3	22	5	-	5
J	58.514	76.655	135.169	83.202	90.500	173.702	84.967	77.674	162.641
L	104.756	114.582	219.338	112.982	145.525	258.507	47.557	53.717	101.274
M	122.724	16.145	138.869	158.272	24.438	182.710	103.616	16.905	120.521
N	5.329	2.370	7.699	1.442	2.670	4.112	434	2.095	2.529
R	2.212	1.617	3.829	1.384	1.525	2.909	378	482	860
S	42.853	48.908	91.761	88.594	78.683	167.277	93.866	63.508	157.374
V	312	873	1.185	283	1.160	1.443	63	429	492
Totale	506.327	574.139	1.080.466	824.430	822.660	1.647.090	852.687	625.502	1.478.189

* La tabella riporta il numero di pazienti "naïve" per categoria ATC. Per ogni paziente viene conteggiato solamente il primo trattamento effettuato con un medicinale appartenente ad una categoria ATC (I Livello).

4.2 Impatto finanziario degli accordi di rimborsabilità condizionata

L'Italia è uno dei primi Paesi europei ad aver adottato i cosiddetti Managed-Entry Agreements (MEA), ossia strumenti che regolano l'accesso a nuove terapie che, seppur promettenti, sono caratterizzate da alti costi e/o da incertezze legate ai benefici clinici o al loro impatto economico. AIFA negozia con le aziende farmaceutiche diverse tipologie di MEA che possono prevedere la gestione di una rimborsabilità condizionata a livello di singolo paziente, grazie alla presenza del sistema dei Registri di Monitoraggio (*patient level*); sia a livello indistinto sull'intera popolazione (*population level*) tramite i flussi informativi di monitoraggio della spesa e dei consumi a carico del SSN (es. Flusso OsMed e Flusso della Tracciabilità del Farmaco).

Registri AIFA: strumento per l'applicazione di accordi di rimborsabilità condizionata *patient level*

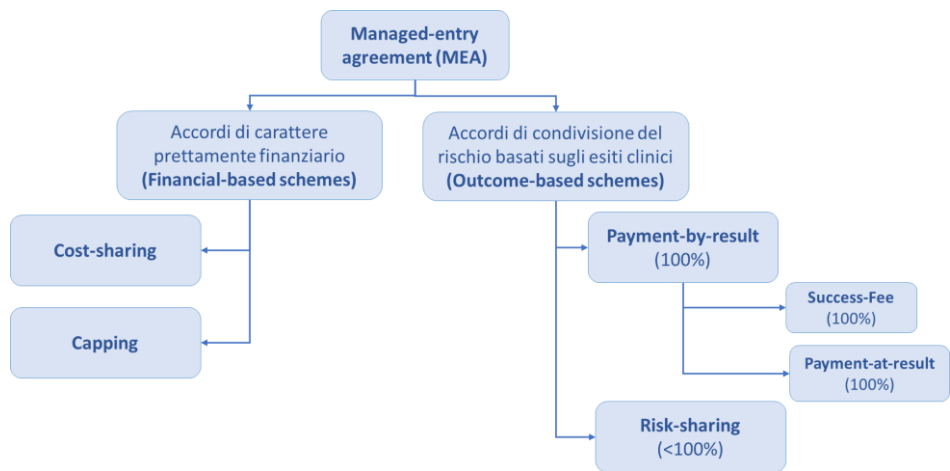
I MEA gestiti tramite i Registri AIFA sono classificabili, in base a una tassonomia internazionale¹, in due principali categorie: a) accordi di condivisione del rischio basati sull'outcome (*Outcome-based schemes*) e b) accordi di carattere prettamente finanziario (*Financial-based schemes*) (Figura 4.1.1). Nella prima categoria rientrano due macro-tipologie di accordo, i cosiddetti *Payment-by-result* (PbR) e *Risk-sharing* (RS). Nel caso del PbR l'intero costo del fallimento del trattamento è a carico dell'azienda farmaceutica titolare del medicinale. Sono state adottate nel tempo due varianti di PbR: il *Payment-at-result* (PaR) e il *Success-Fee* (SF). Il primo, attualmente non più utilizzato, ripartiva l'intero costo del trattamento a carico del SSN nel tempo, verificando, a intervalli prestabiliti, il mantenimento delle condizioni che definivano il successo terapeutico. La seconda variante (*Success-Fee*), anch'essa non più utilizzata, prevedeva che l'intero costo del trattamento fosse sostenuto dal SSN solo nel momento in cui si registrava il successo terapeutico. La seconda tipologia di accordi basati sull'outcome è quella del *Risk-sharing* (RS), in cui il costo del fallimento è condiviso tra SSN e l'azienda farmaceutica con una ripartizione variabile, a seconda del medicinale e della patologia. È inoltre possibile l'applicazione di accordi basati sull'outcome di tipo "misto": questi, prevedono il rimborso dell'intero costo (in stile PbR) o di una sua percentuale (come nel caso del RS) a seconda, nel corso del *follow-up*, del momento in cui si verifica l'evento che definisce il fallimento.

Relativamente agli accordi *Financial-based schemes*, tra quelli gestibili tramite registro di monitoraggio rientrano esclusivamente il *Cost-sharing* (CS) e il *Capping*. Nel caso del CS, una quota parte del costo del trattamento è restituita dal Titolare AIC alle strutture sanitarie del SSN, indipendentemente dall'esito del trattamento (es. è applicato ad ogni paziente avviato al trattamento), con diverse modalità di compensazione economica (nota di credito, *pay-back*, etc.). Invece, nel caso del *Capping*, quando il trattamento del paziente raggiunge una

¹ Wenzl M., Chapman S. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: How they work and possible improvements going forward, OECD Health Working Papers, No. 115. Paris: OECD Publishing; 2019. <https://doi.org/10.1787/6e5e4c0f-en>.

predeterminata soglia di confezioni dispensate, o quantità di farmaco, il relativo costo di ogni confezione ulteriore nella prosecuzione del trattamento viene restituito dall'azienda farmaceutica alle strutture sanitarie del SSN.

Figura 4.2.1 Tassonomia dei MEA gestiti dal Sistema dei Registri di monitoraggio AIFA



Nella Tabella 4.2.1 sono riportati i rimborsi relativi ai MEA rilevati nel sistema Registri AIFA per il triennio 2023-2025, suddivisi per Regione. Il 91% (circa 46 milioni di euro) del rimborso ottenuto nel 2025 è relativo ad accordi finanziari (Tabella 4.2.2), con il 68% del rimborso da accordi *Cost-sharing* e il 23% da accordi *Capping*.

In riferimento ai MEA “*outcome-based*” si osserva una percentuale di rimborso pari al 9%, del tutto imputabile ad accordi di tipo *Payment-by-result*, mentre risultano assenti pagamenti imputabili ad accordi *Risk-sharing*, prevalentemente legati a MEA ormai chiusi, e per i quali erano stati registrati sporadici pagamenti negli anni precedenti al 2025.

Si ricorda infine che le eventuali quote residue degli accordi *Payment-at-result* prevedono fatturazioni dilazionate nel tempo e non rimborsi, per cui tali quote non vengono riportate nei totali delle Tabelle 4.2.1 e 4.2.2.

Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

Tabella 4.2.1. Rimborsi ottenuti (€) per MEA online anno 2023-2025*

Regione	Rimborsi 2023	Rimborsi 2024	Rimborsi 2025
Abruzzo	2.051.926	2.355.483	332.361
Basilicata	583.567	328.500	550.958
Calabria	1.349.580	2.852.223	775.140
Campania	8.239.891	6.728.090	4.996.909
Emilia R.	4.738.350	4.610.531	2.282.809
Friuli VG	1.792.588	1.071.988	543.706
Lazio	3.026.175	6.413.804	3.563.862
Liguria	1.279.920	3.764.629	1.568.901
Lombardia	9.290.508	9.261.291	14.348.154
Marche	993.892	1.054.809	521.831
Molise	314.989	364.926	155.662
Piemonte	2.074.020	4.944.171	4.491.125
PA Bolzano	276.270	978.889	136.350
PA Trento	590.143	105.319	71.118
Puglia	6.182.141	3.917.596	3.443.370
Sardegna	1.929.790	1.317.509	1.041.324
Sicilia	5.263.461	4.569.959	2.613.555
Toscana	3.777.770	2.712.613	4.886.491
Umbria	796.735	1.178.547	950.883
Valle d'Aosta	24.905	-	59.899
Veneto	5.361.108	2.819.284	2.920.569
Totale	59.937.729	61.350.161	50.254.977

* i rimborsi riportati per il 2023, 2024 e 2025 sono ottenuti utilizzando dati aggiornati rispettivamente al giugno 2024, maggio 2025 e maggio 2026. Valori approssimati per intero

Tabella 4.2.2. Rimborsi ottenuti (€) per tipo di MEA anno 2025

Regione	Capping	Cost sharing	Payment by result	Risk sharing
Abruzzo	78.041	220.188	34.132	-
Basilicata	8.923	494.440	47.594	-
Calabria	144.408	530.247	100.486	-
Campania	1.059.892	3.449.897	487.120	-
Emilia R.	640.230	1.577.208	65.371	-
Friuli VG	-	467.791	75.914	-
Lazio	700.802	2.628.925	234.134	-
Liguria	411.676	1.075.753	81.472	-
Lombardia	1.746.760	10.227.386	2.374.008	-
Marche	18.087	489.798	13.946	-
Molise	14.533	80.284	60.844	-
Piemonte	1.611.764	2.577.256	302.105	-
PA Bolzano	-	136.350	-	-
PA Trento	-	60.568	10.550	-
Puglia	760.194	2.573.776	109.400	-
Sardegna	512.964	448.551	79.809	-
Sicilia	1.184.504	1.319.042	110.009	-
Toscana	2.039.213	2.472.927	374.350	-
Umbria	98.591	797.015	55.277	-
Valle d'Aosta	-	59.899	-	-
Veneto	453.449	2.389.342	77.778	-
Totale	11.484.031	34.076.645	4.694.301	-

Accordi di rimborsabilità condizionata gestiti tramite i flussi informativi di monitoraggio della spesa e dei consumi (*Population level*)

Gli accordi gestiti con modalità diversa dai Registri sono di carattere finanziario e sono classificabili prevalentemente in “tetti di spesa per prodotto” e “accordi prezzo/volume”.

I tetti di spesa rappresentano uno strumento di *governance* che permette di monitorare indirettamente l’appropriatezza prescrittiva, segnalando eventuali scostamenti tra volumi erogati e volumi attesi sulla base delle indicazioni rimborsate. Nel caso della fissazione di un tetto di spesa, l’Agenzia - su proposta della Commissione Scientifica ed Economica del Farmaco - perfeziona l’accordo con l’azienda farmaceutica, sia relativamente al prezzo del medicinale che in rapporto alla massima spesa sostenibile dal SSN nei primi 12/24 mesi di commercializzazione, calcolata sulla base della stima del numero di pazienti in Italia secondo i dati epidemiologici disponibili per l’indicazione terapeutica rimborsata. In base a tale logica, qualora al termine del periodo definito dal contratto il monitoraggio della spesa farmaceutica evidenzia il superamento del tetto concordato, l’AIFA comunica all’azienda farmaceutica il valore del *payback* di ripiano a beneficio delle Regioni.

Gli accordi prezzo/volume prevedono, invece, scontistiche progressive sul prezzo di un farmaco in base ai volumi raggiunti nel corso del periodo del contratto. Tali scontistiche possono essere ottenute tramite una riduzione del prezzo del farmaco o, qualora previsto dall’accordo, tramite un *payback* da versare in favore delle Regioni.

Inoltre, AIFA, in taluni casi, può negoziare con le aziende farmaceutiche degli sconti di carattere confidenziale, che tuttavia non si traducono in un *payback* a favore delle Regioni, ma in una riduzione del prezzo da applicare direttamente in fattura, a favore delle strutture sanitarie del SSN. Si precisa che la suddetta confidenzialità è limitata all’entità della scontistica e non alla presenza o meno di tale accordo negoziale.

Nella Tabella 4.2.3 si riportano i provvedimenti che nel 2025 hanno dato luogo ai rimborsi da parte delle aziende per l’applicazione dei tetti di spesa e degli accordi prezzo/volume. In totale sono stati versati dalle aziende farmaceutiche 212,2 milioni di euro, in crescita del 72,7% rispetto al 2024. In particolare, sono stati versati 175,5 milioni di euro a fronte dell’applicazione dei tetti di spesa e i restanti 36,7 milioni di euro per l’applicazione degli accordi prezzo/volume. Considerando la classe di rimborsabilità, 168,7 milioni di euro sono stati versati per i prodotti di classe A e 43,5 milioni di euro per i prodotti in classe H (Tabella 4.2.4).

Tabella 4.2.3 Elenco delle specialità soggette a procedimenti di ripiano per l'applicazione dei tetti di spesa e degli accordi prezzo/volume

Specialità	Classe	Totale (milioni di euro)	Gazzetta Ufficiale	Tipologia di accordo
Accuretic - Zoton	A	0,02	GU Serie Generale n.19 del 24-01-2025	Prezzo/volume
Medeoros	A	0,20	GU Serie Generale n.19 del 24-01-2025	Prezzo/volume
Seledie - Seleparina	A	0,67	GU Serie Generale n.32 del 08-02-2025	Prezzo/volume
Alendros	A	0,70	GU Serie Generale n.33 del 10-02-2025	Prezzo/volume
Goltor	A	1,90	GU Serie Generale n.67 del 21-03-2025	Prezzo/volume
Dumirox-Fevarin- Gopten-Maveral	A	2,80	GU Serie Generale n.252 del 29-10-2025	Prezzo/volume
Bonviva	A	7,50	GU Serie Generale n.258 del 06-11-2025	Prezzo/volume
Zinadiur - Zinadril	A	0,25	GU Serie Generale n.258 del 06-11-2025	Prezzo/volume
Raxone	A	1,10	GU Serie Generale n.20 del 25-01-2025	Tetto di spesa
Xtandi	H	28,35	GU Serie Generale n.20 del 25-01-2025	Tetto di spesa
Buccolam	A	0,04	GU Serie Generale n.33 del 10-02-2025	Tetto di spesa
Givlaari	H	2,40	GU Serie Generale n.33 del 10-02-2025	Tetto di spesa
Givlaari	H	2,11	GU Serie Generale n.181 del 06-08-2025	Tetto di spesa
Lunsumio	H	0,99	GU Serie Generale n.34 del 11-02-2025	Prezzo/volume
Oralair	A	1,36	GU Serie Generale n.34 del 11-02-2025	Tetto di spesa
Brintellix	A	10,03	GU Serie Generale n.60 del 13-03-2025	Prezzo/volume
Novothirteen	A	1,25	GU Serie Generale n.60 del 13-03-2025	Tetto di spesa
Aimovig	A	1,20	GU Serie Generale n.67 del 21-03-2025	Tetto di spesa
Ajovy	A	4,70	GU Serie Generale n.67 del 21-03-2025	Tetto di spesa
Fintepla	A	0,80	GU Serie Generale n.66 del 20-03-2025	Tetto di spesa
Reblozyl	A	5,80	GU Serie Generale n.95 del 24-04-2025	Prezzo/volume
Reblozyl	A	5,80	GU Serie Generale n.140 del 19-06-2025	Prezzo/volume
Ocaliva	H	9,10	GU Serie Generale n.122 del 28-05-2025	Tetto di spesa
Mestinon	A	0,01	GU Serie Generale n.181 del 06-08-2025	Tetto di spesa
Cluviat	H	0,50	GU Serie Generale n.279 del 01-12-2025	Tetto di spesa
Cystadrops	A	0,15	GU Serie Generale n.290 del 15-12-2025	Tetto di spesa
Grazax	A	0,03	GU Serie Generale n.290 del 15-12-2025	Tetto di spesa
Kaftrio-Kalydeco- Orkambi-Simkevvy	A	122,4	GU Serie Generale n.291 del 16-12-2025	Tetto di spesa

Registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

Tabella 4.2.4 Importi versati dalle aziende alle Regioni negli anni 2023, 2024 e 2025 per l'applicazione dei tetti di spesa e accordi prezzo/volume

Regione	2023 (milioni di euro)	2024 (milioni di euro)	2025 (milioni di euro)
Piemonte	10,59	8,00	14,32
Valle d'Aosta	0,19	0,21	0,31
Lombardia	24,48	19,75	33,25
PA Bolzano	1,41	1,55	2,65
PA Trento	1,35	0,89	1,81
Veneto	8,77	9,78	16,47
Friuli VG	3,90	2,70	4,57
Liguria	7,79	3,88	6,54
Emilia R.	11,28	8,10	14,39
Toscana	7,44	7,79	12,69
Umbria	3,17	1,75	3,25
Marche	9,32	3,69	5,89
Lazio	11,48	11,16	19,77
Abruzzo	2,91	3,37	5,98
Molise	5,89	0,59	1,09
Campania	11,97	10,12	17,88
Puglia	8,03	8,91	16,52
Basilicata	3,42	1,63	2,76
Calabria	7,58	4,54	7,69
Sicilia	10,78	11,38	19,14
Sardegna	5,96	3,06	5,19
Italia	157,70	122,85	212,16

Sezione 5

Farmaci innovativi, terapie avanzate e farmaci orfani

5.1 FARMACI INNOVATIVI E TERAPIE AVANZATE

Farmaci innovativi

La valutazione dell'innovatività di un farmaco rappresenta un processo complesso e in continua evoluzione, reso particolarmente sfidante dalla difficoltà di definire criteri applicabili in modo uniforme alle diverse tipologie di medicinali e alle molteplici aree terapeutiche. Tale complessità riflette la continua evoluzione delle conoscenze scientifiche, del contesto assistenziale e della disponibilità di nuove opzioni terapeutiche: tali fattori rendono infatti necessario un sistema di valutazione flessibile, capace di adattarsi al variare del contesto clinico e assistenziale.

In ambito internazionale, l'Italia è stata tra i primi Paesi a dotarsi di un quadro normativo organico per la valutazione dell'innovatività, a conferma dell'attenzione del SSN nei confronti dei medicinali considerati prioritari per la tutela della salute. La definizione dei criteri, la valutazione e l'attribuzione del requisito di innovatività terapeutica competono ad AIFA e alla sua Commissione Scientifica ed Economica (fino al 1 dicembre 2023 Commissione Tecnico Scientifica-CTS), che esprime un parere vincolante sull'innovatività di un medicinale e conseguentemente sul suo inserimento nell'elenco dei medicinali con accesso alle risorse del Fondo dei farmaci innovativi, istituito con la Legge di Bilancio 2017 (art. 1, comma 397-408, della L.232/2016). Il modello valutativo adottato da AIFA, di tipo multidimensionale e applicabile a tutte le categorie di medicinali, con la possibilità di utilizzare indicatori aggiuntivi nei casi ritenuti necessari, si basa su tre criteri fondamentali: il bisogno terapeutico (5 livelli di giudizio), il valore terapeutico aggiunto (5 livelli di giudizio e opzione "non valutabile") e la qualità delle prove scientifiche, valutata secondo la metodologia GRADE. Introdotto nel 2017, tale modello è stato confermato, con alcuni aggiornamenti, anche nella revisione dei criteri pubblicata nel 2025.

Dal punto di vista del governo della spesa farmaceutica, il riconoscimento dell'innovatività piena comporta effetti regolatori e finanziari. In particolare, consente:

1. l'accesso alle risorse del Fondo dei farmaci innovativi (art. 1, comma 401, L.232/2016), con monitoraggio delle dispensazioni tramite registro AIFA, limitatamente agli impieghi relativi all'indicazione riconosciuta innovativa. Dal 1 gennaio 2025 tale effetto è esteso anche ai medicinali con innovatività condizionata;
2. l'inserimento automatico del medicinale nei prontuari terapeutici regionali (art. 10, comma 2, L. 189/2012), al fine di garantire un accesso uniforme sul territorio nazionale. Il medesimo beneficio è esteso anche ai medicinali con innovatività condizionata per la specifica indicazione riconosciuta. AIFA pubblica sul proprio portale istituzionale l'elenco aggiornato dei medicinali innovativi, con le relative informazioni generali (nome commerciale, principio attivo, indicazione terapeutica, classe di rimborsabilità e periodo di validità del requisito di innovatività) e i report di valutazione, compresi quelli con esito negativo (Determina AIFA n. 1535/2017 e Determina del Presidente n. 966/2025);
3. la sospensione dell'applicazione delle riduzioni di prezzo previste dalle Determine AIFA del 3 luglio 2006 e del 27 settembre 2006 (5%+5%). Per i medicinali con

innovatività condizionata riconosciuta dal 1° gennaio 2025, tale sospensione non è automatica, ma richiede apposita istanza ad AIFA da parte dell'azienda titolare;

4. l'esclusione, ai sensi dei commi 577 e 578 dell'art. 1 della Legge 30 dicembre 2018 n. 145, della spesa sostenuta dall'acquisto dei medicinali innovativi dal calcolo della spesa per acquisti diretti ai fini della verifica del superamento del relativo tetto di spesa.

Nel corso del 2025 il quadro regolatorio dei farmaci innovativi è stato oggetto di rilevanti modifiche, che hanno interessato sia il sistema di finanziamento sia i criteri tecnico-scientifici per il riconoscimento dell'innovatività terapeutica.

Criteri di valutazione dell'innovatività ed evoluzione delle modalità di accesso al fondo dei farmaci innovativi

Il Fondo dei farmaci innovativi è uno strumento di carattere economico, istituito dalla Legge di Bilancio 2017 (art. 1, commi 397-408, Legge 11 dicembre 2016 n. 232), per garantire l'accesso a medicinali ad alto valore terapeutico destinati a soddisfare bisogni clinici prioritari a carico del SSN. Originariamente era articolato in due fondi distinti, uno destinato ai farmaci oncologici e un altro alle restanti classi di medicinali innovativi, con una dotazione annua di 500 milioni di euro ciascuno, da utilizzare per il concorso al rimborso alle Regioni delle spese sostenute per l'acquisto di farmaci innovativi. Dal 1 gennaio 2022 (art. 1, comma 259 L.234/2021) i due fondi sono stati unificati in un unico Fondo con una dotazione iniziale di 1.000 milioni di euro annui, progressivamente incrementata di 100 milioni di euro nel 2022, 200 milioni nel 2023 e 300 milioni nel 2024. La Legge di Bilancio per l'anno 2025 (art. 1, commi 281-292, Legge 30 dicembre 2024 n. 207) non ha modificato l'importo complessivo del fondo, che si attesta a 1.300 milioni annui, ma ne ha ridisegnato la *governance* e la ripartizione interna, ampliando l'accesso anche ai farmaci con innovatività condizionata, se già monitorati tramite registro AIFA o valutati idonei, per un importo massimo di 300 milioni di euro annui, e agli agenti antinfettivi per le infezioni da germi multi-resistenti, per un importo massimo di 100 milioni annui. A partire dal 1 gennaio 2025, dunque, il fondo dei farmaci innovativi è così ripartito:

- 1) 300 milioni per i farmaci con innovatività condizionata vigenti al 1 gennaio 2025;
- 2) 100 milioni per gli agenti antinfettivi per le infezioni da germi multi-resistenti;
- 3) 900 milioni per i farmaci con innovatività piena.

Inoltre, la legge di Bilancio per il 2026 (legge 30 dicembre 2025, n. 199) ha stabilito poi che le risorse del Fondo siano ridotte, a decorrere dall'anno 2026, di 140 milioni di euro annui. La riduzione si applica proporzionalmente agli importi relativi ai farmaci innovativi condizionati e agli antibiotici del gruppo *Reserve*. Inoltre, la suddetta legge di bilancio per l'anno 2026, ai commi 369 e 370 dell'art. 1 prevede, modificando l'art. 1, comma 283, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, che: *"Alle risorse del Fondo di cui al primo periodo accedono, dal 1° gennaio 2026, tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente"*.

In attuazione a quanto disposto dalla Legge di Bilancio per l'anno 2025, l'AIFA ha aggiornato i criteri per il riconoscimento del requisito di innovatività con la determinazione del Presidente dell'Agenzia (Determina Pres. n. 966/2025), adottata su proposta del Direttore Tecnico-Scientifico, previa valutazione della CSE e a seguito di consultazione pubblica. Tra le principali novità introdotte nel 2025, la valutazione comparativa è stata circoscritta alle sole alternative terapeutiche autorizzate per la medesima indicazione e incluse nel Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), limitatamente alle patologie gravi a impatto epidemiologico medio-basso. Nell'ambito della valutazione del valore terapeutico aggiunto è stato inoltre previsto di considerare anche l'impatto del trattamento sulla qualità di vita del paziente. La Determina introduce inoltre la possibilità di valorizzare, a supporto della valutazione della trasferibilità clinica dei risultati nella pratica assistenziale nazionale, le evidenze derivanti da studi clinici condotti prevalentemente in Italia, fermo restando che tale elemento non costituisce un criterio autonomo ai fini del riconoscimento dell'innovatività. La durata massima del riconoscimento dell'innovatività terapeutica rimane pari a 36 mesi, senza possibilità di proroga. La Determina fornisce inoltre alcuni chiarimenti applicativi. In particolare, le eventuali modifiche dell'indicazione terapeutica intervenute successivamente nel processo autorizzativo per medicinali cui sia già stato attribuito il requisito dell'innovatività rimangono ricomprese nel periodo di validità dei 36 mesi originariamente riconosciuti. Analogamente, le richieste di negoziazione relative a nuove indicazioni dello stesso medicinale presentate oltre il decimo anno dalla prima attribuzione del requisito non possono essere valutate ai fini del riconoscimento dell'innovatività. È infine confermato il principio dell'innovatività di classe, in base al quale un medicinale appartenente alla medesima classe terapeutica e caratterizzato dallo stesso meccanismo d'azione di un farmaco già riconosciuto innovativo può accedere al Fondo esclusivamente per il periodo residuo dei 36 mesi originariamente attribuiti al primo medicinale. Nell'ambito della nuova governance, introdotta dalla Legge di Bilancio 2025, l'accesso al Fondo è stato esteso anche ai medicinali con innovatività condizionata riconosciuta e vigente al 1 gennaio 2025, nonché a quelli riconosciuti successivamente entro l'entrata in vigore della nuova disciplina AIFA. La Determina regola, infine, gli agenti antifettivi per infezioni da germi multi-resistenti, classificati come «*Reserve*», secondo la classificazione *AWaRe* dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e attivi contro almeno un patogeno dell'elenco «*Bacterial Priority Pathogens List*» dell'OMS. Per tali medicinali non è prevista la valutazione del requisito di innovatività; tuttavia, qualora siano soggetti a monitoraggio tramite registro AIFA, possono accedere al Fondo dei farmaci innovativi, entro il limite di 100 milioni di euro annui, fino alla data di scadenza della copertura brevettuale o del periodo di protezione dei dati. Analogamente ai farmaci innovativi, gli oneri relativi al loro acquisto sono esclusi dal computo della spesa farmaceutica per acquisti diretti ai fini della verifica del tetto di spesa e dalla determinazione delle quote di mercato delle aziende farmaceutiche titolari di AIC.

Spesa e consumo dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa

Data la crescente attenzione rivolta al tema dell'innovatività terapeutica dei medicinali, anche per la presente edizione del Rapporto è stata condotta un'analisi relativa alla spesa e al consumo dei farmaci ai quali è stato riconosciuto il requisito di innovatività per almeno un'indicazione terapeutica. Le analisi si riferiscono al periodo 2023-2025 e sono finalizzate a descrivere l'andamento dell'accesso al Fondo per i farmaci innovativi. A tal fine, sono stati considerati i medicinali che, nei rispettivi anni di riferimento, risultavano ammissibili al Fondo, includendo per gli anni 2023 e 2024 i soli farmaci con innovatività piena e, per il 2025, anche quelli con innovatività condizionata. Per ciascuna specialità medicinale sono state identificate le date di inizio e di fine del periodo di innovatività e l'eventuale classificazione quale orfano o terapia avanzata (ATMP); sono stati quindi considerati la spesa (espressa in milioni di euro) e i consumi (come DDD per milione abitanti *die*) relativi al periodo di efficacia. Poiché i farmaci inclusi nelle analisi presentano più indicazioni terapeutiche rimborsate, innovative e non, sono riportati i dati di spesa e consumo relativi alle sole indicazioni innovative (piene e condizionate), nonché quelli complessivi della specialità medicinale, considerando tutte le indicazioni terapeutiche rimborsate, comprese quelle non innovative. Per il dettaglio delle indicazioni innovative, del relativo status (innovatività piena o condizionata) e del periodo di validità si rimanda all'elenco pubblicato sul sito istituzionale di AIFA (<https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi>).

La fonte dati utilizzata per il calcolo della spesa e dei consumi dei medicinali innovativi acquistati direttamente dalle strutture pubbliche del SSN è il flusso della Tracciabilità del Farmaco. I dati sono aggiornati al 13 aprile 2026 e la spesa indicata è al lordo dell'eventuale *payback* e dei *Managed Entry Agreements* (MEA), laddove applicati.

Nella tabella 5.1.1 sono elencati i farmaci inclusi nelle analisi, descritti in termini di classificazione ATC, principio attivo e classe di rimborsabilità. Per ciascun medicinale sono inoltre riportate le date di efficacia e scadenza del requisito di innovatività, nonché eventuali ulteriori caratteristiche di classificazione del farmaco (oncologico, orfano, terapia avanzata). Rispetto ai 53 farmaci inclusi nel triennio 2023-2025, il 37,7% presenta almeno un'indicazione per la quale è stata riconosciuta un'innovatività condizionata (n. 20), più della metà è rappresentato da farmaci oncologici (n. 26) o orfani (n. 28), mentre il 17% circa (n. 9) è costituito da terapie avanzate. Inoltre, 8 farmaci (il 15% del totale) sono farmaci sia oncologici che orfani, 3 di questi sono terapie CAR-T (brexucabtagene autoleucel, axicabtagene ciloleucel e idecabtagene vicleucel), mentre 7 farmaci (13% del totale) non rientrano in nessun sottogruppo specifico (glecaprevir/pibrentasvir, dupilumab, ivacaftor, cefiderocol, immunoglobulina antilinfocitaria (equina), evinacumab, spesolimab). Si evidenzia, infine, che l'innovatività terapeutica è valutata per singola indicazione terapeutica e non per medicinale; pertanto, una stessa specialità medicinale può presentare contestualmente indicazioni cui è stata riconosciuta l'innovatività piena, altre cui è stata riconosciuta l'innovatività condizionata e altre prive di tale requisito.

Tabella 5.1.1 Elenco dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa piena e condizionata* nel periodo 2023-2025

ATC	Principio attivo	Classe	Data inizio innovatività	Data fine innovatività	Innovatività condizionata*	Oncologico	Orfano	Terapia avanzata
N07XX12	patisiran	H	31/1/2020	30/1/2023			X	
A16AB17	cerliponase alfa	H	13/5/2020	12/5/2023			X	
L01EF02	ribociclib	H	22/5/2020	21/5/2023		X		
J05AP57	glecaprevir/pibrentasvir	A	16/7/2020	15/7/2023				
D11AH05	dupilumab	A	10/12/2020	8/11/2027	X			
L01FF02	pembrolizumab	H	17/12/2020	3/3/2028	X	X		
S01XA27	voretigene neparvovec	H	10/1/2021	9/1/2024			X	X
L01FC01	daratumumab	H	15/1/2021	27/1/2026		X	X	
A16AX16	givosiran	H	20/1/2021	19/1/2024			X	
M09AX09	onasemnogene abeparvovec	H	14/3/2021	13/3/2024			X	X
R07AX32	ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	A	6/7/2021	28/9/2025			X	
R07AX02	ivacaftor	A	6/7/2021	28/9/2025				
L01EX14	entrectinib	H	8/9/2021	7/9/2024		X		
L01EX12	larotrectinib solfato	H	8/9/2021	7/9/2024		X		
N07XX08	tafamidis	H	20/10/2021	19/10/2024			X	
L01XL06	brexucabtagene autoleucel	H	12/3/2022	4/12/2026	X	X	X	X
L01XK01	olaparib	H	18/3/2022	26/10/2026	X	X		
L01FF04	avelumab	H	19/3/2022	18/3/2025		X		
A16AX18	lumasiran	H	5/4/2022	4/4/2025			X	
A16AB21	atidarsagene autotemcel	H	8/4/2022	7/4/2025			X	X
L01FF05	atezolizumab	H	1/6/2022	19/7/2026	X	X		
L01FX17	sacituzumab govitecan	H	10/8/2022	3/3/2028	X	X		
A05AX05	odevixibat	H	28/8/2022	27/8/2025			X	
A08AA12	setmelanotide	H	28/8/2022	5/2/2027			X	
L04AJ01	eculizumab	H	9/9/2022	8/9/2025			X	
L01EB04	osimertinib	H	10/9/2022	9/9/2025		X		
M05BX07	vosoritide	H	13/9/2022	11/7/2026			X	

segue

Tabella 5.1.1 - *continua*

ATC	Principio attivo	Classe	Data inizio innovatività	Data fine innovatività	Innovatività condizionata*	Oncologico	Orfano	Terapia avanzata
L01FF01	nivolumab	H	17/9/2022	10/8/2026	X	X		
L01FX04	ipilimumab	H	17/9/2022	16/9/2025		X		
L01FX07	blinatumomab	H	22/9/2022	21/9/2025		X	X	
J01DI04	cefiderocol	H	21/3/2023	24/6/2024				
L01XX52	venetoclax	H	2/4/2023	1/4/2026		X		
L01FD04	trastuzumab deruxtecan	H	4/7/2023	20/12/2026		X		
L04AL01	efgartigimod alfa	H	12/7/2023	11/7/2026	X		X	
L01FX13	enfortumab vedotin	H	13/7/2023	12/7/2026	X	X		
L01EX08	lenvatinib	H	19/7/2023	18/7/2026	X	X		
L01EX19	ripretinib	H	16/9/2023	15/9/2026		X	X	
L04AA03	immunoglobulina antilinfocitaria	H	19/9/2023	18/9/2026				
C10AX17	evinacumab	H	28/10/2023	27/10/2026	X			
L01XL03	axicabtagene ciloleucel	H	12/11/2023	11/11/2026		X	X	X
A16AB25	olipudase alfa	H	25/11/2023	24/11/2026			X	
A16AB26	eladocagene exuparvovec	H	5/12/2023	4/12/2026			X	X
B02BD15	valoctocogene roxaparvovec	H	23/1/2024	22/1/2027	X		X	X
L01EX07	cabozantinib	H	7/2/2024	6/2/2027	X	X		
L01XL07	idecabtagene vicleucel	H	9/2/2024	8/2/2027	X	X	X	X
L01EC02	dabrafenib	H	16/10/2024	15/10/2027	X	X	X	
L01EE01	trametinib	H	16/10/2024	15/10/2027	X	X	X	
L04AC22	spesolimab	H	21/12/2024	20/12/2027	X			
A16AB24	pegzilarginasi	H	8/2/2025	7/2/2028	X		X	
L01FF07	dostarlimab	H	19/4/2025	18/4/2028		X		
L01ED03	alectinib	H	16/5/2025	15/5/2028	X	X		
L04AL02	rozanolixizumab	H	25/5/2025	11/7/2026	X		X	
B02BD16	etranacogene dezaparvovec	H	4/9/2025	3/9/2028			X	X

* innovatività condizionata per almeno un'indicazione terapeutica

Nel periodo 2023-2025, la spesa relativa alle indicazioni innovative si è progressivamente ridotta, passando da 1.001 milioni nel 2023 a 868 milioni nel 2024 (-13,3%), fino a 699,7 milioni nel 2025 (-19,4%), nonostante nell'ultimo anno siano state incluse nell'analisi anche le indicazioni con innovatività condizionata (Tabella 5.1.2). Per completezza si ricorda che dal 2025 accedono al Fondo anche gli agenti antinfettivi per il trattamento delle infezioni da germi multi-resistenti per cui si registra una spesa di 89,8 milioni di euro, che non sono stati oggetto dell'analisi presentata in questa sezione.

Parallelamente, l'incidenza della spesa per indicazioni innovative sul totale della spesa per i farmaci di classe A e H acquistati direttamente dalle strutture pubbliche (al lordo dei *payback*) si è ridotta, passando dal 6,6% nel 2023 al 4,0% nel 2025. Anche i consumi mostrano un andamento decrescente, passando da 349,9 DDD per milione di abitanti *die* nel 2023 a 270,8 nel 2024 fino a 159,5 nell'ultimo anno, con una riduzione complessiva del 54,4% rispetto al 2023 (-41,1% rispetto al 2024). L'incidenza dei consumi dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa sul totale dei farmaci di classe A e H acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche è diminuita tra il 2023 e il 2024 (dallo 0,87% allo 0,69%), tornando a crescere nel 2025 (0,88%).

Considerando, invece, tutte le indicazioni rimborsate dei medicinali che presentano almeno un'indicazione innovativa, la spesa complessiva è aumentata, passando da 2,8 miliardi di euro nel 2023 a 2,9 miliardi nel 2024, fino a 3,2 miliardi nel 2025, con un incremento del 10,6% nell'ultimo anno: tale spesa è trainata soprattutto dall'aumento dei consumi, pari al +29,8%. L'incidenza di questi valori sul totale della spesa per acquisti diretti si è mantenuta sostanzialmente stabile, oscillando tra il 17,7% e il 18,6%.

Di conseguenza, il peso della spesa riferibile alle sole indicazioni innovative sul totale delle indicazioni rimborsate degli stessi medicinali si è progressivamente ridotto, passando dal 36% nel 2023 al 22% nel 2025 (Figura 5.1.1). Tale andamento potrebbe essere attribuibile alla scadenza dell'innovatività di talune delle indicazioni precedentemente riconosciute come tali e all'ingresso nel 2025 di alcuni medicinali (anche con innovatività condizionata) che presentano una percentuale più bassa di spesa riferibile alle indicazioni innovative.

L'analisi dell'andamento mensile della spesa (Figura 5.1.2), sia per le indicazioni innovative che di quelle non innovative, riflette le dinamiche delle procedure di acquisto delle strutture sanitarie pubbliche, visibili dalle flessioni che si osservano nei mesi di agosto e dicembre di ogni anno, a cui seguono gli incrementi osservabili sistematicamente nei mesi di settembre e gennaio.

L'analisi territoriale evidenzia una riduzione dell'incidenza di spesa per farmaci innovativi in tutte le aree geografiche (Tabella 5.1.3). Le Regioni del Sud presentano valori più bassi rispetto alla media nazionale, in tutti gli anni considerati, sia per le sole indicazioni innovative sia considerando tutte le indicazioni rimborsate. Per quanto riguarda i consumi, le Regioni del Centro registrano i valori più elevati nel 2023 e 2024; nel 2025 le differenze tra macroaree si riducono, con il Sud che presenta un valore lievemente superiore. Nel

complesso i consumi mostrano una maggiore eterogeneità territoriale rispetto a quanto osservato per la spesa (Tabella 5.1.4).

Dei 53 principi attivi inclusi nell'analisi, 31 appartengono alla categoria dei farmaci oncologici (ATC L01), con diverse tipologie di farmaci (anticorpi monoclonali coniugati, anticorpo monoclonali, CAR-T e immunoterapie oncologiche), confermandosi il principale *driver* della spesa per innovativi (Tabella 5.1.5).

Nel periodo 2023-2025, l'associazione ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor e ivacaftor da solo – indicati per la fibrosi cistica – rappresentano, rispettivamente, il primo e il terzo trattamento a maggior incidenza sulla spesa per le indicazioni innovative nel triennio, con un valore di 371 e di 259 milioni di euro; per entrambi i trattamenti si registra una riduzione della spesa nel 2025 rispetto al 2024 per effetto della scadenza dell'innovatività di alcune delle indicazioni. Il secondo principio attivo per spesa nel triennio 2023-2025 è rappresentato da trastuzumab deruxtecan che, con un valore di 185 milioni di euro rilevati nel 2025, ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente di oltre il 23%. Sul versante dei consumi (espressi come DDD per milione abitanti *die*), tafamidis registra i consumi maggiori nel triennio (208,38 DDD), sebbene nel 2025 non registri consumi avendo perso, nel 2024, il requisito di innovatività; seguono trastuzumab deruxtecan (81,55 DDD e incidenza del 11,2%) e daratumumab (70,53 DDD e incidenza del 9,7%); questi tre principi attivi sono responsabili di quasi la metà dei consumi delle indicazioni innovative di tutti i farmaci considerati nel periodo di riferimento (Tabella 5.1.5).

Nel 2025 fanno inoltre ingresso tra i medicinali a maggiore impatto economico efgartigimod alfa (33,3 milioni di euro), idecabtagene vicleucel (23,4 milioni), enfortumab vedotin (21,9 milioni) e dostarlimab (18,5 milioni). Accanto alla crescita dell'area oncologica, emerge un contributo sempre più rilevante dei farmaci destinati alle malattie rare e ultra-rare, tra cui axicabtagene ciloleucel, vosoritide, lumasiran, odevixibat, olipudase alfa, setmelanotide, pegzilarginasi ed eladocagene exuparvovec. In particolare, axicabtagene ciloleucel e vosoritide raggiungono, rispettivamente, una spesa cumulata di 79,6 e 78,5 milioni di euro; al contrario, si nota come lumasiran mostri una significativa riduzione nell'ultimo anno (-71,9%) in seguito alla scadenza del requisito di innovatività nell'aprile 2025. Nel complesso, i dati evidenziano due principali direttrici evolutive della spesa: da un lato, la crescente rilevanza dei farmaci oncologici, caratterizzati da elevati volumi di trattamento e da un impatto economico significativo; dall'altro, la crescente diffusione delle terapie avanzate e dei medicinali destinati alle malattie rare, caratterizzati da costi unitari maggiori. Parallelamente, molti dei farmaci che contribuivano maggiormente alla spesa nel 2023 hanno progressivamente perso il requisito di innovatività nel biennio successivo, determinando una riduzione della quota di spesa riconducibile alle sole indicazioni innovative.

Tabella 5.1.2 Trend di spesa (milioni di euro) e consumo (DDD per milione abitanti *die*) dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (a lordo dei *payback*) nel periodo 2023-2025

	2023	2024	2025 [§]	Δ% 25-24
Farmaci con almeno una indicazione innovativa (N.)	39	32	42	31,2
Spesa (milioni di euro) farmaci innovativi				
- indicazioni innovative	1.001	868	700	-19,4
% su spesa SSN*	6,6	5,2	4,0	-23,9
- tutte le indicazioni rimborsate	2.796	2.933	3.244	10,6
% su spesa SSN*	18,6	17,7	18,4	4,4
Consumi (DDD/1 milione abitanti <i>die</i>) farmaci innovativi				
- indicazioni innovative	349,9	270,8	159,5	-41,1
% su consumi SSN*	0,23	0,17	0,10	-42,0
- tutte le indicazioni rimborsate	1.317,6	1.106,6	1.436,3	29,8%
% su consumi SSN*	0,87	0,69	0,88	27,9

* Il totale della spesa o dei consumi SSN si riferisce al totale degli acquisti diretti per i farmaci di classe A e H; [§] nel 2025 sono stati considerati sia i farmaci con almeno un'indicazione con requisito di innovatività piena che condizionata

Figura 5.1.1 Spesa per i farmaci con almeno una indicazione innovativa: incidenza delle indicazioni innovative e non innovative sul totale delle indicazioni rimborsate nel periodo 2023-2025

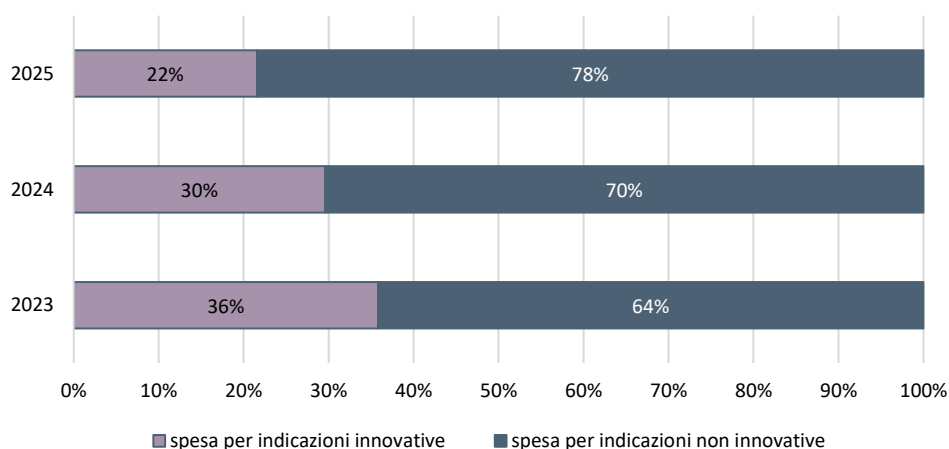
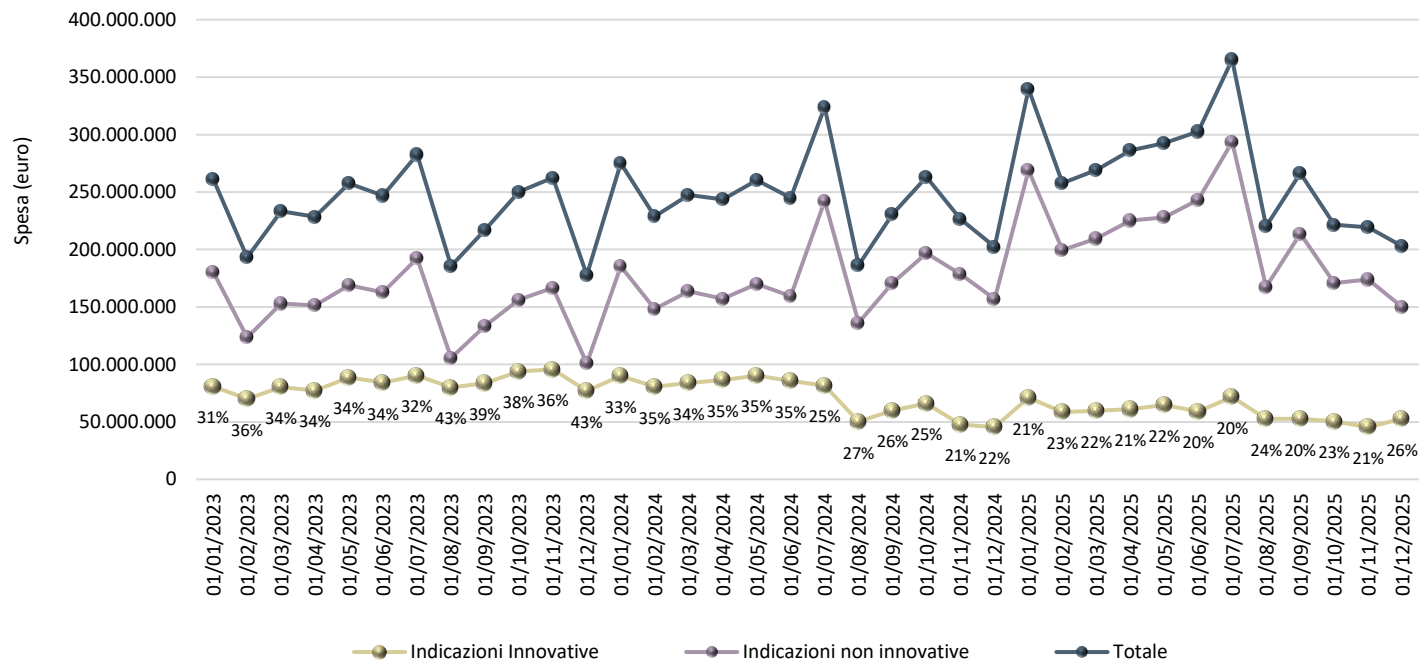


Figura 5.1.2 Andamento temporale della spesa (in euro) per i farmaci con almeno un'indicazione innovativa[^] nel periodo 2023-2025 (i valori in percentuale mostrano l'incidenza della spesa per le sole indicazioni innovative rispetto alla spesa di tutte le indicazioni rimborsate)



[^]L'analisi include tutti gli innovativi che accedono al fondo, pertanto per l'anno 2025 sono considerati anche i farmaci con innovatività condizionata

Farmaci innovativi, terapie avanzate e farmaci orfani

Tabella 5.1.3 Andamento regionale dei *trend* di spesa dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (a lordo dei *payback*) nel periodo 2023-2025

Regione	Incidenza % spesa farmaci innovativi su spesa SSN*					
	per indicazioni innovative			per tutte le indicazioni		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Piemonte	6,2	4,9	3,7	17,7	16,6	17,9
Valle d'Aosta	3,7	4,0	3,0	14,5	14,6	15,5
Lombardia	8,2	6,7	5,1	19,8	19,1	19,3
PA Bolzano	8,1	5,8	3,3	23,3	20,6	21,5
PA Trento	7,4	5,6	2,7	19,0	18,3	18,8
Veneto	7,5	5,7	4,0	18,8	18,5	18,9
Friuli VG	6,4	5,3	4,1	19,6	19,7	20,8
Liguria	7,3	5,9	3,6	19,4	18,6	18,1
Emilia R.	6,5	5,3	4,2	19,8	18,9	18,5
Toscana	7,6	6,0	4,0	19,9	18,5	18,6
Umbria	6,7	5,3	3,4	20,2	19,4	19,5
Marche	7,1	5,4	3,4	19,4	17,9	18,8
Lazio	6,3	4,9	3,6	19,3	18,2	19,6
Abruzzo	6,4	5,5	3,6	16,6	16,2	16,5
Molise	4,7	2,7	2,1	14,9	14,1	15,9
Campania	5,1	3,8	3,6	17,0	15,7	17,1
Puglia	6,4	4,8	3,8	17,0	15,8	16,8
Basilicata	6,2	4,4	2,8	17,9	16,3	17,7
Calabria	5,0	4,2	4,0	14,5	14,8	17,2
Sicilia	6,9	5,5	4,6	19,0	18,4	19,4
Sardegna	4,0	3,0	2,8	15,7	14,8	17,2
Italia	6,6	5,2	4,0	18,6	17,7	18,4
Nord	7,2	5,8	4,3	19,2	18,5	18,8
Centro	6,9	5,3	3,7	19,6	18,4	19,2
Sud e Isole	5,8	4,5	3,7	17,2	16,3	17,6

*Il totale della spesa SSN si riferisce al totale degli acquisti diretti per i farmaci di classe A e H

Tabella 5.1.4 Andamento regionale dei *trend* di consumo (DDD) dei farmaci con almeno un'indicazione innovativa acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche nel periodo 2023-2025

Regione	Incidenza % consumi farmaci innovativi su consumi SSN*					
	indicazioni innovative piene			tutte le indicazioni		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Piemonte	0,15	0,12	0,07	0,60	0,40	0,72
Valle d'Aosta	0,11	0,13	0,06	0,55	0,42	0,69
Lombardia	0,35	0,28	0,16	1,07	0,84	1,25
PA Bolzano	0,20	0,17	0,07	0,72	0,58	0,86
PA Trento	0,21	0,16	0,05	0,66	0,52	0,75
Veneto	0,18	0,14	0,08	0,60	0,49	0,68
Friuli VG	0,20	0,15	0,07	0,73	0,56	0,78
Liguria	0,16	0,14	0,07	0,58	0,48	0,63
Emilia R.	0,15	0,12	0,07	0,54	0,43	0,55
Toscana	0,23	0,20	0,09	0,74	0,57	0,76
Umbria	0,20	0,18	0,08	0,68	0,59	0,75
Marche	0,26	0,20	0,09	0,85	0,61	0,95
Lazio	0,22	0,19	0,12	0,97	0,75	1,18
Abruzzo	0,27	0,23	0,11	0,86	0,66	0,91
Molise	0,16	0,09	0,07	0,81	0,50	1,00
Campania	0,17	0,11	0,10	0,85	0,55	1,06
Puglia	0,21	0,16	0,12	0,86	0,60	0,97
Basilicata	0,19	0,14	0,14	0,91	0,60	1,21
Calabria	0,17	0,13	0,13	0,86	0,57	1,22
Sicilia	0,18	0,13	0,11	0,75	0,57	0,92
Sardegna	0,14	0,10	0,09	0,76	0,54	1,08
Italia	0,20	0,16	0,10	0,76	0,57	0,88
Nord	0,21	0,16	0,09	0,69	0,53	0,77
Centro	0,23	0,19	0,10	0,84	0,65	0,95
Sud e Isole	0,19	0,14	0,11	0,82	0,57	1,00

*Il totale dei consumi SSN si riferisce al totale degli acquisti diretti per i farmaci di classe A e H

Tabella 5.1.5 Spesa (milioni di euro) e consumi (DDD/1 milione abitanti *die*) per indicazioni innovative nel periodo 2023-2025 in ordine decrescente di spesa totale

Incremento spesa totale			2023		2024		2025		2023 - 2025			
ATC V	Principio attivo	Data inizio innovatività	Spesa	DDD	Spesa	DDD	Spesa	DDD	Spesa	Inc. % su totale Spesa	DDD	Inc. % su totale Consumi
	Totale		1.001,3	310,02	867,8	257,03	699,7	159,52	2.568,9	100,0	726,57	100,0
R07AX32	ivacaftor/tezacaftor/ elexacaftor	06/07/2021	207,7	33,42	131,2	21,01	32,1	5,25	371,0	14,4	59,67	8,2
L01FD04	trastuzumab deruxtecan	04/07/2023	34,5	8,64	149,9	32,56	185,2	40,36	369,6	14,4	81,55	11,2
R07AX02	ivacaftor	06/07/2021	144,5	15,63	91,1	9,54	23,0	1,98	258,6	10,1	27,14	3,7
N07XX08	tafamidis	20/10/2021	119,6	92,81	136,0	115,58	-	-	255,6	10,0	208,38	28,7
L01FC01	daratumumab	15/01/2021	148,7	52,80	20,8	7,57	27,6	10,16	197,1	7,7	70,53	9,7
L01FF02	pembrolizumab	17/12/2020	53,9	20,12	43,4	17,01	68,1	28,54	165,4	6,4	65,67	9,0
L01FX17	sacituzumab govitecan	10/08/2022	27,7	3,67	27,5	3,62	35,1	5,51	90,3	3,5	12,80	1,8
L01XL03	axicabtagene ciloleucel	12/11/2023	-	-	39,3	0,01	40,4	0,01	79,6	3,1	0,02	0,0
M05BX07	vosoritide	13/09/2022	21,7	2,22	32,8	3,69	24,0	2,71	78,5	3,1	8,61	1,2
L01EB04	osimertinib	10/09/2022	19,1	6,71	30,3	10,45	23,9	8,26	73,3	2,9	25,42	3,5
L01FF04	avelumab	19/03/2022	25,8	9,47	33,0	12,04	8,1	2,97	66,9	2,6	24,49	3,4
L04AJ01	eculizumab	09/09/2022	12,5	0,81	25,6	1,65	12,3	0,84	50,4	2,0	3,31	0,5
L01FF05	atezolizumab	01/06/2022	15,3	8,68	20,0	11,51	13,0	7,51	48,4	1,9	27,70	3,8
L01XK01	olaparib	18/03/2022	31,0	11,26	-	-	7,3	2,90	38,3	1,5	14,16	1,9
L01XX52	venetoclax	02/04/2023	7,2	2,16	12,9	3,85	13,6	4,10	33,7	1,3	10,10	1,4
L04AL01	efgartigimod alfa	12/07/2023	-	-	-	-	33,3	1,42	33,3	1,3	1,42	0,2
L01XL06	brexucabtagene autoleucel	12/03/2022	21,6	<0,05	6,5	<0,05	4,3	<0,05	32,4	1,3	0,01	0,0
J01DI04	cefiderocol	21/03/2023	16,6	1,41	12,0	1,01	-	-	28,6	1,1	2,42	0,3
L01XL07	idecabtagene vicleucel	09/02/2024	-	-	-	-	23,4	0,01	23,4	0,9	0,01	0,0
D11AH05	dupilumab	10/12/2020	16,2	24,65	-	-	6,6	11,63	22,8	0,9	36,28	5,0

segue

Tabella 5.1.5 - *continua*

ATC	Principio attivo	Data inizio innovatività	2023		2024		2025		2023 - 2025			
			Spesa	DDD	Spesa	DDD	Spesa	DDD	Spesa	Inc. % su totale Spesa	DDD	Inc. % su totale Consumi
A16AX18	lumasiran	05/04/2022	9,9	0,45	9,7	0,43	2,7	0,12	22,3	0,9	1,00	0,1
A05AX05	odevixibat	28/08/2022	6,2	0,29	8,3	0,49	7,5	0,47	22,0	0,9	1,24	0,2
L01FX13	enfortumab vedotin	13/07/2023	-	-	-	-	21,9	6,28	21,9	0,9	6,28	0,9
A16AB25	olipudasi alfa	25/11/2023	-	-	7,3	0,21	11,8	0,36	19,1	0,7	0,57	0,1
L01FF07	dostarlimab	19/04/2025	-	-	-	-	18,5	6,42	18,5	0,7	6,42	0,9
L01FF01	nivolumab	17/09/2022	3,9	1,67	6,4	2,74	7,0	3,02	17,3	0,7	7,43	1,0
L01EX19	ripretinib	16/09/2023	1,1	0,12	7,8	0,83	7,3	1,24	16,2	0,6	2,19	0,3
L01EF02	ribociclib	22/05/2020	15,7	10,74	-	-	-	-	15,7	0,6	10,74	1,5
A16AX16	idursulfase beta	20/01/2021	12,1	0,66	1,5	0,08	-	-	13,6	0,5	0,74	0,1
M09AX09	onasemnogene abeparvovec	14/03/2021	7,8	<0,05	1,7	<0,05	-	-	9,5	0,4	<0,05	0,0
L01EX08	lenvatinib	19/07/2023	-	-	-	-	9,4	4,67	9,4	0,4	4,67	0,6
L01FX04	ipilimumab	17/09/2022	2,7	0,40	3,6	0,54	2,6	0,39	9,0	0,3	1,33	0,2
B02BD15	valoctocogene roxaparvovec	23/01/2024	-	-	-	-	8,0	<0,05	8,0	0,3	<0,05	0,0
S01XA27	voretigene neparvovec	10/01/2021	6,5	<0,05	-	-	-	-	6,5	0,3	<0,05	0,0
C10AX17	evinacumab	28/10/2023	-	-	-	-	6,3	0,96	6,3	0,2	0,96	0,1
A16AB26	eladocogene exuparvovec	05/12/2023	-	-	2,6	<0,05	2,3	<0,05	4,9	0,2	<0,05	0,0
N07XX12	patisaran	31/01/2020	4,7	0,43	-	-	-	-	4,7	0,2	0,43	0,1
B02BD16	etranacogene dezaparvovec	04/09/2025	-	-	-	-	4,0	<0,05	4,0	0,2	<0,05	0,0
A08AA12	setmelanotide	28/08/2022	1,0	0,13	1,0	0,14	1,3	0,19	3,3	0,1	0,46	0,1
A16AB17	cerliponase alfa	13/05/2020	3,2	0,11	-	-	-	-	3,2	0,1	0,11	0,0
L01EX12	larotrectinib	08/09/2021	1,5	0,32	1,3	0,30	-	-	2,8	0,1	0,62	0,1
L04AA03	immunoglobulina antilinfocitaria (equina)	19/09/2023	0,1	<0,05	1,4	0,03	1,2	0,03	2,8	0,1	0,07	0,0

segue

Tabella 5.1.5 - *continua*

ATC	Principio attivo	Data inizio innovatività	2023		2024		2025		2023 - 2025			
			Spesa	DDD	Spesa	DDD	Spesa	DDD	Spesa	Inc. % su totale Spesa	DDD	Inc. % su totale Consumi
A16AB21	atidarsagene autotemcel	08/04/2022	-	-	2,3	<0,05	-	-	2,3	0,1	<0,05	0,0
L01ED03	alectinib	16/05/2025	-	-	-	-	1,8	0,67	1,8	0,1	0,67	0,1
A16AB24	pegzilarginasi	08/02/2025	-	-	-	-	1,3	0,04	1,3	0,0	0,04	0,0
L01EX14	entrectinib	08/09/2021	0,7	0,18	0,5	0,14	-	-	1,2	0,0	0,33	0,0
L04AL02	rozanolixizumab	25/05/2025	-	-	-	-	1,0	0,04	1,0	0,0	0,04	0,0
L01EC02	dabrafenib	16/10/2024	-	-	-	-	0,9	0,19	0,9	0,0	0,19	0,0
L01FX07	blinatumomab	22/09/2022	0,3	0,01	0,2	0,01	0,2	0,01	0,7	0,0	0,03	0,0
L04AC22	spesolimab	21/12/2024	-	-	-	-	0,4	<0,05	0,4	0,0	<0,05	0,0
L01EE01	trametinib	16/10/2024	-	-	-	-	0,4	0,15	0,4	0,0	0,15	0,0
L01EX07	cabozantinib	07/02/2024	-	-	-	-	0,4	0,14	0,4	0,0	0,14	0,0
J05AP57	glecaprevir e pibrentasvir	16/07/2020	0,1	0,04	-	-	-	-	0,1	0,0	0,04	0,0

Terapie Avanzate

Per terapia avanzata (ATMP, *Advanced Therapy Medicinal Products*) si intende una categoria di medicinali altamente innovativi che impiegano geni, cellule o tessuti per il trattamento di patologie gravi e complesse, spesso caratterizzate da un elevato bisogno clinico e dalla disponibilità di opzioni terapeutiche limitate o inefficaci. A differenza dei farmaci tradizionali, costituiti prevalentemente da molecole ottenute per sintesi chimica, gli ATMP utilizzano materiale biologico (DNA, RNA, cellule, tessuti), sottoposto a processi biotecnologici altamente specializzati, con l'obiettivo di correggere difetti genetici, sostituire cellule danneggiate o rigenerare tessuti. Sviluppatasi grazie ai progressi delle biotecnologie degli ultimi decenni, rappresentano una delle aree più innovative della medicina moderna e offrono nuove opportunità terapeutiche per malattie genetiche, neoplasie e altre patologie croniche ad elevato bisogno clinico. Gli ATMP si suddividono in quattro categorie:

1. medicinali di terapia genica, costituiti o contenenti acidi nucleici ricombinanti (DNA o RNA) che agiscono modificando l'espressione genetica, attraverso sostituzione, correzione, aggiunta o eliminazione di sequenze genetiche, al fine di ottenere un effetto terapeutico, profilattico o diagnostico. La terapia genica consente dunque di trasferire direttamente all'interno delle cellule del paziente la copia corretta e funzionante del gene interessato o modificandone la funzione;
2. medicinali di terapia cellulare somatica, basati su cellule o tessuti vivi, sottoposti a manipolazioni tali da modificare le caratteristiche biologiche, le funzioni fisiologiche o le proprietà strutturali o destinati a svolgere nel ricevente una funzione essenziale diversa da quella esercitata nel donatore. Tali medicinali sono utilizzati per trattare, prevenire o diagnosticare malattie e possono utilizzare cellule o tessuti di origine autologa (derivati dal paziente stesso), allogenica (ottenuti da un donatore) o xenogenica (derivati da un donatore di una specie animale differente dall'uomo);
3. medicinali di ingegneria tissutale, contenenti cellule o tessuti manipolati in laboratorio con l'obiettivo di riparare, rigenerare o sostituire tessuti umani danneggiati;
4. medicinali per terapie avanzate combinate, che integrano uno o più dispositivi medici come parte costitutiva del medicinale a base cellulare o tissutale.

Le terapie avanzate rientrano nella definizione tecnica di medicinale e sono pertanto soggette alla disciplina e alla valutazione delle autorità regolatorie competenti. Il quadro normativo di riferimento è definito dal Regolamento (CE) 1394/2007 e dalla Direttiva 2009/120/CE, che ne definiscono classificazione, requisiti scientifici e tecnici e procedure autorizzative. L'autorizzazione all'immissione in commercio avviene mediante procedura centralizzata europea, con validità in tutti gli Stati membri dell'Unione europea, mentre le autorità nazionali competenti, in Italia l'AIFA, definiscono le condizioni di rimborsabilità e il prezzo a carico del SSN. Sebbene il numero di ATMP autorizzati in Europa sia ancora contenuto, il settore è in rapida espansione. L'elevato livello di innovazione, la personalizzazione dei trattamenti, la complessità dei processi produttivi e delle modalità di somministrazione, unitamente agli elevati costi di sviluppo e di impiego, pongono rilevanti sfide organizzative ed economiche per i sistemi sanitari. Tali caratteristiche rendono

necessario lo sviluppo di modelli sempre più evoluti per la valutazione regolatoria, l'accesso alle cure e la sostenibilità del SSN.

Terapie avanzate disponibili in Italia nel periodo 2019-2025

Dall'entrata in vigore del Regolamento europeo sulle terapie avanzate, e fino al 31 dicembre 2025, la Commissione Europea ha concesso l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) a 30 terapie avanzate, tre delle quali nel corso del 2025:

- beremagene geperpavec, una terapia in gel per l'epidermiolisi bollosa distrofica;
- dorocubicel, per i tumori maligni ematologici che necessitano di un trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche;
- obecabtagene autoleucel, per la leucemia linfoblastica acuta B.

Tuttavia, nel corso degli anni, 9 medicinali ATMP sono stati ritirati dal mercato europeo su richiesta del titolare dell'AIC; pertanto, 21 sono i medicinali ATMP attualmente approvati in Europa alla data del 31 dicembre 2025.

Di questi, 15 sono disponibili in Italia nel periodo 2019-2025 e sono tutti rimborsabili in fascia H (Tabella 5.1.6).

Delle restanti sei terapie, la specialità a base di ciltacabtagene autoleucel (1), indicata nel mieloma multiplo, è stata classificata in fascia H ad aprile 2026; la terapia tissutale (2) a base di condrociti indicata negli adulti per la riparazione di difetti sintomatici della cartilagine articolare del condilo-femorale e della rotula del ginocchio di grado III o IV non è rimborsata (fascia C) e non risulta commercializzata nel periodo di analisi. Talimogene laherparepvec (3), terapia genica indicata per il trattamento del melanoma, risulta attualmente classificata in classe C-nn e non è commercializzata. Tra quelli autorizzati da EMA nel corso del 2025, per beremagene geperpavec (4), la procedura di prezzo e rimborso è in corso, mentre per obecabtagene autoleucel (5) e per le cellule staminali CD34 derivate da cordone ombelicale di dorocubicel/allogenico non espanse (6) non risulta pervenuta, da parte dell'azienda farmaceutica, la domanda di prezzo e rimborso (ultimo aggiornamento 31 maggio 2026).

Considerando solo le indicazioni terapeutiche rimborsate (22), la metà (11) è rappresentata da indicazioni oncoematologiche relative a 5 terapie CAR-T (idecabtagene vicleucel, lisocabtagene maraleucel, tisagenlecleucel, brexucabtagene autoleucel, e axicabtagene ciloleucel) e 1 relativa a tabellecleucel, indicato per la malattia linfoproliferativa post-trapianto EBV-positiva (EBV+ PTLD). Quattro indicazioni sono relative a malattie ematologiche non oncologiche (etranacogene dezaparvovec, valoctocogene roxaparvovec per l'emofilia A e exagamglogene autotemcel per emoglobinopatie ereditarie quali beta-talassemia e anemia falciforme), due sono relative all'area oftalmologica (voretigene neparvovec per la distrofia retinica ereditaria da mutazioni di RPE65 e le cellule epiteliali corneali umane autologhe espanse ex vivo contenenti cellule staminali limbari per il deficit delle cellule staminali limbari causato da ustioni oculari da agenti fisici o chimici), 2 sono indicazioni riguardanti le malattie del sistema endocrino e disordini metabolici e nutrizionali (atidarsagene autotemcel per il trattamento della leucodistrofia metacromatica e eladocagene exuparvovec per il deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici), una per l'atrofia muscolare spinale (onasemnogene abeparvovec) e una per l'immunodeficienza severa causata da deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID).

Tutte le indicazioni rimborsate sono classificate come orfane, a eccezione delle due indicazioni approvate per lisocabtagene maraleucel, relative al trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B, linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B, linfoma a cellule B ad alto grado e linfoma follicolare di grado 3B. Dal punto di vista dell'attribuzione del requisito di innovatività, a 14 indicazioni è stato riconosciuto il requisito pieno, a 3 indicazioni è stata attribuita l'innovatività condizionata, mentre 5 indicazioni sono state valutate come non innovative. Tra le indicazioni non innovative figurano quelle di lisocabtagene maraleucel, la cui indicazione terapeutica è stata estesa nel dicembre 2025 ai pazienti con linfomi aggressivi a cellule B refrattari alla prima linea di trattamento o recidivati entro 12 mesi dal suo completamento.

Spesa e consumo delle terapie avanzate

Ai fini delle analisi sulla spesa e consumi sono state considerate le terapie avanzate disponibili in Italia nel periodo 2019-2025 (Tabella 5.1.6). La fonte dati per il calcolo dei valori di spesa e consumo è rappresentata dal flusso della Tracciabilità del Farmaco, essendo queste terapie erogate dalle strutture sanitarie pubbliche. I dati sono aggiornati al 13 aprile 2026 e la spesa indicata è al lordo dell'eventuale *payback* e dei MEA, laddove applicati.

Rispetto alle 15 terapie disponibili, nel periodo 2019-2025 sono risultate movimentate 13 ATMP (Tabella 5.1.7) e non si registrano flussi per la frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+ e per exagamglogene autotemcel. Nel solo 2025, le specialità movimentate risultano 11, poiché rispetto all'anno precedente si osservano le prime movimentazioni di etranacogene dezaparvovec e tabelecleucel, mentre non sono stati rilevati consumi per atidarsagene autotemcel e per le cellule epiteliali corneali umane autologhe espanse ex vivo contenenti cellule staminali limbari.

I dati riportati nella Tabella 5.1.8 evidenziano un incremento progressivo della spesa e dei consumi (numero di confezioni) dei medicinali ATMP, in parallelo all'aumento delle terapie disponibili. La spesa complessiva è passata da 1,38 milioni di euro nel 2019 (0,023 euro *pro capite*), pari allo 0,01% della spesa per i farmaci di classe A e H acquistati direttamente dalle strutture pubbliche, a 222,6 milioni di euro nel 2025 (3,78 euro *pro capite*), corrispondenti all'1,27% della spesa farmaceutica per acquisti diretti. Rispetto al 2024 si registra un ulteriore incremento del 14,5%. In linea con l'andamento della spesa, anche i consumi hanno registrato una crescita progressiva, passando da 14 confezioni erogate nel 2019 a 1.195 nel 2025, con un incremento nell'ultimo anno pari al 17,6%. L'incremento della spesa e dei consumi osservato nel periodo 2019-2025 è verosimilmente riconducibile al progressivo ampliamento dell'offerta terapeutica degli ATMP e all'estensione del loro impiego clinico. In particolare, hanno contribuito alla crescita l'introduzione di nuove terapie avanzate, tra cui due CAR-T per il trattamento di neoplasie oncoematologiche (idecabtagene vicleucel nel mieloma multiplo e lisocabtagene maraleucel nei linfomi aggressivi a cellule B), due terapie geniche in vivo (valoctocogene roxaparvovec per l'emofilia A grave ed eladocogene exuparvovec per il deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici) e una terapia genica ex vivo (atidarsagene autotemcel per la leucodistrofia metacromatica). A tali fattori si aggiungono le estensioni delle indicazioni terapeutiche approvate per le CAR-T già disponibili (tisagenlecleucel, axicabtagene

ciloleucel e brexucabtagene autoleucel). Nel 2025 tale andamento risulta ulteriormente sostenuto dall'incremento delle movimentazioni registrato per diversi medicinali già presenti sul mercato e dalla disponibilità di nuove opzioni terapeutiche, che hanno compensato la contrazione osservata per alcuni prodotti utilizzati in ambito oncoematologico.

Il costo medio ha evidenziato una crescita significativa tra il 2019 e il 2021, passando da circa 99 mila a 217 mila euro (>100% nel biennio), per poi stabilizzarsi nel 2022 (Tabella 5.1.8). Negli anni successivi, si osserva una nuova crescita fino al valore massimo registrato nel 2023 (272 mila euro), seguita da una contrazione nel 2024 (-29,7%) e da una sostanziale stabilizzazione nel 2025 (-2,7%). Tale andamento può riflettere variazioni nel mix dei medicinali movimentati nei diversi anni, con un peso variabile delle terapie a più elevato costo unitario. Le variazioni osservate nel costo medio per confezione sono inoltre influenzate dalle modalità di contabilizzazione della spesa relative ai farmaci soggetti ad accordi di rimborso condizionato, che prevedevano l'imputazione frazionata del costo del trattamento nel tempo in funzione del mantenimento del beneficio clinico, nonché dalle successive modifiche delle condizioni negoziali che, in alcuni casi, hanno comportato la rimozione di tali accordi e la contabilizzazione dell'intero costo al momento dell'erogazione. Tale modalità di registrazione può inoltre determinare la presenza di spesa in assenza di consumi nello stesso periodo di riferimento, come osservato in alcune Regioni negli anni precedenti.

Nel 2025, il Nord si conferma l'area geografica con la maggiore spesa complessiva per ATMP (113,5 milioni di euro, pari al 51% del totale nazionale) e con il più elevato numero di confezioni movimentate (639), pur registrando una crescita più contenuta rispetto alle altre aree geografiche (+5,6% della spesa e +12,7% dei consumi) (Tabella 5.1.9). Il costo medio per confezione al Nord si attesta a circa 178 mila euro, inferiore al valore nazionale.

Il Centro presenta la crescita più sostenuta dei consumi (+43,8%) e un incremento della spesa pari al 27,1%; in questa area geografica si registra anche un costo medio più elevato (circa 216 mila euro) rispetto alle Regioni del Nord e del Sud, sebbene con una marcata decrescita (-11,6%). Nel complesso, il Nord continua a concentrare oltre la metà della spesa nazionale per ATMP, mentre nel 2025 le dinamiche di crescita più marcate si osservano nelle Regioni del Centro e del Sud. In particolare, l'elevato incremento registrato nelle Marche e la sostenuta crescita rilevata in Sicilia, Abruzzo e Calabria evidenziano una progressiva diffusione dell'utilizzo delle terapie avanzate sul territorio nazionale, pur permanendo rilevanti differenze regionali in termini di spesa, consumi e costo medio per confezione.

Analizzando i dati per categoria di ATMP, emerge come le terapie CAR-T continuino a rappresentare la principale componente della spesa e dei consumi associati ai medicinali per terapie avanzate, pur a fronte del crescente contributo delle terapie geniche non oncologiche (Tabella 5.1.10). Nel 2025, le CAR-T hanno generato una spesa pari a 149,3 milioni di euro, corrispondente al 67,1% della spesa complessiva per ATMP, con 784 confezioni movimentate (65,6% del totale). Le altre tipologie di terapie avanzate hanno invece contribuito con 73,3 milioni di euro di spesa e 411 confezioni. Tali evidenze confermano il ruolo predominante dell'ambito oncoematologico nel panorama delle terapie avanzate.

Tra le CAR-T, la quota maggiore di spesa è attribuibile ad axicabtagene ciloleucel (72,7 milioni di euro), seguita da idecabtagene vicleucel (23,4 milioni), brexucabtagene autoleucel (22,5 milioni), tisagenlecleucel (21,5 milioni) e lisocabtagene maraleucel (9,2 milioni) (Tabella 5.1.11). Nell'ambito delle altre terapie avanzate, il principale contributo deriva da onasemnogene abeparvovec (52,2 milioni di euro), seguito da valoctocogene roxaparvovec (8,0 milioni), eladocogene exuparvovec (7,1 milioni) ed etranacogene dezaparvovec (4,0 milioni).

Dal punto di vista territoriale, il Nord concentra oltre la metà della spesa nazionale (113,5 milioni di euro), con una distribuzione relativamente equilibrata tra CAR-T e altre terapie avanzate. Nel Centro e nel Sud il peso delle CAR-T risulta invece più marcato, rappresentando rispettivamente il 67,5% e il 69,5% della spesa complessiva per ATMP.

Alcune terapie mostrano inoltre una forte concentrazione geografica. In particolare, nel 2025 le movimentazioni di eladocogene exuparvovec risultano riferibili esclusivamente al Lazio, con una spesa di circa 7,1 milioni di euro, mentre etranacogene dezaparvovec risulta movimentato esclusivamente in Lombardia, con una spesa di circa 4,0 milioni di euro. Exagamglogene autotemcel non presenta invece movimentazioni nel periodo considerato. Nel complesso, il quadro nazionale conferma il ruolo predominante delle CAR-T nella spesa per ATMP, pur evidenziando il crescente contributo di alcune terapie geniche non oncologiche e una distribuzione territoriale ancora fortemente influenzata dalla localizzazione dei centri autorizzati alla prescrizione e somministrazione dei trattamenti.

Tabella 5.1.6 Caratteristiche delle terapie avanzate incluse nelle analisi e disponibili in Italia nel periodo 2019-2025

ATC V	Principio attivo	Specialità	Classificazione e ai sensi del Reg. EU 1394/2007	Area terapeutica	Data decisione CE	Determina rimborsabilità (data GU)	Indicazione rimborsata al 31/12/2025	Classe di rimborsabilità	Registro di monitoraggio	Innovatività*	Orfano
L01XL07	idecabtagene vicleucel (<i>Ide-cel</i>)	Abecma	Terapia genica ex-vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Mieloma Multiplo)	18/08/2021	08/02/2024	Trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto almeno tre precedenti terapie, inclusi un immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno dimostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia	H	SI	Condizionata	SI
L01XL08	lisocabtagene maraleucel (<i>Liso-cel</i>)	Breyanzi	Terapia genica ex vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non-Hodgkin a cellule B aggressivo)	04/04/2022	08/02/2024	Trattamento di pazienti adulti con DLBCL, PMBCL e FL3B recidivati o refrattari, dopo due o più linee di terapia sistemica	H	SI	SI (innovatività di classe)	NO
L01XL08	lisocabtagene maraleucel (<i>Liso-cel</i>)	Breyanzi	Terapia genica ex vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non-Hodgkin a cellule B aggressivo)		16/12/2025	Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), linfoma a cellule B ad alto grado (HGBCL), linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (PMBCL) e linfoma follicolare di grado 3B (FL3B), che sono refrattari alla chemio-immunoterapia di prima linea o recidivati entro 12 mesi dal completamento della chemio-immunoterapia di prima linea.	H	SI	SI	NO
B06AX05	exagamlogene autotemcel	Casgevvy	Terapia genica in vivo	β talassemia	09/02/2024	07/10/2025	Trattamento della β talassemia trasfusione dipendente (transfusion dependent β thalassemia, TDT) in pazienti di età ≥12 anni e fino a 35 anni per i quali è appropriato il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (haematopoietic stem cell, HSC) e non disponibile un donatore consanguineo di HSC con antigene leucocitario umano (HLA) compatibile	H	SI	SI	SI

segue

Tabella 5.1.6 *continua*

ATC V	Principio attivo	Specialità	Classificazione e ai sensi del Reg. EU 1394/2007	Area terapeutica	Data decisione CE	Determina rimborsabi- lità (data GU)	Indicazione rimborsata al 31/12/2025	Classe di rimborsabilità	Registro di monitorag- gio	Innovatività*	Orfano
B06AX05	exagamglogene autotemcel	Casgevy	Terapia genica in vivo	β talassemia	09/02/2024	07/10/2025	Trattamento della β talassemia trasfusione dipendente (transfusion dependent β thalassemia, TDT) in pazienti di età ≥12 anni e fino a 35 anni per i quali è appropriato il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (haematopoietic stem cell, HSC) e non è disponibile un donatore consanguineo di HSC con antigene leucocitario umano (human leukocyte antigen, HLA) compatibile	H	SI	SI	SI
L01XL09	tabelecleucel	Ebvallo	Terapia cellulare somatica	Malattie linfoproliferative	16/12/2022	13/03/2025	Trattamento monoterapia di pazienti adulti e pediatrici (≥2 anni) con malattia linfoproliferativa post- trapianto positiva al virus di Epstein- Barr (EBV+ PTLTD) recidivata o refrattaria, che hanno ricevuto almeno una terapia precedente. Per pazienti sottoposti a trapianto solido, la terapia precedente include la chemioterapia, tranne se inappropriata.	H	SI	NO	SI
B02BD16	etranacogene dezaparvovec	Hemgenix	Terapia genica in vivo	Emofilia B	20/02/2023	03/09/2025	Trattamento dell'emofilia B (deficit congenito del fattore IX) severa e moderatamente severa in pazienti adulti senza storia di inibitori del fattore IX.	H	SI	SI	SI

segue

Farmaci innovativi, terapie avanzate e farmaci orfani

Tabella 5.1.6 *continua*

ATC V	Principio attivo	Specialità	Classificazione e ai sensi del Reg. EU 1394/2007	Area terapeutica	Data decisione CE	Determina Rimborsabilità (data GU)	Indicazione rimborsata al 31/12/2025	Classe di rimborsabilità	Registro di monitoraggio	Innovatività*	Orfano
S01XA19	cellule epiteliali corneali umane autologhe espanse ex vivo contenenti cellule staminali (<i>Cellule limbari</i>)	Holoclar	Prodotto di ingegneria tissutale	Malattie dell'occhio e annessi (Deficit delle cellule staminali limbari)	17/2/2015	10/03/2017	Trattamento di pazienti adulti affetti da deficit di cellule staminali limbari da moderato a severo, unilaterale o bilaterale, causato da ustioni oculari da agenti fisici o chimici	H	SI	Non innovativo	SI
L01XL04	tisagenlecleucel (<i>Tisa-cel</i>)	Kymriah	Terapia genica ex vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non-Hodgkin Follicolare)	26/04/2023	08/08/2023	Trattamento di pazienti adulti con LF in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica	H	SI	NO	SI
L01XL04	tisagenlecleucel (<i>Tisa-cel</i>)	Kymriah	Terapia genica ex vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Leucemia Linfoblastica Acuta)	23/08/2018	12/08/2019	Trattamento di pazienti fino a 25 anni di età con LLA a cellule B refrattaria, in recidiva post-trapianto o in seconda o ulteriore recidiva	H	SI	SI	SI
L01XL04	tisagenlecleucel (<i>Tisa-cel</i>)	Kymriah	Terapia genica ex vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non-Hodgkin A Cellule B Aggressivo)	23/08/2018	12/08/2019	Trattamento di pazienti adulti con DLBCL in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica	H	SI	SI	SI
A16AB21	atidarsagene autotemcel (<i>Atidarsa-cel</i>)	Libmeldy	Terapia genica ex vivo	Malattie del sistema endocrino e disordini metabolici e nutrizionali (Leucodistrofia Metacromatica)	17/12/2020	08/04/2022	Trattamento della MLD caratterizzata da mutazioni bialleliche del gene arilsulfatasi A (ARSA) che comportano una riduzione dell'attività enzimatica di ARSA: nei bambini con forme infantili tardive o giovanili precoci senza manifestazioni cliniche della malattia; nei bambini con la forma giovanile precoce, con manifestazioni cliniche precoci della malattia, che conservano la capacità di camminare autonomamente (GMFC-MLD $\leq$ 1) e prima dell'inizio del declino cognitivo (QI $\geq$ 85)	H	SI	SI	SI

segue

Tabella 5.1.6 *continua*

ATC V	Principio attivo	Specialità	Classificazione e ai sensi del Reg. EU 1394/2007	Area terapeutica	Data decisione CE	Determina Rimborsabilità (data GU)	Indicazione rimborsata al 31/12/2025	Classe di rimborsabilità	Registro di monitoraggio	Innovatività*	Orfano
S01XA27	voretigene neparvovec (<i>Voret-vec</i>)	Luxturna	Terapia genica in vivo	Malattie dell'occhio e annessi (Distrofia retinica ereditaria da mutazioni di RPE65)	22/11/2018	09/01/2021	Trattamento di pazienti adulti e pediatrici (dai 3 anni di età) con perdita della vista dovuta a distrofia ereditaria causata da mutazione bialleliche con-fermate di RPE65 e che abbiano sufficienti retiniche vitali	H	SI	SI	SI
B02BD15	valoctocogene roxaparvovec (<i>Valocto-vec</i>)	Roctavian	Terapia genica in vivo	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (Emofilia A)	24/08/2022	22/01/2024	Trattamento dell'emofilia A grave (deficit con-genito di fattore VIII) in pazienti adulti senza anamnesi di inibitori del fattore VIII e senza anticorpi rilevabili antivirus adeno-associato del sierotipo 5 (AAV5)	H	SI	Condizionata	SI
L03AX	frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+ che codificano per l'adenosina deaminasi (ADA) umana	Strimvelis	Terapia genica ex-vivo	Immunodeficienza grave combinata	26/5/2016	01/08/2016	Trattamento di pazienti con Immunodeficienza Grave Combinata da Deficit di Adenosina Deaminasi (ADA-SCID), per i quali non sia disponibile un idoneo donato-re consanguineo di cellule staminali HLA (antigene leucocitario umano)-compatibili	H	NO	SI	SI
L01XL06	brexucabtagene autoleucel (<i>Brexu-cel</i>)	Tecartus	Terapia genica ex vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma a cellule mantellari)	14/12/2020	11/03/2022	Trattamento di pazienti adulti con MCL recidivante o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica che includano un inibitore della BTK	H	SI	SI	SI
A16AB26	eladocagene exuparvovec (<i>Eladoca-vec</i>)	Upstaza	terapia genica in vivo	Malattie sistema endocrino, disordini metabolici e nutrizionali (Deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici)	18/07/2022	04/12/2023	Trattamento di pazienti di età pari o superiore a 18 mesi con una diagnosi AADC confermata dal punto di vista clinico, mole-colare e genetico e con fenotipo severo	H	SI	SI	SI

segue

Farmaci innovativi, terapie avanzate e farmaci orfani

Tabella 5.1.6 *continua*

ATC V	Principio attivo	Specialità	Classificazione e ai sensi del Reg. EU 1394/2007	Area terapeutica	Data decisione CE	Determina Rimborsabilità (data GU)	Indicazione rimborsata al 31/12/2025	Classe di rimborsabilità	Registro di monitoraggio	Innovatività*	Orfano
L01XL03	axicabtagene ciloleucel (Axi-cel)	Yescarta	Terapia genica ex-vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non- Hodgkin follicolare)	21/06/2022	11/11/2023	Trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) r/r dopo tre o più linee di terapia sistemica	H	SI	NO	SI
L01XL03	axicabtagene ciloleucel (Axi-cel)	Yescarta	Terapia genica ex-vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non- Hodgkin a cellule B aggressivo)	21/06/2022	11/11/2023	Trattamento di pazienti adulti con DLBCL e HGBL refrattario alla chemioimmunoterapia di prima linea o recidi-vante entro 12 mesi dal completamento della chemio- immunoterapia di prima linea	H	SI	SI	SI
L01XL03	axicabtagene ciloleucel (Axi-cel)	Yescarta	Terapia genica ex-vivo (CAR-T)	Oncoematologia (Linfoma non- Hodgkin a cellule B aggressivo)	23/08/2018	11/11/2019	Trattamento di pazienti adulti con DLBCL e PMBCL refrattari o recidivanti, dopo due o più linee di terapia sistemica	H	SI	SI	SI
M09AX09	onasemnogene abeparvovec (Onasemno-vec)	Zolgensma	Terapia genica in vivo	Malattie del sistema nervoso (Atrofia muscolare spinale)	18/05/2020	13/03/2021	Trattamento atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti con peso fino a 13,5 kg;- con diagnosi clinica di SMA di tipo 1 ed esordio dei sintomi nei primi 6 mesi di vita, oppure con diagnosi di SMA 5q (mutazione biallelica nel gene SMN1 e fino a 3 copie del gene SMN2)	H/C	SI	SI	SI

*indica se è stato riconosciuto il requisito dell'innovatività al momento della definizione della rimborsabilità

Tabella 5.1.7 Movimentazioni nel flusso della tracciabilità del farmaco delle terapie avanzate rimborsate in Italia nel periodo 2019-2025

Nome specialità	Principio attivo	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ABECMA	idecabtagene vicleucel							
BREYANZI	lisocabtagene maraleucel							
EBVALLO	tabelecleucel							
HEMGENIX	etranacogene dezaparvovec							
	Cellule epiteliali corneali umane autologhe espanse ex vivo contenenti cellule staminali							
HOLOCLAR								
KYMRIAH	tisagenlecleucel							
	atidarsagene autotemcel							
LIBMELDY								
LUXTURNA	voretigene neparvovec							
	valoctocogene roxaparvovec							
ROCTAVIAN								
	brexucabtagene autoleucel							
TECARTUS								
	eladocagene exuparvovec							
UPSTAZA								
YESCARTA	axicabtagene ciloleucel							
	onasemnogene abeparvovec							
ZOLGENSMA								
N.	13	2	3	5	6	6	10	11

Nota: Rispetto alla Tabella 5.1.6 non sono riportate la specialità Strimvelis in quanto commercializzato, ma non rilevato nel flusso della Tracciabilità del Farmaco e Casgevy non ha registrato movimentazioni nel periodo 2019-2025, essendo stata pubblicata la determina di rimborsabilità ad ottobre 2025.

Tabella 5.1.8 Spesa e consumo delle terapie avanzate acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche nel periodo 2019-2025

Anno	N. principi attivi	Spesa				Consumi		Costo medio per confezione	
		Totale (milioni di euro)	Δ% anno precedente	Inc % su acquisti diretti*	pro capite (euro)	Confezioni (N.)	Δ% anno precedente	Costo (euro)	Δ% anno precedente
2019	2	1,38	-	0,01	0,02	14	-	98.559	-
2020	3	16,68	>100	0,13	0,28	140	>100	119.133	20,9
2021	5	73,54	>100	0,58	1,24	339	>100	216.918	82,1
2022	6	85,72	16,6	0,62	1,45	405	19,5	211.646	-2,4
2023	6	121,39	41,6	0,81	2,06	446	10,1	272.185	28,6
2024	10	194,48	60,2	1,17	3,30	1.016	>100	191.415	-29,7
2025	11	222,60	14,5	1,27	3,78	1.195	17,6	186.278	-2,7

*totale degli acquisti diretti per i farmaci di classe A e H

Tabella 5.1.9 Spesa e consumo delle terapie avanzate acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche per Regione nel 2025

Regione	Spesa				Consumi		Costo medio per confezione	
	Totale (milioni di euro)	Δ% 25-24	Inc % su acquisti diretti*	pro capite (euro)	Confezioni (N.)	Δ% 25-24	Costo (euro)	Δ% 25-24
Piemonte	18,4	19,2	1,48	4,17	70	-1,4	262.910	20,9
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	49,1	1,4	1,91	4,97	216	-25,0	227.216	35,3
PA Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	15,1	-12,2	1,14	3,08	63	-30,0	238.932	25,5
Friuli VG	8,8	42,0	2,34	7,02	47	74,1	187.517	-18,5
Liguria	3,4	-32,5	0,69	2,12	17	-19,0	202.887	-16,6
Emilia R.	18,7	22,6	1,29	4,18	226	>100	82.850	-62,0
Toscana	15,8	27,9	1,40	4,17	97	98,0	163.140	-35,4
Umbria	4,4	23,8	1,63	4,98	20	17,6	221.753	5,3
Marche	4,4	>100	0,91	2,86	16	33,3	272.781	75,1
Lazio	22,8	17,0	1,31	4,03	87	16,0	262.035	0,9
Abruzzo	2,8	22,8	0,66	2,12	14	7,7	196.678	14,0
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	15,6	6,3	0,83	2,99	76	-49,7	205.433	111,3
Puglia	12,4	7,8	1,02	3,21	74	76,2	167.814	-38,8
Basilicata	1,3	-	0,77	2,32	1	-	1.256.438	-
Calabria	7,1	14,7	1,23	3,90	37	37,0	190.703	-16,3
Sicilia	20,0	33,7	1,50	4,28	125	98,4	159.713	-32,6
Sardegna	2,60	-	0,47	1,57	9	-	288.676	-
Italia	222,6	14,5	1,27	3,78	1.195	17,6	186.278	-2,7
Nord	113,5	5,6	1,46	4,10	639	12,7	177.655	-6,3
Centro	47,4	27,1	1,31	4,00	220	43,8	215.551	-11,6
Sud	61,7	24,3	0,99	3,18	336	13,5	183.510	9,5

*totale degli acquisti diretti per i farmaci di classe A e H

Tabella 5.1.10 Spesa (milioni di euro) e consumi (confezioni) per tipologia di terapia avanzata e per Regione nel 2025

Regione	Spesa (milioni di euro)			Consumi (confezioni)		
	CAR-T	Non CAR-T	Totale	CAR-T	Non CAR-T	Totale
Piemonte	11,70	6,70	18,40	65	5	70
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-
Lombardia	27,42	21,66	49,08	140	76	216
PA Bolzano	-	-	-	-	-	-
PA Trento	-	-	-	-	-	-
Veneto	12,05	3,01	15,05	61	2	63
Friuli VG	8,43	0,39	8,81	44	3	47
Liguria	2,88	0,57	3,45	17	0	17
Emilia R.	12,00	6,72	18,72	63	163	226
Toscana	10,27	5,56	15,82	52	45	97
Umbria	4,44	-	4,44	20	-	20
Marche	3,00	1,36	4,36	15	1	16
Lazio	14,28	8,52	22,80	82	5	87
Abruzzo	2,75	-	2,75	14	-	14
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	7,37	8,24	15,61	42	34	76
Puglia	7,19	5,23	12,42	42	32	74
Basilicata	0,00	1,26	1,26	-	1	1
Calabria	6,77	0,29	7,06	37	0	37
Sicilia	17,43	2,53	19,96	82	43	125
Sardegna	1,34	1,26	2,60	8	1	9
Italia	149,32	73,29	222,60	784	411	1.195
Nord	74,47	39,05	113,52	390	249	639
Centro	31,99	15,44	47,42	169	51	220
Sud	42,86	18,80	61,66	225	111	336

Tabella 5.1.11 Spesa (milioni di euro) delle terapie avanzate acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche per medicinale e Regione nel 2025

Regione	Onasemnogene abeparvovec	Tabelecleucel	Valoctocogene roxaparvovec	Voretigene neparvovec	Axicabtagene ciloleucel	Brexucabtagene autoleucel	Idecabtagene vicleucel	Lisocabtagene maraleucel	Tisagenlecleucel
Piemonte	6,70	-	-	-	4,78	0,96	2,97	1,03	1,97
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	15,59	0,30	1,22	0,54	13,30	4,07	5,09	0,82	4,14
PA Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	3,01	-	-	-	6,65	1,44	0,39	0,81	2,76
Friuli VG	0,29	0,10	-	-	3,32	0,96	2,95	0,21	0,98
Liguria	0,57	-	-	-	1,25	0,24	0,39	0,41	0,59
Emilia R.	2,90	0,10	3,72	-	4,78	1,44	2,35	2,05	1,38
Toscana	4,45	0,41	0,71	-	6,23	1,68	1,17	0,21	0,98
Umbria	-	-	-	-	1,66	1,20	-	-	1,58
Marche	1,36	-	-	-	2,29	0,72	-	-	-
Lazio	0,86	-	-	0,54	6,23	3,59	1,17	2,05	1,23
Abruzzo	-	-	-	-	1,87	0,69	-	-	0,20
Molise [^]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	7,56	-	0,68	-	4,36	1,44	0,19	-	1,38
Puglia	4,55	-	0,68	-	4,99	0,24	0,78	-	1,18
Basilicata	1,26	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	0,29	-	-	-	3,74	0,48	2,14	0,41	-
Sicilia	1,54	-	0,99	-	6,65	2,63	3,77	1,23	3,15
Sardegna	1,26	-	-	-	0,62	0,72	-	-	-
Italia	52,17	0,91	8,00	1,07	72,72	22,48	23,36	9,24	21,52
Nord	29,06	0,51	4,94	0,54	34,07	9,10	14,15	5,33	11,82
Centro	6,66	0,41	0,71	0,54	16,41	7,18	2,33	2,26	3,79
Sud	16,45	0,00	2,35	0,00	22,23	6,19	6,88	1,64	5,91

exagamglogene autotemcel non risulta movimentato nel 2025; eladocagene exuparvovec è movimentato solo nel Lazio (7,1 mln); etranacogene dezaparvovec è movimentato solo in Lombardia (4,0 mln).

5.2 Farmaci orfani e malattie rare

Farmaci orfani: autorizzazione tramite procedura centralizzata EMA e accesso in Italia

I farmaci orfani sono medicinali utilizzati per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento delle malattie rare. In Europa una malattia è considerata rara quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti.

Nell'anno 2025, l'EMA ha concesso l'autorizzazione a 18 nuovi farmaci orfani. Le principali aree terapeutiche dei farmaci autorizzati sono l'oncologia e le malattie metaboliche, sebbene siano coinvolti anche altri ambiti terapeutici, e nello specifico:

- Oncologia: mirdametinib (EZMEKLY), nirogacestat (OGSIVEO), vimseltinib (ROMVIMZA), vorasidenib (VORANIGO), dorocubice (ZEMCELPRO), zanidatamab (ZIIHERA), serplumab (HETRONIFLY)
- Dermatologia: beremagene geperpavec (VYJUVEK)
- Endocrinologia: tiratricol (EMCITATE)
- Ematologia: rilzabrutinib (WAYRILZ), imetelstat (RYTELO)
- Immunologia, Reumatologia e Trapianto: sebetralstat (EKTERLY)
- Malattie metaboliche: miscela di aminoacidi priva di aminoacidi ramificati (BCAA-free) (MAAPLIV), sepiapterina (SEPIENCE), olezarsen (TRYNGOLZA)
- Neurologia: givinostat (DUVYZAT)
- Pneumologia/Allergologia: vanzacaftor, tezacaftor e deutivacaftor (ALYFTREK)
- Gastroenterologia: seladelpar (LYVDELZI)

Nel 2025, inoltre, 3 farmaci che erano già in possesso della designazione di farmaco orfano hanno ottenuto una ulteriore designazione orfana per un'indicazione terapeutica diversa:

- Nefrologia: iptacopan (FABHALTA)
- Oncologia: tafasimamab (MINJUVI)
- Neurologia: efgartigimod alfa (VYVGART)

Dei 18 nuovi farmaci autorizzati dall'EMA, per 13 è stato avviato l'iter della negoziazione per prezzo e rimborso (P&R) mentre per 5 non è stata presentata domanda di negoziazione. Dei 13 farmaci in iter negoziale, 2 sono stati resi disponibili nei primi mesi dell'anno 2026, essendo terminato l'iter negoziale mediante pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

I farmaci commercializzati a partire dal 2026 sono: deutivacaftor/tezacaftor/vanzacaftor (Alyftrek), indicato per il trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni che hanno almeno una mutazione non di classe I del gene Regolatore di Conduttanza Transmembrana della Fibrosi Cistica (CFTR); givinostat (Duvyzat) indicato per il trattamento della Distrofia Muscolare di Duchenne (DMD) in pazienti di età pari o superiore a 6 anni in grado di deambulare e con trattamento concomitante a base di corticosteroidi.

I 5 farmaci per cui non è stata presentata alcuna domanda di P&R sono: Emcitate (tiratricolo), indicato per il trattamento della tireotossicosi periferica nei pazienti di qualsiasi età affetti da deficit congenito del trasportatore 8 dei monocarbossilati (MCT8), una rara patologia genetica nota anche come sindrome di Allan-Herndon-Dudley; Maapliv (miscela di aminoacidi priva di aminoacidi ramificati -BCAA-free), indicato per il trattamento della malattia delle urine a sciroppo d'acero (MSUD); Rytelo (imetelstat), indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con anemia trasfusione-dipendente grave, associata a sindromi mielodisplastiche (MDS) a rischio da molto basso a intermedio, Zemcelpro (dorocubicel), terapia cellulare avanzata a base di cellule staminali del cordone ombelicale indicata per pazienti adulti con tumori maligni del sangue che necessitano di un trapianto di cellule staminali e per i quali non è disponibile alcun altro tipo di donatore idoneo e Lyvdelzi (seladelpar) indicato per il trattamento della colangite biliare primaria.

Al 31 dicembre 2025, su un totale di 157 farmaci orfani autorizzati dall'EMA (Figure 5.2.1 e 5.2.2), 148 erano disponibili in Italia e, nello specifico:

- 21 (14,2%) in classe A
- 85 (57,4%) in classe H
- 2 (1,3%) in classe A/H
- 6 (4,1%) in classe C
- 29 (19,6%) in classe C-nn
- 4 (2,7%) in classe C/C-nn
- 1 (0,7%) in classe H/C-nn

Si fa presente che per fare il confronto tra i farmaci autorizzati EMA e quelli disponibili in Italia, non sono stati considerati quei farmaci che, seppur presenti nella lista AIFA, hanno una scadenza brevettuale in corso d'anno e non sono più considerati orfani alla data del 31/12/2025.

Pertanto, risultano essere esclusi:

1. Blenrep con data di scadenza 13/06/2025
2. Columvi con data di scadenza 21/03/2025
3. Farydak con data di scadenza 01/09/2025
4. Gazyvaro con data di scadenza 22/10/2025
5. Hetlioz con data di scadenza 07/07/2025
6. Kyprolis con data di scadenza 27/11/2025
7. Raxone con data di scadenza 10/09/2025
8. Vimizim con data di scadenza 02/10/2025

Il 44,9% dei farmaci inclusi nella lista AIFA dei medicinali orfani è sottoposto a un Registro di monitoraggio, mentre solo al 3,8% è stato applicato un *Managed Entry Agreement* (MEA) che può essere o un accordo finanziario o un accordo basato sull'*outcome*. L'8,3% dei farmaci, inoltre, ha ottenuto anche il requisito dell'innovatività piena.

È opportuno ricordare che la lista dei medicinali con la qualifica di orfano, sia EMA che AIFA, è dinamica e la sua composizione varia nel tempo, soprattutto se si considera che questi

medicinali hanno un'esclusività di mercato di dieci anni. Inoltre, tali farmaci possono uscire dalla lista perché ritirati dal commercio su richiesta dell'azienda o per ragioni correlate al profilo rischio-beneficio.

Figura 5.2.1 Confronto farmaci autorizzati con procedura centralizzata EMA e disponibili in Italia (dato cumulato 2002-2025)

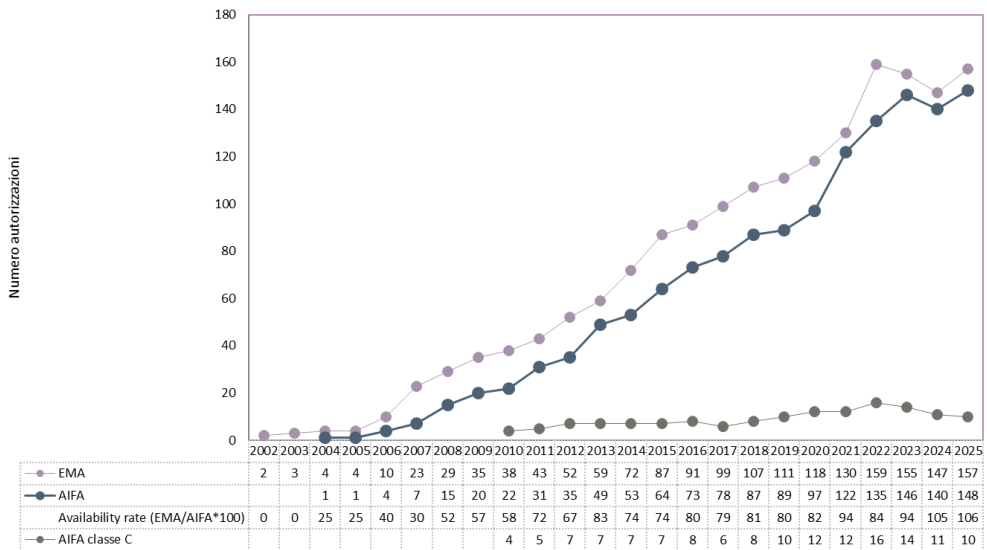
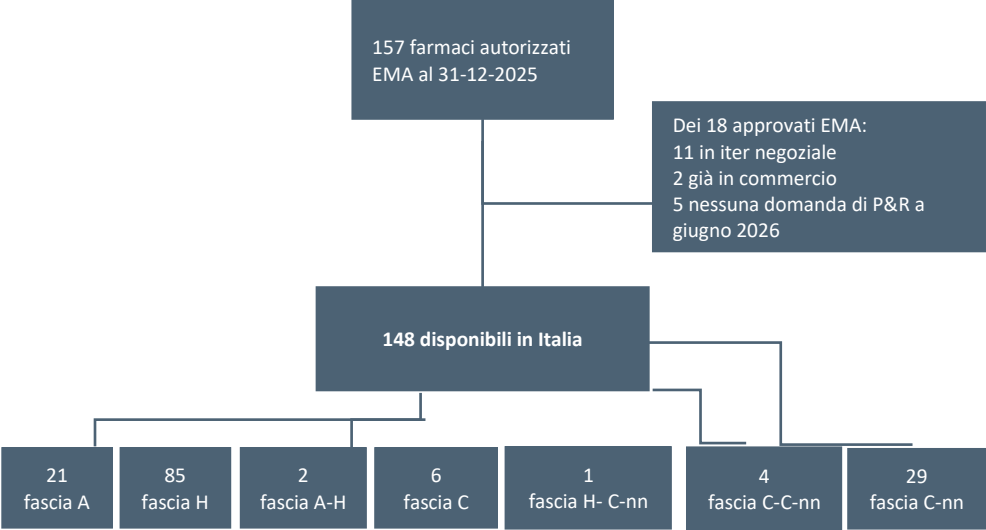


Figura 5.2.2 Confronto numero farmaci orfani autorizzati con procedura centralizzata EMA e AIFA al 31 dicembre 2025



Spesa e consumo dei farmaci orfani

La spesa dei farmaci orfani, comprensiva dell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche e dell'erogazione in regime di assistenza convenzionata, è stata, nell'anno 2025, pari a 2,55 miliardi di euro (+7,9% rispetto al 2024 e +14,3% rispetto al 2023), corrispondente all'8,6% della spesa farmaceutica a carico del SSN. Per quanto riguarda i consumi, sono state erogate 19,1 milioni di dosi di farmaci orfani (+32,6% rispetto all'anno precedente), pari allo 0,07% del consumo complessivo di farmaci. Nel 2025 l'incidenza dei farmaci orfani di fascia C sul consumo complessivo dei farmaci orfani è stata inferiore allo 0,05%, evidenziando una stabilità rispetto al 2024 (Tabella 5.2.1).

Tabella 5.2.1 Trend di spesa e consumo (convenzionata e acquisti diretti) per i farmaci orfani, anni 2015-2025 presenti in classe di rimborsabilità A, H, C, C-nn

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Spesa farmaci orfani* (milioni)	822,2	947,6	1.022,7	1.306,9	1.554,9	1.402,7	1.535,1	1.983,2	2.231,5	2.364,6	2.551,6
Incidenza % farmaci orfani sulla spesa farmaceutica*	6,7	4,2	4,5	5,8	6,8	6,1	6,4	7,9	8,5	8,3	8,6
Incidenza % spesa acquisti diretti orfani vs spesa orfani	100,0	99,7	99,6	99,7	99,9	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0
Consumo (milioni di DDD) farmaci orfani*	6,7	7,0	7,2	8,8	10,1	8,1	8,4	11,4	14,9	14,4	19,1
Incidenza % farmaci orfani sul consumo totale*	0,003	0,026	0,026	0,031	0,035	0,029	0,030	0,040	0,052	0,050	0,070
Incidenza % orfani classe C sul consumo totale farmaci orfani	0,1	0,8	0,6	0,9	1,3	1,4	2,2	1,9	0,3	<0,05	<0,05

*comprensivo della spesa e dei consumi di tutti i farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche

L'analisi dei consumi a livello regionale conferma un maggior utilizzo di farmaci orfani nelle Regioni del Nord, cui si associa, conseguentemente, una spesa più elevata in valore assoluto. Le Regioni che registrano la spesa *pro capite* più alta sono il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna, con valori rispettivamente pari a 51,06 e 51,02 euro, superiori alla media nazionale di 43,29 euro. Le Regioni a minor spesa *pro capite* si confermano, come nell'anno precedente, la Valle d'Aosta e la Basilicata, con un valore rispettivamente di 22,44 e 31,55 euro, entrambi inferiori alla media nazionale. Le maggiori variazioni della spesa *pro capite* si osservano in Sardegna (+19,9%), Valle D'Aosta (+15,8%) e P.A. Bolzano (+14,7%), mentre il Molise è l'unica Regione a registrare un decremento (-1,6%). A livello nazionale si evidenzia un incremento medio dei consumi del 32,9%; le Regioni con le maggiori variazioni sono la Sardegna (+48,3%) e la Calabria (+40,0%) (Tabella 5.2.2).

Tabella 5.2.2 Consumo e spesa (convenzionata e acquisti diretti) per farmaci orfani per Regione anno 2025 (A, H, C, C-nn)

Regione	Spesa (milioni)	DDD (migliaia)	Inc.% spesa*	% acquisti diretti	Spesa <i>pro capite</i>	Δ % 25-24	DDD/ 1000 ab die	Δ % 25-24
Piemonte	174,9	1.258,4	6,9	100,0	39,67	1,9	0,8	21,8
Val d'Aosta	2,8	27,5	0,1	100,0	22,44	15,8	0,6	32,2
Lombardia	429,1	3.021,0	16,8	100,0	43,41	7,0	0,8	32,6
Bolzano	19,9	171,0	0,8	100,0	39,85	14,7	0,9	32,5
Trento	19,4	186,5	0,8	100,0	36,10	6,4	1,0	25,1
Veneto	215,9	1.799,1	8,5	100,0	44,15	2,8	1,0	32,9
Friuli VG	64,1	470,6	2,5	100,0	51,06	11,0	1,0	38,5
Liguria	73,1	591,8	2,9	100,0	44,83	5,6	1,0	36,7
Emilia R.	228,7	1.792,3	9,0	100,0	51,02	7,7	1,1	30,7
Toscana	174,2	1.412,5	6,8	100,0	45,88	9,5	1,0	31,6
Umbria	43,1	339,3	1,7	100,0	48,48	4,3	1,0	25,6
Marche	68,4	558,7	2,7	100,0	44,75	13,6	1,0	32,2
Lazio	237,4	1.817,5	9,3	100,0	41,98	13,2	0,9	36,1
Abruzzo	57,0	490,7	2,2	100,0	43,84	8,8	1,0	31,2
Molise	9,6	84,1	0,4	100,0	32,07	-1,6	0,8	35,0
Campania	222,8	1.534,4	8,7	100,0	42,66	2,4	0,8	31,8
Puglia	162,4	1.179,7	6,4	100,0	41,97	9,9	0,8	32,8
Basilicata	17,1	121,5	0,7	100,0	31,55	2,6	0,6	29,9
Calabria	70,2	448,7	2,8	100,0	38,79	13,8	0,7	40,0
Sicilia	196,0	1.260,8	7,7	100,0	42,04	13,5	0,7	39,5
Sardegna	65,5	512,4	2,6	100,0	39,58	19,9	0,8	48,3
Italia	2.551,6	19.078,3	100,0	100,0	43,29	8,0	0,9	32,9
Nord	1.227,9	9.318,2	48,1	100,0	44,31	5,9	0,9	31,1
Centro	523,1	4.128,0	20,5	100,0	44,07	11,2	1,0	33,1
Sud e Isole	800,6	5.632,2	31,4	100,0	41,35	9,2	0,8	35,7

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci orfani al livello nazionale

La spesa dei farmaci di classe A e H è stata, nel 2025, pari a 2.540,6 milioni di euro, con un incremento del 7,9% rispetto all'anno precedente (2.353,7 milioni di euro nel 2024). Tale aumento è associato a un notevole incremento dei consumi; infatti, nel 2025 si osserva un incremento del 32,1% delle DDD consumate. A livello territoriale, si osserva un maggiore consumo nelle Regioni del Nord, cui si associa una maggiore spesa. In termini di spesa *pro capite*, le Regioni del Nord hanno mediamente valori più elevati (44,1 euro), leggermente superiori rispetto alla media nazionale (43,1 euro). Le Regioni del Centro (43,9 euro), invece, evidenziano valori superiori rispetto alla media. (Tabella 5.2.3).

Tabella 5.2.3 Consumo e spesa (convenzionata e acquisti diretti) per farmaci orfani di classe A e H per Regione anno 2025

Regione	DDD (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa <i>pro capite</i>	Incidenza % sul consumo [^]	Incidenza % sulla spesa [*]
Piemonte	1.253,63	20,9	174,2	1,5	39,52	99,6	99,6
Valle d'Aosta	27,46	31,3	2,8	15,5	22,44	99,7	100,0
Lombardia	3.003,31	31,8	426,2	6,9	43,12	99,4	99,3
PA Bolzano	170,65	33,1	19,7	16,1	39,36	99,8	98,8
PA Trento	185,87	25,0	19,2	6,4	35,82	99,6	99,2
Veneto	1.793,14	32,5	214,7	2,9	43,91	99,7	99,5
Friuli VG	466,29	37,1	63,8	11,1	50,80	99,1	99,5
Liguria	588,45	35,1	73,0	5,1	44,76	99,4	99,9
Emilia R.	1.781,04	29,8	227,9	7,8	50,82	99,4	99,6
Toscana	1.404,56	30,2	173,2	8,8	45,61	99,4	99,4
Umbria	338,33	24,9	43,0	3,8	48,33	99,7	99,7
Marche	555,99	31,1	67,8	13,2	44,42	99,5	99,3
Lazio	1.813,86	35,8	236,4	13,3	41,81	99,8	99,6
Abruzzo	489,70	30,8	56,6	9,1	43,61	99,8	99,5
Molise	84,10	34,4	9,6	-2,0	32,06	99,9	100,0
Campania	1.528,30	31,2	222,2	2,5	42,55	99,6	99,7
Puglia	1.176,71	32,1	162,1	9,9	41,90	99,7	99,8
Basilicata	121,31	29,0	17,0	2,2	31,53	99,9	99,9
Calabria	447,56	39,4	69,9	14,4	38,64	99,7	99,6
Sicilia	1.255,03	38,7	195,8	13,8	42,00	99,5	99,9
Sardegna	511,33	47,7	65,2	21,6	39,38	99,8	99,5
Italia	18.996,62	32,1	2.540,6	7,9	43,10	99,6	99,6
Nord	9.269,84	30,3	1221,5	5,8	44,07	99,5	99,5
Centro	4.112,74	32,3	520,5	10,9	43,85	99,6	99,5
Sud e Isole	5.614,04	35,0	798,6	9,5	41,25	99,7	99,8

[^] calcolata sul totale del consumo dei farmaci orfani; ^{**} calcolata sul totale della spesa dei farmaci orfani

La spesa dei farmaci di classe C è stata, nel 2025, pari a 10,95 milioni di euro, con un aumento del 3,5% rispetto all'anno precedente (10,58 milioni di euro nel 2024). Tale incremento è associato a una crescita dei consumi; infatti, nel 2025 si osserva un aumento del 24,4% di DDD consumate. Anche per i farmaci orfani di classe C si osserva un maggior consumo nelle Regioni del Nord, a cui si associa conseguentemente una maggiore spesa. In termini di spesa *pro capite*, le Regioni del Nord e del Centro presentano mediamente valori più elevati (0,23 e 0,22 euro rispettivamente) e leggermente superiori alla media nazionale (0,19 euro). Al contrario, le Regioni del Sud evidenziano valori significativamente inferiori, pari a 0,10 euro, rispetto alla media nazionale (Tabella 5.2.4).

Tabella 5.2.4 Consumo e spesa (convenzionata e acquisti diretti) per farmaci orfani di classe C* per Regione anno 2025

Regione	DDD (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa pro capite	Incidenza % sul consumo [^]	Incidenza % sulla spesa ^{**}
Piemonte	0,4	28,1	679,5	30,9	0,15	0,0	0,4
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1,2	35,6	2.827,0	42,1	0,29	0,0	0,7
PA Bolzano	0,1	-75,5	248,1	-26,8	0,50	0,1	1,2
PA Trento	0,1	>100	150,0	>100	0,28	0,1	0,8
Veneto	1,9	-4,4	1.184,5	14,4	0,24	0,1	0,5
Friuli VG	0,1	-44,0	328,2	-20,2	0,26	0,0	0,5
Liguria	0,0	50,0	105,0	42,3	0,06	0,0	0,1
Emilia R.	1,2	-7,5	853,7	-13,4	0,19	0,1	0,4
Toscana	0,2	>100	1.019,3	>100	0,27	0,0	0,6
Umbria	0,0	>100	129,0	>100	0,15	0,0	0,3
Marche	0,3	47,1	505,1	53,9	0,33	0,0	0,7
Lazio	1,8	>100	995,1	-0,4	0,18	0,1	0,4
Abruzzo	0,2	64,3	300,2	-22,2	0,23	0,0	0,5
Molise	1,6	>100	529,7	-24,0	0,10	0,1	0,2
Campania	0,2	76,9	256,9	5,9	0,07	0,0	0,2
Puglia	0,0		13,4	0,0	0,02	0,0	0,1
Basilicata	0,4	>100	281,5	-52,0	0,16	0,1	0,4
Calabria	0,3	-36,2	205,6	-65,7	0,04	0,0	0,1
Sicilia	0,2	-66,7	336,4	-69,4	0,20	0,0	0,5
Sardegna	0,4	28,1	679,5	30,9	0,19	0,0	0,4
Italia	10,4	24,4	10.948,2	3,5	0,23	0,1	0,4
Nord	5,3	-3,3	6.375,9	17,6	0,22	0,1	0,5
Centro	2,3	>100	2.648,5	73,0	0,10	0,1	0,5
Sud e Isole	2,9	58,9	1.923,7	-46,9	0,15	0,1	0,2

* esclusi i farmaci in C-nn; ^ calcolata sul totale del consumo dei farmaci orfani; ** calcolata sul totale della spesa dei farmaci orfani

Nel 2025 sono stati utilizzati 6 principi attivi di classe C, rispetto ai 10 complessivamente disponibili, pari a una spesa di circa 10,95 milioni di euro. Il principio attivo che assorbe la quota maggiore della spesa è il treosulfan (6,36 milioni), indicato, in associazione con fludarabina, come regime di condizionamento, prima del trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (allo-HSCT) nei pazienti adulti con patologie maligne e non maligne, nonché nei pazienti pediatrici di età superiore a un mese con patologie maligne. Seguono cenegermin con una spesa di circa 1,7 milioni e il fattore X della coagulazione con una spesa di circa 1,65 milioni di euro. A livello di consumo, espresso come DDD totali, il principio attivo più utilizzato è l'amikacina, indicato per il trattamento delle infezioni polmonari da micobatteri non tubercolari causate dal complesso *Mycobacterium avium* negli adulti non affetti da fibrosi cistica con opzioni terapeutiche limitate, che rappresenta il 27,43% del consumo complessivo dei farmaci di classe C (Tabella 5.2.5).

Tabella 5.2.5 Farmaci orfani di classe C[^] in ordine decrescente di spesa 2025

Classe	Principio attivo	Spesa (€)	%*	Consumi (DDD)	%**
C	treosulfan	6.360.131,8	58,1	2.106,5	20,2
C	cenegermin	1.708.006,3	15,6	1.309,0	12,6
C	fattore X della coagulazione	1.648.020,0	15,1	155,0	1,5
C	amikacina	1.070.159,7	9,8	2.856,0	27,4
C	mexiletina	122.077,5	1,1	2.275,9	21,9
C	telostristat	39.766,9	0,4	1.710,0	16,4
Totale fascia C		10.948.162,1	100,0	10.412,4	100,0

[^] esclusi i farmaci in C-nn; *calcolata sul totale della spesa dei farmaci orfani in fascia C; ** calcolata sul totale dei consumi dei farmaci orfani in fascia C

Considerando solo l'anno 2025 (Tabella 5.2.6), treosulfan si conferma il principio attivo a maggior spesa. Nel 2025, rispetto all'anno precedente, risulta in incremento la spesa per amikacina, cenegermin e fattore X della coagulazione. La riduzione della spesa e dei consumi totali per questi farmaci è attribuibile al passaggio di asfotase alfa dalla classe di rimborsabilità C alla classe H, a seguito della rinegoziazione intervenuta a gennaio 2025 (Tabella 5.2.6).

Tabella 5.2.6 Spesa per farmaci orfani di classe C* anni 2021- 2025

Classe	Principio attivo	Spesa (migliaia)				
		2021	2022	2023	2024	2025
C	amikacina	-	-	609,5	804,3	1.070,20
C	asfotase alfa	-	2.306,3	3.434,1	3.679,6	-
C	avapritinib	-	275,1	-	-	-
C	belantamab mafodotin	554,5	-	-	-	-
C	cenegermin	512,1	770,4	596,2	1.069,70	1.708,00
C	clormetina	140,1	234,1	-	-	-
C	defibrotide	8.303,80	6.103,10	5.726,30	-	-
C	fattore X della coagulazione	-	-	216,7	787,2	1.648,00
C	mannitolo	438,7	145,9	-	-	-
C	mexiletina	-	-	-	-	122,1
C	onasemnogene abeparvovec	260,0	-	-	-	-
C	pitolisant	2.118,10	2.365,10	540,8	-	-
C	polatuzumab vedotin	1.806,60	-	-	-	-
C	risdiplam	-	42.400,00	-	-	-
C	telostristat	35,9	36,8	26,1	40,8	39,8
C	tobramicina	1.090,80	792,6	-	-	-
C	treosulfan	1.090,80	2.614,70	3.574,50	4.197,80	3.630,10

*esclusi i farmaci di classe C-nn

Nel 2025 i principi attivi a maggior spesa e consumo sono daratumumab, la triplice associazione elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor e tafamidis, così come negli anni precedenti, con incrementi di spesa, rispettivamente del 10,2%, dell'1,8% e del 32,1% e del 69,8%, del 5,0% e del 32,0% sul lato dei consumi (Tabella 5.2.7). Segue in ordine di spesa vutrisiran, farmaco registrato nel 2022, per il quale si osserva invece un incremento del 96,7% della spesa che si associa a un corrispondente incremento dei consumi (>100%). Si osservano inoltre marcati incrementi della spesa (>100%) per efgartigimod alfa, indicato in aggiunta alla terapia standard per il trattamento di pazienti adulti con miastenia gravis generalizzata (gMG) che risultano positivi agli anticorpi anti-recettore dell'acetilcolina e per idecabtagene vicleucel, terapia cellulare CAR-T indicata per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario.

Tabella 5.2.7 Spesa e consumo per i primi 30 farmaci orfani (A, H, C, C-nn) in ordine decrescente di spesa: confronto anni 2024-2025

Rango	Primi 30 farmaci orfani (molecole)	Classe prevalente nel 2025	DDD (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Incidenza % sul consumo	Incidenza % sulla spesa	% acquisti diretti
1	daratumumab	H	6.729,8	69,8	553,5	10,2	35,3	21,7	100,0
2	elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	A	1.090,1	5,0	305,9	1,8	5,7	12,0	100,0
3	tafamidis	H	3.932,4	32,0	217,1	32,1	20,6	8,5	100,0
4	vutrisiran	H	169,1	>100	83,3	96,7	0,9	3,3	100,0
5	axicabtagene ciloleucel	H	0,4	-13,3	72,7	-14,1	0,0	2,9	100,0
6	nusinersen	H	161,4	-1,7	62,1	-1,7	0,9	2,4	100,0
7	albutrepenonacog alfa	A	73,5	5,9	61,2	5,8	0,4	2,4	99,9
8	onasemnogene abeparvovec	H	0,0	33,3	52,2	41,4	0,0	2,0	100,0
9	bulevirtide	A	324,5	19,1	49,6	19,0	1,7	1,9	100,0
10	luspatercept	A	473,9	8,9	48,9	4,5	2,5	1,9	100,0
11	carfilzomib	H	382,6	1,7	45,0	1,7	2,0	1,8	100,0
12	eculizumab	H	66,3	-57,4	44,1	-60,5	0,4	1,7	100,0
13	niraparib	H	243,3	-9,3	37,4	-9,3	1,3	1,5	100,0
14	vosoritide	H	86,7	8,9	34,4	4,8	0,5	1,4	100,0
15	lanadelumab	A	61,2	9,3	34,0	9,3	0,3	1,3	100,0
16	caplacizumab	H	10,0	48,2	34,0	48,0	0,1	1,3	100,0
17	burosumab	H	266,1	11,9	33,8	9,3	1,4	1,3	100,0
18	migalastat	A	77,5	18,9	33,6	17,4	0,4	1,3	100,0
19	efgartigimod alfa	H	30,5	>100	33,3	>100	0,2	1,3	98,3

segue

Farmaci innovativi, terapie avanzate e farmaci orfani

Tabella 5.2.7 - *continua*

Rango	Primi 30 farmaci orfani (<i>molecole</i>)	Classe prevalente nel 2025	DDD (<i>migliaia</i>)	Δ % 25-24	Spesa (<i>milioni</i>)	Δ % 25-24	Incidenza % sul consumo	Incidenza % sulla spesa	% acquisti diretti
20	eliglustat	A	47,3	9,2	29,5	9,2	0,3	1,2	100,0
21	isavuconazolo	A	260,6	5,1	26,5	6,9	1,4	1,0	100,0
22	gilteritinib	H	62,8	22,6	25,6	22,6	0,3	1,0	100,0
23	blinatumomab	H	16,5	19,4	25,3	73,1	0,1	1,0	100,0
24	lete rmovir	A	70,6	7,7	24,5	7,0	0,4	1,0	100,0
25	asciminib	H	204,3	85,4	24,1	85,8	1,1	1,0	100,0
26	polatuzumab vedotin	H	145,2	61,4	23,8	61,7	0,8	0,9	100,0
27	idecabtagene vicleucel	H	0,1	>100	23,4	>100	0,0	0,9	100,0
28	brexucabtagene autoleucel	H	0,1	10,0	22,5	1,0	0,0	0,9	100,0
29	selumetinib	H	51,1	72,7	21,6	82,9	0,3	0,9	100,0
30	tisagenlecleucel	H	0,1	-15,4	21,5	-30,9	0,0	0,8	100,0
Totale primi 30			15.037,9	37,8	2.104,3	10,3	78,8	82,5	100,0
Altri orfani			4.040,4	15,7	447,3	-2,0	21,2	17,5	100,0
Totale orfani			19.078,3	32,4	2.551,6	7,9	100,0	100,0	100,0

Per quanto riguarda la distribuzione regionale, si osserva un incremento della spesa per tafamidis in tutte le Regioni. Le variazioni più rilevanti si registrano in Molise (+80,8%), Sicilia (+66,7%), Lazio (+56,2%), Puglia (+53,7%) e Calabria (+52,3%). Tale andamento risulta coerente con un corrispondente aumento dei consumi del principio attivo nelle medesime aree geografiche. Per daratumumab, le uniche Regioni che presentano una riduzione della spesa sono la Provincia Autonoma di Bolzano (-11,2%), l'Abruzzo (-0,3%) e il Molise (-7,8%). Tali dinamiche si osservano a fronte di incrementi dei consumi nelle medesime aree, rispettivamente pari al 40,1%, al 55,5% e al 45,4%.

Per quanto riguarda elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, si rilevano riduzioni della spesa a fronte di consumi pressoché stabili nelle Regioni Lombardia, Veneto, Toscana, Marche, Molise, Campania e Basilicata. Il Friuli Venezia Giulia è l'unica Regione che presenta un decremento di spesa pari al 13,7% e dei consumi pari al 10,4%.

Tabella 5.2.8 Spesa e consumo per i primi 3 farmaci orfani (A, H, C, C-nn) con spesa >100 milioni in ordine decrescente: confronto anni 2024-2025 per Regione

Regione	DDD (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Incidenza % sul consumo	Incidenza % sulla spesa	% acquisti diretti
Piemonte							
daratumumab	401,5	52,2	35,1	7,9	31,9	20,1	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	73,6	5,2	20,6	1,6	5,8	11,8	100,0
tafamidis	282,6	26,8	15,5	26,7	22,5	8,9	100,0
Valle d'Aosta							
	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia							
daratumumab	1.050,4	71,4	85,2	9,6	34,8	19,8	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	179,9	1,0	50,5	-2,0	6,0	11,8	100,0
tafamidis	688,9	21,8	38,3	22,2	22,8	8,9	100,0
PA Bolzano							
daratumumab	42,3	40,1	3,4	-11,2	24,8	17,2	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	17,2	26,5	4,8	22,3	10,1	24,2	100,0
tafamidis	47,6	25,0	2,6	24,9	27,8	13,1	100,0
PA Trento							
daratumumab	73,7	52,1	6,4	4,9	39,5	32,9	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	9,3	9,7	2,6	6,1	5,0	13,4	100,0
tafamidis	46,7	15,9	2,6	15,8	25,0	13,2	100,0
Veneto							
daratumumab	700,4	65,6	57,5	7,1	38,9	26,6	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	89,2	1,4	25,0	-1,8	5,0	11,6	100,0
tafamidis	340,6	28,1	18,7	28,8	18,9	8,7	100,0

segue

Tabella 5.2.8 - *continua*

Regione	DDD (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Incidenza % sul consumo	Incidenza % sulla spesa	% acquisti diretti
Friuli Venezia Giulia							
daratumumab	201,7	88,8	16,2	19,2	42,9	25,2	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	21,0	-10,4	5,9	-13,7	4,5	9,1	100,0
tafamidis	96,3	10,1	5,3	9,9	20,5	8,3	100,0
Liguria							
daratumumab	224,8	84,8	18,6	20,3	38,0	25,4	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	35,4	6,8	9,9	3,6	6,0	13,6	100,0
tafamidis	110,0	19,6	6,0	19,4	18,6	8,3	100,0
Emilia Romagna							
daratumumab	607,5	67,5	49,6	7,4	33,9	21,7	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	76,9	14,1	21,7	11,3	4,3	9,5	100,0
tafamidis	406,3	23,5	22,4	24,5	22,7	9,8	100,0
Toscana							
daratumumab	438,5	61,5	36,2	4,8	31,0	20,8	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	67,3	1,3	18,9	-1,9	4,8	10,8	100,0
tafamidis	467,0	32,6	25,6	33,3	33,1	14,7	100,0
Umbria							
daratumumab	125,2	65,4	10,3	6,8	36,9	23,9	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	15,1	7,5	4,3	4,4	4,5	9,8	100,0
tafamidis	101,0	30,4	5,5	30,4	29,8	12,8	100,0
Marche							
daratumumab	164,3	95,7	13,3	24,7	29,4	19,5	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	32,1	2,5	9,0	-0,7	5,7	13,2	100,0
tafamidis	165,4	26,6	9,1	28,7	29,6	13,3	100,0
Lazio							
daratumumab	641,3	81,3	52,9	17,9	35,3	22,3	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	108,0	6,2	30,2	2,8	5,9	12,7	100,0
tafamidis	391,6	54,1	21,7	56,2	21,5	9,1	100,0
Abruzzo							
daratumumab	138,7	55,5	11,3	-0,3	28,3	19,9	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	26,8	4,4	7,5	1,4	5,5	13,2	100,0
tafamidis	140,7	37,2	7,7	37,4	28,7	13,6	100,0
Molise							
daratumumab	33,6	45,4	2,7	-7,8	40,0	28,3	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	6,3	-2,2	1,8	-4,3	7,5	18,5	100,0
tafamidis	17,1	84,0	0,9	80,8	20,3	9,8	100,0

segue

Tabella 5.2.8 - *continua*

Regione	DDD (migliaia)	Δ % 25-24	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	Incidenza % sul consumo	Incidenza % sulla spesa	% acquisti diretti
Campania							
daratumumab	533,9	72,3	43,5	10,7	34,8	19,5	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	79,6	1,7	22,3	-1,4	5,2	10,0	100,0
tafamidis	148,9	43,2	8,4	37,1	9,7	3,7	100,0
Puglia							
daratumumab	380,3	63,8	31,7	8,0	32,2	19,5	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	72,4	7,3	20,3	4,3	6,1	12,5	100,0
tafamidis	196,9	56,2	11,1	53,7	16,7	6,8	100,0
Basilicata							
daratumumab	53,8	67,9	4,4	8,3	44,3	25,9	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	15,9	0,6	4,5	-2,4	13,1	26,1	100,0
tafamidis	14,4	17,2	0,8	17,9	11,8	4,6	100,0
Calabria							
daratumumab	179,3	74,6	14,6	11,5	39,9	20,7	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	37,5	18,4	10,5	14,9	8,4	15,0	100,0
tafamidis	48,3	61,9	2,7	52,3	10,8	3,8	100,0
Sicilia							
daratumumab	481,3	67,7	39,7	8,6	38,2	20,2	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	106,1	7,2	29,9	4,4	8,4	15,3	100,0
tafamidis	159,3	72,44	8,8	66,7	12,6	4,5	100,0
Sardegna							
daratumumab	250,7	94,6	20,5	25,3	48,9	31,3	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	19,1	11,8	5,4	8,3	3,7	8,2	100,0
tafamidis	50,8	31,8	2,8	32,4	9,9	4,3	100,0
Italia							
daratumumab	6.729,8	69,8	553,5	10,2	35,3	21,7	100,0
elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor	1.090,1	5,0	305,9	1,8	5,7	12,0	100,0
tafamidis	3.932,4	32,0	217,1	32,1	20,6	8,5	100,0

Tra i primi 20 principi attivi di classe A e H per variazione della spesa nel 2025, sutimlimab, avacopan, imlifidase, idecabtagene vicleucel, eladocagene exuparvovec, setmelanotide, tagraxofusp e efgartigimod alfa, registrano gli incrementi più elevati, tutti superiori al 100%. Tuttavia, i principi attivi che presentano i maggiori valori di spesa sono vutrisiran, con 83,31 milioni di euro e un incremento del 96,7%, caplacizumab, con una spesa di 33,95 milioni ed efgartigimod alfa con 33,3 milioni di euro (Tabella 5.2.9).

Tabella 5.2.9 Primi 20 principi attivi (A e H) a maggior variazione di spesa nel 2025 rispetto al 2024

Classe prevalente	Principio attivo	Spesa (milioni)	Δ % 25-24	DDD (migliaia)	Δ % 25-24
H	sutimlimab	3,82	>100	13,49	>100
H	avacopan	7,94	>100	65,85	>100
H	imlifidase	1,65	>100	0,02	>100
H	idecabtagene vicleucel	23,36	>100	0,13	>100
H	eladocagene exuparvovec	7,12	>100	0,00	>100
H	setmelanotide	5,37	>100	16,29	>100
H	tagraxofusp	4,83	>100	5,68	46,9
H	efgartigimod alfa	33,30	>100	30,47	>100
H	vutrisiran	83,31	96,7	169,11	>100
H	asciminib	24,13	85,8	204,26	85,4
H	selumetinib	21,58	82,9	51,11	72,7
A	fenfluramina	10,72	70,9	227,96	91,0
H	dinutuximab beta	6,96	69,1	1,83	65,7
H	irinotecan	6,78	62,7	39,26	62,7
H	polatuzumab vedotin	23,76	61,7	145,22	61,4
H	olipudase alfa	11,78	60,8	7,69	70,9
A	somatrogon	5,33	58,9	115,08	59,0
A	budesonide	2,02	56,2	508,38	48,8
H	caplacizumab	33,95	48,0	10,00	48,2
H	tebentafusp	11,79	47,4	28,14	47,4

* sono stati selezionati tra i principi attivi con una spesa maggiore di 1 milione di €

I farmaci orfani che possiedono anche il requisito di innovatività piena e che, pertanto, accedono al fondo dedicato hanno generato nell'anno 2025 una spesa pari a 1,07 miliardi di euro, con un decremento del 18,8% rispetto al 2024, a fronte di una riduzione dei consumi pari al 26,6% (Tabella 5.2.10). Nel 2025, i farmaci orfani con innovatività piena sono 13, rispetto ai 15 del 2024 e ai 17 del 2023. Tra questi, daratumumab, axicabtagene ciloleucel, efgartigimod alfa ed idecabtagene vicleucel rientrano anche quest'anno tra i primi 30 farmaci orfani a maggior spesa, occupando rispettivamente il primo, quinto, diciannovesimo e ventisettesimo posto.

Tabella 5.2.10 Farmaci orfani che accedono al fondo dei farmaci innovativi: spesa e consumo anni 2021-2025 (acquisti diretti)

Principio attivo	Spesa (milioni)					DDD				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
acicabtagene ciloleucel	17,4	19,9	4,7	84,7	72,7	95	124	39	450	390
atidarsagene	-	-	-	2,3	-	-	-	-	-	-
autotemcel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
blinatumomab	-	3,2	12,0	14,6	17,4	-	1.946	7.381	9.200	11.507
brexucabtagene autoleucel	-	13,9	23,8	22,2	22,5	-	53	80	100	108
cenegermin	-	--	-	-	-	-	-	-	-	-
cerliponase alfa	4,1	8,1	3,2	-	-	3.101	6.073	2.401	-	-
citarabina/ daunorubicina	9,2	4,5	-	-	-	2.396	1.170	-	-	-
dabrafenib	-	-	-	-	0,9	-	-	-	-	4.137
daratumumab	240,8	390,6	456,2	502,2	553,5	1.611.193	4.139.895	5.464.760	6.273.640	6.729.746
dinutuximab beta	3,4	-	-	-	-	886	-	-	-	-
eculizumab	-	36,2	117,5	111,6	35,1	-	52.084	164.122	155.640	51.554
efgartigimod alfa	-	-	-	-	33,3	-	-	-	-	30.473
eladocagene	-	-	-	2,6	7,1	-	-	-	-	3
exuparvovec	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
elexacaftor/tezacaftor/ ivacaftor	36,4	206,2	284,00	300,4	235,4	167.692	712.796	981.512	1.038.460	825.972
etranaconagene dezaparvovec	-	-	-	-	4,0	-	-	-	-	0,1
givosiran	4,6	8,9	12,1	12,4	-	5.344	10.460	14.142	14.570	-
idecabtagene vicleucel	-	-	-	-	23,4	-	-	-	-	128
ivacaftor	40,0	105,6	-	-	-	119.215	418.178	-	-	-
leteirmovir	15,1	-	-	-	-	42.417	-	-	-	-
lumasiran	-	6,0	9,9	9,7	2,7	-	5.769	9.561	9.320	2.622
lutezio oxodotreotide (177Lu)	13,2	3,8	-	-	-	935	258	-	-	-
midostaurina	10,7	-	-	-	-	20.182	-	-	-	-

segue

Tabella 5.2.10 - *continua*

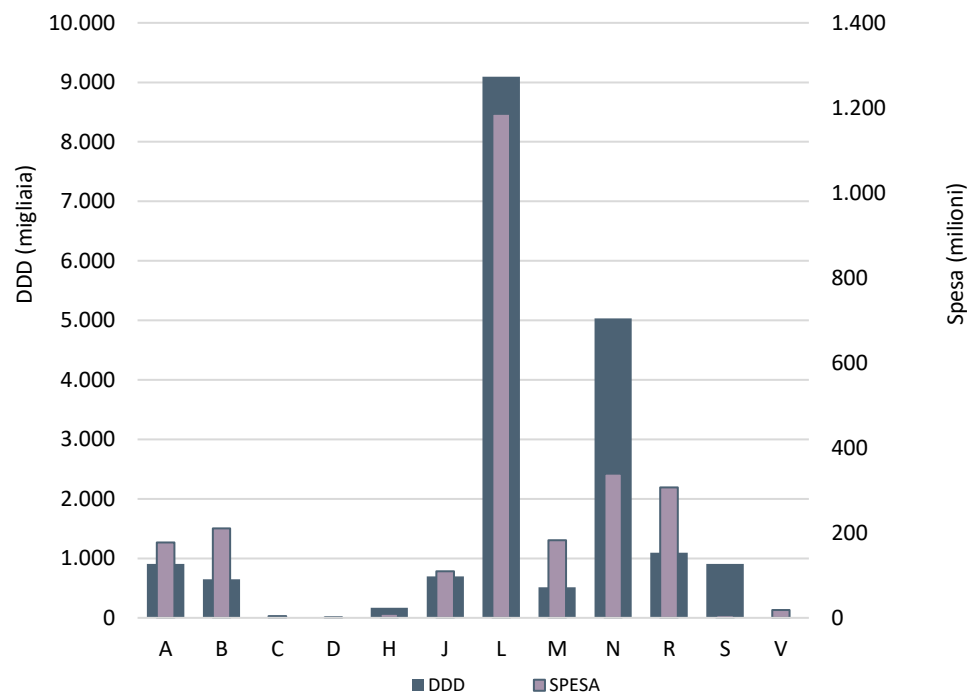
Principio attivo	Spesa (milioni)					DDD				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
nusinersen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
odevixibat	-	1,0	6,2	8,3	7,5	-	988	-	10.560	10.018
olipudase alfa	-	-	-	7,3	11,8	-	-	6.195	4.500	7.694
onasemnogene abeparvovec	12,5	7,5	8,1	36,9	-	49	42	30	30	-
patisiran	26,7	39,3	4,7	-	-	51.720	76.200	9.150	-	-
pegzilarginasi	-	-	-	-	1,3	-	-	-	-	791
ripretinib	-	-	1,1	7,8	7,3	-	-	2.550	17.880	26.760
rozanolixizumab	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	835
setmelanotide	-	-	1,0	2,0	5,4	-	-	2.853	5.790	16.293
tafamidis	1,6	66,8	123,2	164,4	-	13.476	1.032.839	2.012.442	2.979.700	-
tisagenlecleucel	31,0	20,5	-	-	-	151	83	-	-	-
trametinib	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	3.198
valoctogene roxaparvovec	-	-	-	-	8,0	-	-	-	-	13
voretigene neparvovec	12,2	7,7	6,5	0,9	-	41	26	22	-	-
vosoritide	-	0,5	21,7	32,8	24,0	-	1.000	46.720	79.630	58.210
Totale	479,0	950,0	1.095,8	1.323,1	1.074,7	2.038.892	6.459.983	8.724.861	10.599.470	7.780.452

Con riferimento alle categorie terapeutiche, la quota maggiore della spesa è attribuibile ai farmaci antineoplastici e immunomodulatori (46,5%), seguiti dai farmaci per il sistema nervoso centrale (13,3%), per il sistema respiratorio (12,0%), per il sangue e organi ematopoietici (8,3%), per il sistema muscolo scheletrico (7,1%), dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (6,9%), dagli antimicrobici per uso sistemico (4,3%) e altri (1,6%; Figura 5.2.3).

Per quanto riguarda i consumi, le categorie maggiormente rappresentate sono gli antineoplastici e immunomodulatori (47,7%), i farmaci del sistema nervoso centrale (26,4%), del sistema respiratorio (5,8%), dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (4,8%) e degli organi di senso (4,8%), mentre il restante 10,7% dei consumi è rappresentato dalle altre categorie (Figura 5.2.3).

Analizzando nel dettaglio la distribuzione della spesa e dei consumi per area terapeutica, i farmaci utilizzati nelle malattie genetiche e quelli destinati al trattamento dei linfomi, mielomi e altre malattie oncoematologiche, hanno la più alta incidenza (rispettivamente 32,04% e 31,62%) di spesa sul totale dei farmaci orfani a livello nazionale, invertendo l'andamento dello scorso anno. Le medesime aree terapeutiche registrano anche i consumi più elevati, sebbene i farmaci per le malattie genetiche registrino valori notevolmente inferiori rispetto a quelli osservati per i linfomi, mielomi e altre malattie oncoematologiche (Tabella e Figura 5.2.11).

Figura 5.2.3 Spesa e consumo di farmaci orfani in Italia per I livello ATC, anno 2025
(Classe A, H, C, C-nn)

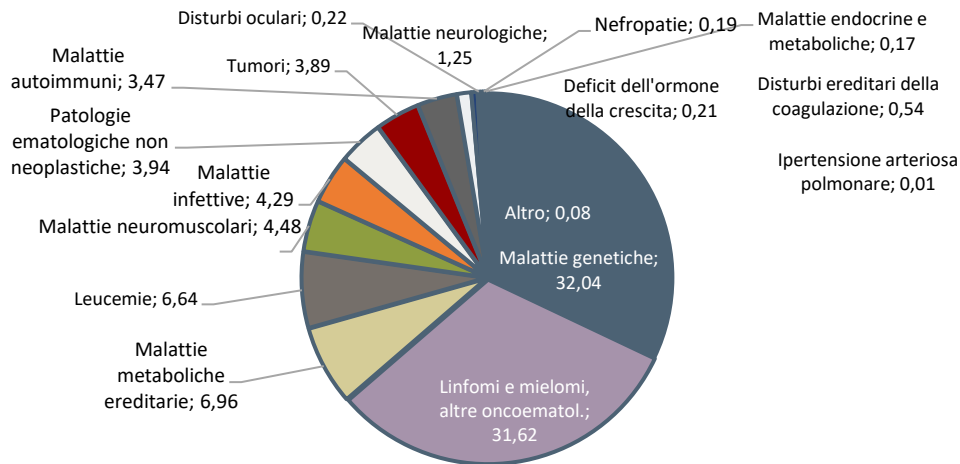


A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	H	Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	P	Antiparassitari
B	Sangue e organi emopoietici	J	Antimicrobici per uso sistemico	R	Sistema respiratorio
C	Sistema cardiovascolare	L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	S	Organi di senso
D	Dermatologici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

Tabella 5.2.11 Spesa e consumo di farmaci orfani in Italia per area terapeutica: anno 2025 (Tabella e Figura) (Classe A, H, C, C-nn)

Area terapeutica	Spesa (milioni)	Inc % spesa *	Spesa pro capite	Δ % 25-24	DDD (migliaia)	DDD 1000 ab die	Δ % 25-24
Malattie genetiche	817,6	32,04	13,87	8,6	5574,64	0,26	25,8
Linfomi e mielomi, altre oncoematologiche	806,9	31,62	13,69	23,1	7805,24	0,36	63,8
Malattie metaboliche ereditarie	177,5	6,96	3,01	0,2	514,82	0,02	2,2
Leucemie	169,3	6,64	2,87	3,0	619,62	0,03	13,5
Malattie neuromuscolari	114,4	4,48	1,94	7,4	163,71	0,01	-0,3
Malattie infettive	109,5	4,29	1,86	20,5	697,26	0,03	14,3
Patologie ematologiche non neoplastiche	100,5	3,94	1,71	54,5	547,2	0,03	-7,9
Tumori	99,4	3,89	1,69	35,6	417,43	0,02	19,7
Malattie autoimmuni	88,4	3,47	1,50	6,6	247,98	0,01	>100
Malattie neurologiche	31,8	1,25	0,54	32,8	901,17	0,04	27,0
Disturbi ereditari della coagulazione	13,7	0,54	0,23	19,1	0,17	0,00	112,5
Disturbi oculari	5,7	0,22	0,10	-	907,98	0,04	31,0
Deficit dell'ormone della crescita	5,3	0,21	0,09	-17,4	115,08	0,01	59,0
Nefropatie	4,8	0,19	0,08	32,8	0,17	0,00	41,7
Malattie endocrine e metaboliche	4,4	0,17	0,08	>100	54,18	0,00	12,8
Altro	2,1	0,08	0,03	96,0	510,09	0,02	48,5
Ipertensione arteriosa polmonare	0,2	0,01	0,00	32,3	1,57	0,00	>100
Totale	2.551,6	100	43,29	6,6	19.078,3	0,89	32,4

* calcolata sul totale della spesa dei farmaci orfani a livello nazionale

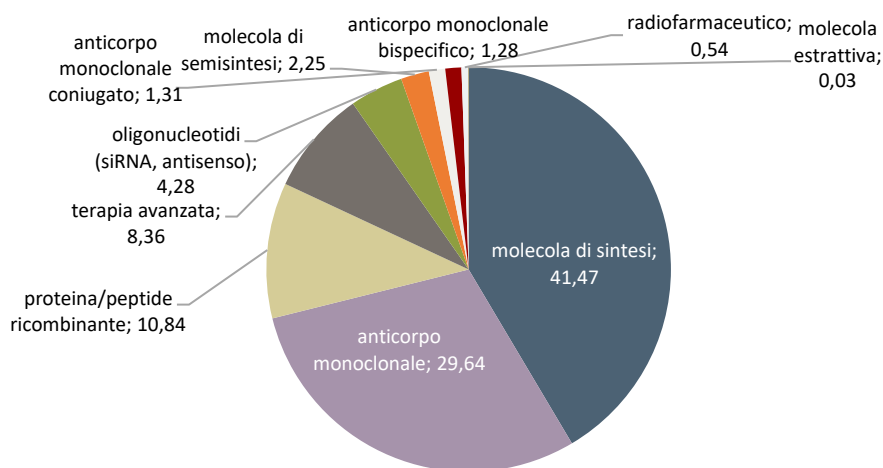


Analizzando le varie tipologie di farmaci orfani, rispetto alla modalità produttiva, è possibile osservare come la maggior parte degli orfani sia composta da molecole di sintesi (41,5% di incidenza sulla spesa), seguite dagli anticorpi monoclonali (29,6% di incidenza sulla spesa; Tabella e Figura 5.2.12). Il maggior incremento di spesa in confronto al 2024 si osserva per gli oligonucleotidi (siRNA, antisenso), mentre il maggior aumento nei consumi si osserva per gli anticorpi monoclonali coniugati.

Tabella 5.2.12 Spesa e consumo di farmaci orfani in Italia per tipologia di prodotto, anno 2025 (Tabella e Figura) (Classe A, H, C, C-nn)

Tipo farmaco	N° di molecole	Spesa (milioni)	Inc % spesa*	Spesa pro capite	Δ % 25-24	DDD (migliaia)	DDD 1000 ab die	Δ % 25-24
Molecola di sintesi	55	1.058,3	41,5	17,95	13,3	8.787,6	0,41	26,8
Anticorpo monoclonale	16	756,2	29,6	12,83	1,8	7.596,1	0,35	56,1
Proteina/peptide ricombinante	24	276,6	10,8	4,69	17,8	900,0	0,04	16,7
Terapia avanzata	12	213,4	8,4	3,62	10,4	0,8	<0,05	7,9
Oligonucleotidi (siRNA, antisenso)	3	109,1	4,3	1,85	69,3	196,8	0,01	87,7
Molecola di semisintesi	7	57,5	2,3	0,97	14,7	1.356,5	0,06	28,4
Anticorpo monoclonale coniugato	5	33,3	1,3	0,57	45,5	184,7	0,01	88,9
Anticorpo monoclonale bispecifico	3	32,6	1,3	0,55	57,9	49,5	<0,05	34,3
Radiofarmaco	1	13,8	0,5	0,23	-11,9	1,0	<0,05	-13,3
Molecola estrattiva	1	0,9	0,0	0,01	12,3	5,2	<0,05	12,3
Totale	127	2.551,6	100,0	43,29	7,9	19.078,3	0,89	32,4

siRNA: *short-interfering RNA*



Accesso ai farmaci per malattie rare ai sensi della Legge 648, fondo AIFA 5% e D.M. 7 settembre 2017

Persistono bisogni terapeutici insoddisfatti, in particolare nelle malattie rare, per i quali sono previsti strumenti di accesso precoce quali Legge 648/96, Fondo AIFA 5% e uso compassionevole. Per il dettaglio del quadro normativo e applicativo si rimanda alle precedenti edizioni del Rapporto OsMed.

Accesso ai farmaci per malattie rare ai sensi della Legge 648, fondo AIFA 5% e D.M. 7 settembre 2017

I dati forniti si riferiscono soltanto alla lista 648 soggetta a monitoraggio clinico e di spesa; pertanto, tali dati non comprendono le liste di farmaci per uso consolidato.

Nella Tabella 5.2.13 sono elencati i medicinali inseriti nell'anno 2025 nella lista 648, destinati al trattamento delle malattie rare, sia senza qualifica di orfano sia con qualifica di farmaco orfano.

Tabella 5.2.13 Medicinali inseriti nell'anno 2025 nella lista 648, destinati al trattamento delle malattie rare, con o senza qualifica di orfano

Principio attivo	Indicazione terapeutica
anakinra (Kineret)	Trattamento della mucopolisaccaridosi di tipo III (MPS III o sindrome di San Filippo)
atezolizumab	Trattamento del sarcoma alveolare delle parti molli non resecabile, recidivante o refrattario, per i pazienti pediatrici, di età maggiore o uguale ai due anni, come trattamento dalla prima linea in poi e, per i pazienti adulti, come trattamento dalla terza linea in poi
brentuximab vedotin (Adcetris), in associazione con doxorubicina, vinblastina e dacarbazina (AVD) e con somministrazione sequenziale	Trattamento di pazienti, di età pari o maggiore di 60 anni, non candidabili al trattamento con bleomicina e non precedentemente trattati, affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+, in stadio IV
carboplatino + paclitaxel	Trattamento del carcinoma squamoso dell'ano, avanzato o metastatico, non precedentemente trattato con chemioterapia
nimotuzumab e vinorelbina in associazione (in concomitanza e successivamente alla radioterapia)	Trattamento del glioma pontino intrinseco diffuso (DIPG)
nivolumab (Opdivo) e brentuximab vedotin (Adcetris)	Trattamento di pazienti affetti da linfoma primitivo del mediastino (PMBCL) e linfoma della zona grigia (GZL), refrattari alla prima linea di chemioimmunoterapia contenente anticorpo monoclonale anti-CD20 e chemioterapia contenente antracicline
pertuzumab, trastuzumab e paclitaxel in combinazione	Trattamento di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, non operabile, metastatico o localmente recidivato, non trattati in precedenza con terapia anti HER2 o chemioterapia per la malattia metastatica
ramucirumab in combinazione con carboplatino e paclitaxel	Trattamento di pazienti affetti da carcinoma timico in stadio avanzato non precedentemente trattato
rituximab (originatore o biosimilare)	Trattamento della sclerosi sistemica progressiva con interessamento cutaneo
rituximab e lenalidomide	Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non Hodgkin follicolare di nuova diagnosi in stadio avanzato, non candidabili alla chemioterapia
venetoclax, in combinazione con decitabina (Dacogen)	Terapia di induzione e consolidamento (da 2 a 4 cicli totali) nei pazienti con Leucemia Mieloide Acuta (LAM) di nuova diagnosi, rischio ELN 2017-2022 intermedio e alto, età $\geq$ a 60 anni e $<$ 75 anni, candidabili a trapianto di cellule staminali emopoietiche allogeniche
verteporfina (Visudyne)	Trattamento della corioretinopatia sierosa centrale in fase attiva

Nel corso dell'anno 2025 sono risultati attivi 25 programmi di uso compassionevole per malattie rare: 11 di questi sono medicinali che hanno ricevuto la designazione orfana da parte del COMP, per un totale di 1.850 pazienti trattati.

Si riporta di seguito l'elenco dei programmi e il relativo numero di pazienti inclusi in ciascuno di essi alla data del 31 dicembre 2025.

Per i programmi aperti in data antecedente all'anno 2025, il dato riportato è cumulativo.

Tabella 5.2.14 Medicinali destinati al trattamento delle malattie rare per i quali è risultato attivo nell'anno 2025 un programma ai sensi del D.M. 7 settembre 2017

Medicinale	Indicazione	Numero di pazienti inclusi nel programma
difelikefalin (Kaprivia)	Trattamento del prurito associato a malattia renale cronica in pazienti adulti sottoposti ad emodialisi	229
odevixibat (Bylvay)*	Trattamento della Sindrome di Alagille	12
rADAMTS13 (Adzynma)*	Profilassi e trattamento della porpora trombotica trombocitopenica congenita o ereditaria grave	5
pegunigalsidase alfa (Elfabrio)*	Trattamento della malattia di Fabry	8
repotrectinib (Augtyro)	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con riarrangiamenti ROS1	80
iptacopan (Fabhalta)	Pazienti affetti da emoglobinuria parossistica notturna (PNH)	20
sparsentan (Filspari)*	Nefropatia da immunoglobulina A (IgAN)	79
iptacopan (Fabhalta)	Trattamento di pazienti adulti affetti da glomerulopatia da C3 (C3G), trapiantati e non trapiantati	36
secukinumab (Cosentyx)	Pazienti affetti da idrosadenite suppurativa (HS)	128
rozanolixizumab (Rystiggo)*	Trattamento di pazienti adulti affetti da miastenia <i>gravis</i> generalizzata, positivi agli autoanticorpi contro il recettore dell'acetilcolina (AChR-ab+) o positivi agli autoanticorpi tirosina chinasi muscolo-specifici (MuSK-ab+), che non rispondono o sono intolleranti o non idonei alle terapie attualmente disponibili, come terapia aggiuntiva alla terapia standard	71
alectinib (Alecensa)	Trattamento adiuvante di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule ALK + resecato	72
vorasidenib (Vorango)*	Trattamento di pazienti affetti da Glioma IDH1 o IDH2 mutato	314
amivantamab (Rybrentav)	Trattamento di pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, non precedentemente trattati, che presentano mutazioni Exon20ins	102
epcoritamab (Tepkinly)*	Trattamento di pazienti affetti da linfoma a cellule B di alto grado recidivato/refrattario (R/R), linfoma primitivo a cellule B del mediastino R/R e linfoma follicolare R/R	10
bimekizumab (Bimzelx)	Trattamento dell'idrosiadenite suppurativa	9

segue

Tabella 5.2.14 - continua

elafibranor (Iqirvo) *	Trattamento di pazienti affetti da colangite biliare primitiva	205
givinostat (Duvyzat) *	Trattamento di pazienti deambulanti di età dai 6 anni in su affetti da distrofia muscolare di Duchenne (DMD)	133
plozasiran (Redempro)	Trattamento di pazienti adulti affetti da sindrome da chilomicronemia familiare (FCS) per i quali non sia possibile il trattamento con le alternative autorizzate	0
nutrisiran (Ammvuttra)	Trattamento di pazienti adulti con diagnosi accertata di amiloidosi da transtiretina (ATTR) e cardiomiopatia (classe NYHA I e II), classificata come amiloidosi da transtiretina ereditaria (hATTR) con cardiomiopatia o amiloidosi da transtiretina wild type (wtATTR), che hanno mostrato una risposta inadeguata alla terapia standard o che sono intolleranti a questa, secondo il giudizio del medico.	57
seladelpar (Lyvdelzi) *	Trattamento di pazienti adulti con Colangite biliare primaria (PBC), con o senza prurito, non cirrotici o con cirrosi compensata, che hanno fallito, sono intolleranti o sono stati considerati non idonei per le alternative terapie attualmente disponibili	129
molgramostim	Trattamento di pazienti adulti con proteinosi alveolare polmonare autoimmune (aPAP) per i quali non siano disponibili alternative terapeutiche autorizzate	5
acalabrutinib (Calquence)	In combinazione con Rituximab e Bendamustina per il trattamento di prima linea di pazienti adulti, (> 65 anni) affetti da linfoma mantellare precedentemente non trattato	103
zidesamtinib	Trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) ROS1+ o da altri tumori solidi ROS1+ per i quali non siano disponibili alternative terapeutiche autorizzate	23
efgartigimod alfa (Vyvgart) *	Trattamento in monoterapia di pazienti adulti con polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP) attiva, progressiva o recidivante, dopo precedente trattamento con corticosteroidi o immunoglobuline, per i quali non siano disponibili alternative terapeutiche autorizzate	20
tislelizumab (Tevimbra)	Trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma a cellule squamose dell'esofago (OSCC) non resecabile localmente avanzato o metastatico, dopo precedente chemioterapia a base di platino, non eleggibili al trattamento con le alternative terapeutiche autorizzate	0

* medicinali con designazione orfana da parte del COMP.

Le risorse stanziare nel fondo 5% per l'anno 2025 sono state pari a 16.955.687 euro.

Il numero complessivo di richieste di accesso/rinnovo al fondo AIFA 5%, pervenuto nel corso del 2025, è stato pari a 800. In particolare, 689 richieste erano riferite al trattamento di malattie rare, di cui 407 a tumori rari (Tabella 5.2.15).

Il numero delle richieste complete e valutabili, per cui è stato espresso un parere da parte del Segretariato di Supporto e Coordinamento dell'Area Pre-Autorizzazione entro il 31/12/2025, è stato pari a 526.

Inoltre, sono state autorizzate da parte di AIFA 354 richieste per l'accesso al fondo AIFA riferite a malattie rare, di cui 217 relative a tumori rari.

Tabella 5.2.15 Numero di richieste di accesso al fondo e numero di effettivi accessi ottenuti nell'anno 2025

Anno	Numero di pazienti che hanno presentato richiesta per l'accesso al fondo AIFA		Numero di pazienti che hanno avuto risposta positiva alla richiesta di accesso al fondo AIFA	
	con malattia rara	con tumore raro	con malattia rara	con tumore raro
2025	689	407	354	217

Nel corso degli ultimi anni la diminuzione delle richieste è stata legata principalmente ai fattori di seguito riportati:

- attivazione, dal 1 luglio 2022, del nuovo servizio on line che consente di presentare e monitorare lo stato di lavorazione delle richieste di accesso e di rimborso del fondo 5%;
- adozione di nuovi criteri per l'accesso al fondo, introdotti alla fine del 2021 e modificati successivamente a giugno 2023, per tutelare la sostenibilità del fondo stesso e per garantire l'accesso a medicinali non ancora commercializzati in Italia e che rappresentano una speranza di cura per pazienti con malattie rare e gravi, ovvero, il trattamento di casi singoli caratterizzati da un bisogno terapeutico importante o massimo.

Tuttavia, dall'anno 2025 si sta assistendo a un progressivo aumento del numero delle richieste, dovuto sia allo sviluppo di nuovi farmaci orfani o per malattie rare, sia all'abilitazione graduale di nuovi centri italiani all'utilizzo del Gestionale Fondo 5%, che ha gradualmente aumentato la platea di pazienti per cui viene richiesto l'accesso al fondo.

Figura 5.2.4 Richieste di accesso al fondo 5% nel periodo 2019-2025

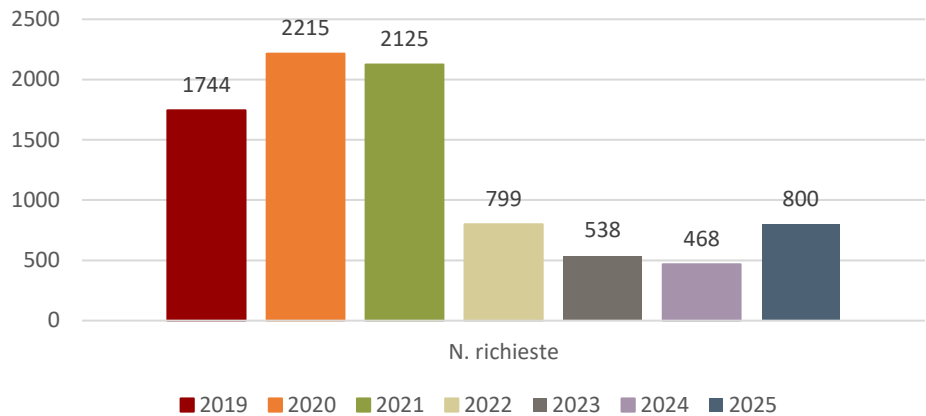


Tabella 5.2.16 Primi 10 farmaci per numero di richieste di accesso al fondo 5% nell’anno 2025 con parere favorevole (*)

Principio attivo	Numero richieste
pembrolizumab	24
selumetinib	19
dabrafenib/trametinib	17
valemetostat tosilate	16
ivosidenib	14
triptanoina	13
trametinib	13
ibrutinib	11
lorlatinib	11
sebelipase alfa	10

(*) Tabella realizzata senza considerare le richieste ritirate dai richiedenti

Nella tabella sono riportati in ordine decrescente i primi 10 principi attivi con maggior impatto di spesa.

Tabella 5.2.17 Primi 10 principi attivi con maggior impatto di spesa sul fondo AIFA 5% relativo all’anno 2025 (*)

Principio attivo	Spesa autorizzata (€)	Numero richieste
beremagene geperpavec-svdt	4.594.533,00	7
sebelipase alfa	2.419.893,47	10
valemetostat tosilate	1.505.160,00	16
selumetinib	1.299.325,14	19
strimvelis-like dp	1.188.000,00	2
leniolisib	900.675,36	4
tarlatamab	872.677,37	5
triptanoina	797.100,00	13
sirolimus protein-bound particles	727.650,00	2
tovorafenib	637.836,00	3

Fonte: Area Pre-Autorizzazione AIFA; (*) Tabella realizzata senza considerare le richieste ritirate dai richiedenti

Sezione 6

Regolamentazione dell'assistenza farmaceutica in Italia

L'uso dei
Farmaci
in Italia
Rapporto Nazionale
Anno 2025

6.1. Principali interventi normativi del 2025

Legge 30 dicembre 2025, n. 199 (Legge di Bilancio per l'anno 2026)

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

La Legge di Bilancio 2026 ha disposto che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato sia incrementato di 2.382,2 milioni di euro per l'anno 2026, 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

Revisione e aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale (PFN)

La legge di Bilancio 2026 ha stabilito che l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) provveda, con cadenza annuale, e comunque entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, alla revisione e all'aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale (PFN) dei medicinali erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai fini del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa farmaceutica. La revisione è effettuata sulla base dei criteri di efficacia clinica, sicurezza, appropriatezza d'uso, facilità di accesso al farmaco per l'assistito, costo-beneficio ed economicità complessiva per l'SSN. A seguito della revisione, l'AIFA individua i medicinali da includere, mantenere, riclassificare o escludere dal PFN, nonché quelli per i quali procedere alla rinegoziazione delle condizioni di prezzo e di rimborso anche in ragione dell'ampliamento dei consumi o della presenza di alternative con costo-terapia più favorevole per il SSN. I provvedimenti di revisione, da adottare con determina dell'AIFA, hanno efficacia dal 1 gennaio dell'anno di riferimento. Per i medicinali esclusi dal PFN, l'AIFA può prevedere misure transitorie volte a garantire la continuità terapeutica dei pazienti già in trattamento, stabilendone modalità e durata.

Tetti di spesa

A decorrere dall'anno 2026, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è incrementato, rispetto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 223, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, dello 0,30% e il tetto della spesa farmaceutica convenzionata di cui all'articolo 1, comma 399, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è incrementato dello 0,05%. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. Pertanto, il tetto della spesa convenzionata è rideterminato nella percentuale del 6,85% e il tetto degli acquisti diretti nella percentuale dell'8,60%.

Fondo farmaci innovativi

Le risorse destinate al Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi, di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 e ss.mm.ii., sono ridotte, a decorrere dall'anno 2026, di 140 milioni di euro annui. La riduzione si applica proporzionalmente sugli importi indicati all'articolo 1, commi 288 e 290 (innovativi condizionati e antibiotici del gruppo *Reserve*), della legge 30 dicembre 2024, n. 207.

Inoltre, la suddetta legge di bilancio per l'anno 2026 ai commi 369 e 370 dell'art. 1 prevede, modificando l'art. 1, comma 283, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, che: *“Alle risorse del Fondo di cui al primo periodo accedono, dal 1 gennaio 2026, tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente”*.

Riclassificazione da A-PHT alla classe A

La legge di Bilancio 2026 ha modificato la precedente legge di bilancio 2024 (Legge 30 dicembre 2023, n. 213), in merito alle quote di remunerazione dei medicinali oggetto di transito dal regime di classificazione A-PHT alla classe A.

In particolare, l'art. 1, comma 391, della Legge 30 dicembre 2025, n. 199 (Legge di Bilancio 2026) ha inserito, dopo il comma 225 dell'articolo 1 della L. 213/2023, il nuovo comma 225-bis, il quale prevede che per tutti i medicinali che sono stati oggetto di riclassificazione, qualora il prezzo di vendita superi i 100 euro al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA), si applicano le quote di remunerazione di cui al comma 225, lettera a), previste per i medicinali aventi un prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, pari a 100 euro.

In attuazione della Legge di Bilancio 2024, nel giugno 2025, il Consiglio di Amministrazione dell'AIFA ha approvato la riclassificazione, da A-PHT ad A delle gliflozine, dopo il precedente passaggio delle gliptine avvenuto nel 2024. Le gliflozine rappresentano una classe di medicinali ipoglicemizzanti impiegata nel trattamento del diabete mellito di tipo 2, nonché dello scompenso cardiaco e della malattia renale cronica.

Payback 5% e Payback 1,83%

La legge di bilancio per l'anno 2026 ha previsto, all'art. 1 comma 395, che a decorrere dal 1° gennaio 2026 sia soppressa la facoltà delle aziende farmaceutiche di avvalersi della sospensione della riduzione del 5% del prezzo al pubblico dei medicinali comunque impiegati o dispensati dal SSN, ove prevista. Inoltre, a decorrere dal 2026, non trova più applicazione il c.d. *payback* 1,83%, di cui al quarto e quinto periodo dell'art. 11, comma 6, del decreto-legge n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, limitatamente alla quota

dovuta dalle aziende farmaceutiche in favore delle Regioni. Ne consegue che tale quota non sia più dovuta alle Regioni.

Medicinali biotecnologici a brevetto scaduto in assenza di biosimilari

La legge di Bilancio 2026, all'art. 1, comma 392, ha sostituito il comma 33 bis dell'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, introducendo una novità sulla determinazione del prezzo dei medicinali biotecnologici alla scadenza del brevetto sul principio attivo. In particolare, qualora alla scadenza brevettuale non sia in corso una procedura di contrattazione del prezzo relativa ad un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, l'AIFA avvia una nuova procedura di contrattazione, ai sensi del comma 33, con il titolare dell'autorizzazione in commercio del medesimo medicinale biotecnologico al fine di ridurre il prezzo di rimborso da parte del SSN. In alternativa, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) del medicinale biotecnologico può presentare all'Agenzia una proposta di riduzione del prezzo di rimborso a carico del SSN, applicando uno sconto non inferiore al 20% rispetto al prezzo precedentemente vigente.

6.2. Rimborsabilità dei farmaci e regime di fornitura

La definizione del regime di rimborsabilità e di fornitura, così come del prezzo del medicinale, è il risultato di percorsi decisionali relativamente complessi e molto differenziati tra i diversi Paesi europei ed extra-europei.

In Italia, tali iter sono di competenza dell'AIFA e del suo organismo consultivo (Commissione Scientifica ed Economica del Farmaco - CSE). I medicinali rimborsati dal SSN sono classificati in classe A se rispondono a requisiti di essenzialità, impiego in patologie croniche e rilevanza terapeutica, ovvero in classe H se destinati alla dispensazione in ambito ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili (art. 8, comma 10, lettera a, L. 24 dicembre 1993, n. 537 e ss.mm.ii.). In alternativa, i medicinali sono classificati in classe C quando non sono a carico del SSN, fatta eccezione per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia (art.1, L. 19 luglio 2000, n. 203), nei casi in cui il medico di medicina generale ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente.

La Tabella 6.1 riporta il numero di medicinali autorizzati e commercializzati in Italia nel 2025 per classe di rimborsabilità.

La rimborsabilità dei medicinali da parte del SSN è subordinata alle eventuali limitazioni previste dalle Note AIFA, che ne definiscono le condizioni di erogazione a carico del SSN. Tali note hanno lo scopo di assicurare l'appropriatezza prescrittiva e, in alcuni casi, di orientare le scelte terapeutiche verso opzioni più efficaci. Di conseguenza, i medicinali di classe A, le cui indicazioni terapeutiche non rientrano nelle Note AIFA, sono a totale carico dell'assistito. I medicinali di classe C, privi del requisito di essenzialità tipico dei farmaci rimborsati dal SSN, possono essere dispensati al cittadino a fronte della presentazione di una ricetta medica (classe C con ricetta), oppure acquistati direttamente senza ricetta.

A quest'ultima categoria appartengono sia i medicinali di Classe C-bis (art. 8, comma 10, lettera c-bis, L. n. 537/1993 e ss.mm.ii), noti come "*over the counter* (OTC)" o "da banco", che i medicinali di Classe C-SOP, senza obbligo di prescrizione, ma che non rientrano nella categoria OTC. Il Consiglio di Stato, con la sentenza n. 2217 del 12 maggio 2017, nel respingere l'appello proposto dal Ministero della Salute avverso la pronuncia del TAR Lazio n. 7539/2016, ha confermato la piena ammissibilità della pubblicità presso il pubblico anche dei medicinali senza obbligo di prescrizione (SOP), sebbene non appartengano alla categoria dei medicinali di automedicazione (OTC). L'AIFA, con Decreto Ministeriale 18 aprile 2012, in attuazione dell'articolo 32, comma 1, del D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, ha aggiornato il regime di fornitura dei medicinali in classe C con obbligo di ricetta medica, stabilendo:

- per quali farmaci permanga l'obbligo di vendita a fronte dell'esibizione di ricetta medica;

- per quali farmaci sia possibile modificare il regime di fornitura in C-SOP, consentendone, pertanto, la vendita attraverso esercizi commerciali, come grande distribuzione e parafarmacie (cfr. comma 1 art. 32 del D.L. n. 201/2011).

Successivamente, il Decreto Ministeriale 18 aprile 2012 è stato aggiornato dal Decreto Ministeriale 15 novembre 2012, per integrare l'elenco dei medicinali riclassificati in C-SOP in base al parere preventivo della Commissione Tecnico-Scientifica (CTS). Questo provvedimento è stato ulteriormente modificato dal Decreto del 21 febbraio 2014, a sua volta rettificato dal Decreto 8 maggio 2014 (pubblicato in G.U. del 24 maggio 2014, n. 119).

Categoria	Definizione	Obbligo di prescrizione	Pubblicità al pubblico	Riferimenti normativi/ Provvedimenti AIFA
Classe C-bis (OTC)	Medicinali da banco, destinati all'automedicazione	No	Consentita	Art. 8, comma 10, lett. c-bis, L. n. 537/1993 e ss.mm.ii
Classe C-SOP	Medicinali senza obbligo di prescrizione, ma non OTC	No	Consentita (sentenza Consiglio di Stato n. 2217/2017)	DM 18 aprile 2012 (aggiornato DM 15 novembre 2012, DM 21 febbraio 2014, DM 8 maggio 2014)

Inoltre, l'art. 12, comma 5, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto "Decreto Balduzzi") e ss.mm.ii, ha stabilito che i medicinali autorizzati all'immissione in commercio (AIC) mediante procedura centralizzata, di mutuo riconoscimento, decentrata, nazionale o d'importazione parallela, sono automaticamente classificati nel raggruppamento "C Non Negoziata" (C-nn), nelle more della presentazione, da parte dell'azienda titolare, di un'eventuale domanda di classificazione ai fini della rimborsabilità e della negoziazione del prezzo, tramite la presentazione di apposito dossier.

Il titolare AIC è tenuto a comunicare all'AIFA, prima dell'inizio della commercializzazione, il prezzo a ricavo industria (*ex-factory*) e il prezzo al pubblico del medicinale classificato in classe C-nn, nonché la data di immissione in commercio. Successivamente, la Legge per il mercato e la concorrenza 2021 ha eliminato la facoltà dell'azienda di non presentare la domanda di diversa classificazione dei medicinali.

Per i farmaci orfani e per quelli di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale, qualora l'azienda non presenti domanda di prezzo e rimborsabilità entro trenta giorni dal rilascio dell'AIC, l'AIFA invita l'azienda a provvedere entro i successivi trenta giorni. Decorso tale termine, l'informazione è pubblicata sul sito istituzionale dell'Agenzia ed è applicato l'allineamento al prezzo più basso all'interno del quarto livello del sistema di classificazione anatomico-terapeutico-chimico (ATC) a cui appartiene il farmaco.

A seguito della presentazione all'AIFA del dossier di richiesta di prezzo e rimborsabilità da parte dell'azienda farmaceutica, e verificata la regolarità e la completezza della documentazione, viene avviata l'attività istruttoria da parte degli Uffici competenti dell'Agenzia e della Commissione consultiva. Tale attività ha l'obiettivo di valutare e decidere in merito al *place in therapy* del medicinale, nonché alla sua rimborsabilità. Al termine del processo decisionale e dell'iter negoziale seguito dalla Commissione consultiva economico-scientifica (CSE), e fino a fine 2023 dalla Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) e dal Comitato Prezzi e Rimborso (CPR), il provvedimento che autorizza la rimborsabilità del medicinale, il suo regime di fornitura e il prezzo a carico del SSN viene ratificato dal Consiglio di Amministrazione dell'AIFA e trasmesso al Ministero della Giustizia per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

La classificazione dei medicinali ai fini della fornitura, ai sensi dell'art. 87 del D.Lgs 24 aprile 2006, n. 219 e ss.mm.ii., può essere schematizzata come segue:

- a) medicinali soggetti a ricetta medica (RR);
- b) medicinali soggetti a ricetta medica da rinnovare volta per volta (RNR);
- c) medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (RMS) (T.U. in materia di stupefacenti D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e ss.mm.ii.);
- d) medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, comprendenti:
 - medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di medici specialisti (RRL; RNRL);
 - medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (OSP);
 - medicinali utilizzabili esclusivamente da specialisti identificati secondo disposizioni delle Regioni o Province autonome (USPL);
- e) medicinali non soggetti a prescrizione medica comprendenti:
 - medicinali da banco o di automedicazione (OTC);
 - restanti medicinali non soggetti a prescrizione medica (SOP).

La ricetta ripetibile costituisce la forma più comune di prescrizione, ha validità di sei mesi e può essere presentata in farmacia fino a dieci volte entro tale periodo. Fanno eccezione i medicinali soggetti a particolari restrizioni prescrittive, tra cui gli psicofarmaci (ansiolitici, sedativi, ipnotici), per i quali la ricetta ha validità di trenta giorni ed è ripetibile per non più di tre volte.

La ricetta non ripetibile è richiesta per i medicinali caratterizzati da potenziali rischi di tossicità acuta o cronica, di assuefazione, tolleranza o possibilità di abuso. Rispetto alla

ricetta ripetibile, rappresenta uno strumento prescrittivo più restrittivo che obbliga il paziente ad accedere al farmaco esclusivamente attraverso l'intervento del medico, il quale rilascia la prescrizione volta per volta.

La validità della ricetta non ripetibile è di trenta giorni limitatamente al numero di confezioni indicate, mentre è di tre mesi se riferita a preparazioni magistrali non contenenti sostanze stupefacenti. Un caso particolare è rappresentato dall'isotretinoina, la cui prescrizione e dispensazione possono avvenire esclusivamente all'interno di un programma di prevenzione del rischio teratogeno e dietro presentazione di ricetta non ripetibile con validità di sette giorni.

Le ricette limitative, sia ripetibili che non ripetibili, costituiscono strumenti finalizzati a limitare la prescrizione e l'utilizzo di alcuni medicinali a determinati specialisti o in particolari contesti assistenziali. Rientrano in questa categoria:

- medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (art. 92 D.Lgs 219/2006);
- medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 D.Lgs 219/2006);
- medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista in ambulatorio (USPL) (art. 94 D. Lgs 219/2006).

Il farmacista non può dispensare al pubblico farmaci ascrivibili alla categoria USPL, sebbene li possa detenere in farmacia. Tali medicinali possono essere forniti direttamente allo specialista anche dai produttori o dai grossisti.

La Determinazione AIFA del 13 gennaio 2010, n. 1522, pubblicata sul Supplemento Ordinario n. 21 della G.U. n. 25 del 1 febbraio 2010, ha aggiornato il regime di fornitura dei farmaci a uso ospedaliero. In particolare:

- le precedenti classificazioni OSP1 e OSP2 sono state abolite e le nuove sono entrate in vigore il 16 febbraio 2010;
- i medicinali in precedenza classificati in OSP1 sono stati riclassificati OSP, senza modifiche alle condizioni e caratteristiche già definite;
- mentre per i farmaci in precedenza classificati come OSP2 il regime di fornitura è stato modificato in RR, RNR, RRL o RNRL. Successivamente, a fronte dell'applicazione da parte dell'AIFA di quanto disposto dall'articolo 11, comma 7, lettera a), del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010, n. 122 e ss.mm.ii., la maggior parte dei farmaci di classe H con regime di fornitura RR, RNR, RRL o RNRL è stata riclassificata in classe A-PHT (Determinazione AIFA del 2 novembre 2010).

Tabella 6.1 Numero di medicinali autorizzati e commercializzati nel 2025 per classe di rimborsabilità

Classe	AIC		Specialità		Principi attivi	
	N.	% sul totale	N.	% sul totale	N.	% sul totale
A	10.879	51,1	4.897	46,8	848	32,9
C	8.123	38,2	4.362	41,6	1.126	43,7
H	2.267	10,7	1.214	11,6	605	23,5
Totale	21.269	100,0	10.473	100,0	2.579	100,0

6.3. Compartecipazione

La Legge n. 405/2001 e ss.mm.ii. attribuisce alle Regioni la facoltà di adottare misure di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico dei cittadini, mediante l'introduzione o la modulazione di ticket per ricetta (o per confezione). Tali interventi sono attivabili su scelta regionale anche con finalità di contenimento e riequilibrio della spesa farmaceutica regionale rispetto ai tetti programmati. Tale condizione è espressamente consentita dall'art. 4 della L. n. 405/2001 e ss.mm.ii., che conferisce alle Regioni la facoltà di adottare misure di copertura degli eventuali disavanzi di gestione attraverso l'introduzione di diverse iniziative, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa (i cosiddetti "ticket"). Tale facoltà è divenuta, per i governi regionali, un obbligo di legge per effetto dell'art. 5, comma 4 del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, nella L. 29 novembre 2007, n. 222, che ha previsto l'adozione di misure di contenimento della spesa, ivi inclusa la distribuzione diretta, per un ammontare pari ad almeno il 30% del disavanzo della spesa farmaceutica territoriale della Regione rispetto al tetto; dette misure costituiscono adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

La disposizione relativa alla compartecipazione ha dunque trovato applicazione innanzitutto nelle Regioni soggette a piano di rientro e successivamente nella altre.

La compartecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica, tuttavia, non deriva esclusivamente dai ticket regionali, ma anche dalla quota eventualmente a carico dell'assistito sui medicinali a brevetto scaduto, cosiddetta "quota di compartecipazione". Infatti, a partire dal 1 dicembre 2001 i medicinali privi di copertura brevettuale rimborsati dal SSN, compresi i generici (cosiddetti farmaci equivalenti), sono stati raggruppati nelle liste di trasparenza AIFA, aggiornate mensilmente, che individuano un prezzo di riferimento unico per tutte le confezioni mutualmente sostituibili tra loro. L'eventuale differenza di prezzo tra il medicinale prescritto e quello con il prezzo di riferimento più basso è a carico del paziente. Nello specifico, se sono disponibili due farmaci con identico principio attivo, via di somministrazione, forma farmaceutica e numero di unità posologiche, ma con prezzi diversi, il SSN rimborsa solo ed esclusivamente il prezzo del farmaco con valore di riferimento più basso.

Poiché l'art. 7 L. n. 405/2001 e ss.mm.ii. stabilisce che il livello di rimborso del SSN sia riconosciuto fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel *normale ciclo distributivo regionale*, il legislatore ha previsto la possibilità per le Regioni, di fissare i prezzi di riferimento mediante specifici provvedimenti. Tale disposizione ha assunto un ruolo particolarmente rilevante nei primi anni 2000, in un contesto in cui la disponibilità uniforme sul territorio nazionale dei medicinali equivalenti, generalmente caratterizzati da un prezzo al pubblico più basso, poteva non essere garantita.

Attualmente, nella maggior parte delle Regioni, i prezzi di riferimento risultano allineati ai prezzi pubblicati nelle liste di trasparenza AIFA.

Un'analisi dettagliata sulla compartecipazione al prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti è fornita nella sezione 2.1.

Sebbene la compartecipazione a carico del cittadino, pari alla differenza tra il prezzo al pubblico del medicinale prescritto e il prezzo di riferimento riportato nelle liste di trasparenza AIFA, sia sostanzialmente omogenea sul territorio nazionale, limitate eccezioni, le modalità di applicazione del ticket regionale risultano invece molto diversificate (Tabella 6.2).

Nel 2025, le Regioni che non applicano il ticket come misura di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata sono nove: Piemonte, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna. Nel 2025, la compartecipazione alla spesa sostenuta dai cittadini, a livello nazionale, ammonta a 1,5 miliardi di euro (di cui il 68,5% è attribuibile alla quota del prezzo di riferimento e il restante 31,5% al ticket fisso), pari al 15,1% della spesa farmaceutica convenzionata lorda, con una lieve crescita dell'1,4% rispetto al 2024. Per quanto concerne la quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento, a livello regionale si evidenzia una variabilità piuttosto marcata: a fronte di un valore nazionale di 17,71 euro *pro capite* (22,35 euro al Sud e nelle Isole, 19,43 al Centro e 13,73 al Nord), la Regione Campania registra un valore di 24,42 euro *pro capite*, circa il doppio rispetto alla PA di Bolzano, dove ogni cittadino spende mediamente 12,32 euro (Tabella 2.1.5). Nella Tabella 6.2 si riportano le principali misure legate al ticket nelle Regioni italiane, nell'anno 2025, con lo scopo di fornire un quadro riepilogativo quanto più esaustivo possibile (fonte: Federfarma, <https://www.federfarma.it/Ticket-Regionali.aspx>), ferme restando le esenzioni previste dalla normativa vigente (quali esenzioni per reddito, patologie croniche, patologie rare, invalidità e situazioni di particolare interesse sociale).

Tabella 6.2 Modalità di applicazione dei ticket regionali nel 2025

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Valle d'Aosta	0-9.999	sì	no	no	no	sì	Sono esclusi dal pagamento del ticket i pazienti con patologie croniche e invalidanti	DGR n. 1899 del 28/12/2017
	10.000-25.000	no	1	2	no			
	>25.000	no	2	4	no			
Piemonte	N/A	sì	no	no	no	sì	Gli assistiti identificati dai codici di esenzione E92, G01, G02, V01, V01.2 sono esclusi dal pagamento della differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento per i medicinali in lista di trasparenza	DGR n. 57- 5740 del 3/4/2002 DGR n. 36-7965 del 28/12/2007 DGR n.16-3096 del 12/11/2011 DGR n. 39-8425 del 15/02/2019
		no	no	no	no			
		no	2	4	no			
Lombardia	>20.000,00	no	1	3	no	sì	Patologie croniche e malattie rare; alcuni tipi di invalidità limitatamente ad antibiotici monodose, IFN per epatite, farmaci somministrati per fleboclisi (L.405/2001)	DGR n. 4230 del 25/10/2012
		sì	no	no	no	sì	Patologie croniche Malattie rare, invalidi per lavoro, civili, sordomuti, vittime del terrorismo Figli fiscalmente a carico dei genitori	
	Fino a 20.000,00	no	no	no	no	sì		
PA Bolzano	N/A	sì	no	no	1	sì + ticket		DGR n. 1862 del 27/05/2002
		no	1	2	no			
		no	2	4	no			

segue

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
PA Trento	N/A	no	no	no	no	si	Quota di compartecipazione non prevista	Legge provinciale 14 del 23/12/2019
Veneto	>12.000	no	2	4	no	si + ticket		
	Fino a 12.000	sì	no	no	no	si	Terapia del dolore, Grandi invalidi, patologie croniche, malattie rare	DGR 744 del 11/03/2005
Friuli VG	N/A	no	no	no	no	si	Quota di compartecipazione non prevista	
Liguria	N/A	no	2	4	no	si + ticket	Anche per antibiotici monodose e farmaci somministrati per fleboclisi	DGR 163 del 20/02/2002
		sì	no	no	no	si	Sono esclusi dalla compartecipazione le vittime del terrorismo e gli invalidi di guerra	DGR 1116 del 9/09/2011
Emilia-Romagna	N/A	no	2, 20	4	no	si	Quota di compartecipazione non prevista: a. esenti per patologia cronica e invalidante o per malattia rara b. esenti per la terapia del dolore cronico e infortunati sul lavoro, c. invalidi civili, di guerra, del lavoro, per servizio; d. ciechi e sordomuti; e. danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati; f. vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari; g. E01; E02; E03; E04 k. cittadini stranieri già in possesso di esenzioneticket;	DGR DGR 390/2025 del 24/03/2025

Regolamentazione dell'assistenza farmaceutica in Italia

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
							I.cittadini detenuti o internati;	
Toscana	N/A	no	no	no	no	sì	Quota di compartecipazione non prevista	DGR 1134 del 3/08/2020
Umbria	N/A	no	no	no	no	sì	Quota di compartecipazione non prevista	DGR 682 del 30/07/2020
Marche	N/A	no	no	no	no	sì	Quota di compartecipazione non prevista	
Lazio	N/A	sì	2	no	no	sì	Farmaci con prezzo di vendita >5€, non inclusi in lista di trasparenza AIFA	DCA 45 del 17/11/ 2008
		no	4	no	no		Farmaci con prezzo di vendita ≤5€, non inclusi in lista di trasparenza AIFA	
		sì	1	no	no		Farmaci con prezzo di vendita ≤5€, non inclusi in lista di trasparenza AIFA	
		no	2,5	no	no		Farmaci con prezzo di vendita >5€	
Abruzzo	N/A	no	2	6	no	sì + ticket	Farmaci con prezzo di vendita >5€	DCA 26 del 4/7/2012
		sì	1	3	no		Farmaci con prezzo di vendita ≤5€ e farmaci non coperti da brevetto con prezzo al pubblico superiore al prezzo di riferimento	
		no	0,5	1,5	no		Patologie croniche e invalidanti	
		sì	0,25	0,75	no		Farmaci non coperti da brevetto con prezzo al pubblico allineato al prezzo di riferimento	
		no	no	no	no		Farmaci coperti da brevetto con prezzo di vendita >5€	
		no	0,5	no	0,5		Farmaci a brevetto scaduto con prezzo di vendita > 5€	
Molise	Da E01 a E04	no	no	no		sì	Terapia del dolore	Circolare 4702 del 3/4/2012
			no		0,5	sì	Esenti parziali	
			2	6		sì + ticket	Farmaci coperti da brevetto con prezzo di vendita >5€	DGR 1188 del 29/07/2002
			0,5	no	0,5	sì + ticket	Farmaci a brevetto scaduto con prezzo di vendita > 5€	DD.CC.AA 87 e 97 /2011

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Campania	N/A	no	1,5	no	2	si + ticket	Il ticket per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale. La quota per ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno e ai farmaci del PHT	DCA 67 del 4/11/10, DC 141 del 31/10/2014, DC 147 del 24/12/2014, DC 34 del 13/3/2015
			no	no	2	si	Farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato al prezzo di riferimento	
		si	no	no	1	si	Invalità e patologie croniche e invalidanti con reddito inferiore a 50.000 €	
		no	no	no	no	si	Terapia del dolore	
		no	2	5,5	1	si + ticket	Antibiotici monodose, IFN per epatite, farmaci somministrati per fleboclisi (L.405/2001)	DGR 1718 del 19/11/2004
si	0,5	no	1	Farmaci inclusi in lista di trasparenza	DGR 1198 del 6/08/ 2005			
no	no	no	1	Invalità, terapia del dolore, vittime del terrorismo, patologie croniche e invalidanti, malattie rare	DGR 2789 del 14/12/2010			
no	no	no	1		DGR 1389			
Puglia	< 23.000	no	1	no	1	si		21/06/2011, DGR 1391 21/06/2011
	no	no	no	no	no	si	Pensioni minime	
Basilicata	N/A	no	no	no	no	si	Quota di compartecipazione non prevista	DGR 496 del 17/7/2020
Calabria		no	2	5	1	si		DGR 247 del 5/05/2009
		si	no	no	no	si	Patologie croniche, malattie rare	
			no	no	1	si	Invalidi lavoro L01-L03, per servizio e civili C03	

Regolamentazione dell'assistenza farmaceutica in Italia

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
		no	no	no	no	no	Invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata	
	Da E01 a E04		no	no	no	sì		
	N/A	no	4	no	no	sì	Farmaci con prezzo di vendita ≤25€	
		sì	1,5					
		no	2				Farmaci equivalenti con prezzo di vendita ≤25€	
		sì	1					
		no	4,5			sì	Farmaci con prezzo di vendita >25€	
		sì	2					
		no	2,5				Farmaci equivalenti con prezzo di vendita >25€	
		sì	1,5					
	Sicilia		no		no	no	Invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia e vittime del terrorismo e delle stragi e loro familiari (coniuge, figli o, in mancanza dei predetti, ai genitori)	L.R. 6 del 10/01/2012
					no	sì	Invalidi civili 100%, grandi invalidi per servizio o per lavoro, detenuti, danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni, disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 €, soggetti con meno di 6 anni di età di 65 secondo reddito	

segue

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Sardegna	N/A	no	no	no	no	si	Quota di compartecipazione non prevista	

* differenza fra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento

Esenzioni

(Fonte Ministero della Salute, 2019; <http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/homeEsenzioni.jsp>)

Esenzioni per reddito

E01: Cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 euro.

E02: Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

E03: Titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico.

E04: Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Patologie croniche

L'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni è stato ridefinito e aggiornato dall'Allegato 8 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui nuovi LEA del 12 gennaio 2017.

Patologie rare

L'elenco delle malattie rare esenti dalla partecipazione al costo è stato ampliato dall'Allegato 7 Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 di definizione dei nuovi LEA. Le nuove esenzioni per malattia rara e/o gruppi sono entrate in vigore il 15 settembre 2017, per dare il tempo alle Regioni di individuare i Centri di riferimento esperti nel trattamento delle nuove malattie.

Invalidità

Solo gli invalidi di guerra, titolari di pensione diretta vitalizia e le vittime del terrorismo hanno diritto a ritirare gratuitamente i medicinali appartenenti alla classe "C", su prescrizione del medico che ne attesti la comprovata utilità terapeutica.

Altre esenzioni per situazioni di particolare interesse sociale

Tutela della maternità, limitatamente alle prestazioni definite dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 (allegato 10).

Prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV, limitatamente all'accertamento dello stato di infezione, in favore dei soggetti appartenenti a categorie a rischio, con comportamenti a rischio o incidentalmente esposti a rischio di infezione.

Promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti, limitatamente alle prestazioni connesse all'attività di donazione.

Tutela dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210, limitatamente alle prestazioni ivi indicate.

Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata.

6.4. Prezzo dei farmaci

Dal 1 gennaio 2004, il prezzo di tutti i farmaci rimborsati dal SSN è determinato mediante contrattazione tra AIFA e produttori, secondo le modalità e i criteri utilizzati in precedenza per i soli farmaci approvati con procedura europea.

Nell'ambito delle negoziazioni, si tiene conto dei parametri indicati nel Decreto ministeriale 2 agosto 2019 (GU Serie Generale n. 185 del 24-07-2020) il quale stabilisce che l'azienda deve supportare la propria istanza di negoziazione con:

- la documentazione scientifica relativa all'eventuale valore terapeutico aggiunto del medicinale, in rapporto ai principali trattamenti con cui il farmaco viene confrontato;
- la valutazione economica;
- la documentazione sulla commercializzazione, il consumo e la rimborsabilità in altri Paesi, indicando, in tal caso le condizioni di prezzo e rimborsabilità, incluso ogni ulteriore accordo negoziale;
- le quote annue di mercato che si prevede di acquisire nei successivi trentasei mesi nello specifico segmento di mercato;
- l'attestazione dell'azienda circa la propria capacità produttiva e di gestione di possibili imprevisti che possano mettere a rischio gli standard produttivi, nonché le attività che verranno poste in essere al fine di garantire l'adeguata fornitura del farmaco al SSN in funzione dei bisogni della popolazione;
- la previsione della spesa e le variazioni della stessa per il SSN derivanti dai prezzi proposti, nelle distinte componenti;
- la quantificazione autocertificata di eventuali contributi e incentivi di natura pubblica finalizzati a programmi di ricerca e sviluppo del farmaco;
- le quantificazioni dell'impatto economico-finanziario a carico del SSN e relativi consumi conseguenti all'eventuale inclusione del farmaco in programmi di accesso precoce.

Il Decreto-legge 8 novembre 2022 n.169 ha previsto l'istituzione di una commissione unica denominata Commissione Scientifica ed Economica del farmaco (CSE), a cui sono state attribuite le funzioni della precedente Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica (CTS) e del precedente Comitato Prezzi e Rimborso (CPR). La nuova Commissione si è insediata a marzo 2024 e ad aprile 2024, è stato approvato il Regolamento che disciplina la sua organizzazione e il suo funzionamento.

Il processo di determinazione del prezzo e della classificazione ai fini della rimborsabilità è caratterizzato da tre fasi:

1. l'azienda farmaceutica presenta l'istanza di prezzo e rimborso del farmaco, sottoponendo il dossier all'AIFA;

2. la CSE valuta il dossier ed esprime parere vincolante sul valore terapeutico del farmaco, definendone il *place in therapy*, sul suo regime di fornitura, nonché sull'eventuale sua innovatività e, ove necessario, convoca l'azienda richiedente per la negoziazione;
3. il risultato della negoziazione, in caso di ammissione alla rimborsabilità, viene sottoposto alla valutazione definitiva del Consiglio di Amministrazione (CdA) di AIFA. I pareri e le decisioni della CSE sono resi entro complessivi 180 giorni decorrenti dalla data di presentazione dell'istanza di parte correttamente compilata, con la pubblicazione del prezzo a ricavo azienda in Gazzetta Ufficiale.

Il D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98, ha novellato il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, introducendo il comma 5-bis, che ha previsto che i farmaci orfani, ospedalieri o di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale siano valutati in via prioritaria, rispetto ai procedimenti pendenti alla data di presentazione della domanda, anche attraverso sedute straordinarie della CSE, entro il termine di cento giorni (vedi anche Sezione 5 "Farmaci orfani"). Per tali farmaci, inoltre, la normativa vigente prevede un'ulteriore agevolazione, ovvero la facoltà per l'azienda di presentare ad AIFA - in caso di parere positivo da parte di EMA - la domanda di classificazione e prezzo anteriormente al rilascio della loro AIC da parte della Commissione Europea.

Al fine di snellire i tempi di negoziazione, AIFA ha introdotto, a partire dal 2020, delle procedure semplificate per alcune categorie di farmaci/iter negoziali, quali:

- farmaci equivalenti/biosimilari (da ottobre 2020);
- farmaci di importazione parallela (da marzo 2021);
- farmaci equivalenti o biosimilari, per le richieste di rimborsabilità di estensione delle indicazioni già rimborsate all'originator (da novembre 2021);
- nuove confezioni per modifica del confezionamento primario (da novembre 2021).

Per i medicinali di classe A dispensati attraverso le farmacie territoriali in regime di erogazione convenzionale, nel periodo gennaio – febbraio 2024 il prezzo pubblicato in Gazzetta Ufficiale coincideva con il prezzo al pubblico della singola confezione, comprensivo delle compartecipazioni a carico del cittadino, degli sconti obbligatori a carico dei farmacisti e delle aziende farmaceutiche e dell'imposta sul valore aggiunto (IVA). Di conseguenza, il prezzo a carico del SSN coincideva con il prezzo al pubblico al netto sia degli sconti, sia di ogni compartecipazione sostenuta dal cittadino. A partire dal 1 marzo 2024, invece, il prezzo al pubblico dei farmaci di classe A dispensati attraverso le farmacie territoriali, non coincide più con il costo del medicinale per il SSN al netto degli sconti. La legge di Bilancio 2024 ha disposto infatti, per le farmacie, l'abrogazione del precedente modello di scontistica e il

superamento del meccanismo di remunerazione basato su una quota percentuale, introducendo un sistema misto costituito da:

- una quota variabile, pari al 6% del prezzo al pubblico per ogni confezione di farmaco, al netto dell'IVA;
- una quota fissa per fascia di prezzo e tipologia di farmacia in base al fatturato (per approfondimenti consultare il paragrafo 6 "Margini della distribuzione e sconti a beneficio del SSN").

Per i medicinali di classe A ed H, le strutture sanitarie pubbliche acquisiscono i medicinali tramite procedura di gara o trattativa diretta, a prezzi generalmente pari o inferiori al prezzo ex factory. Il costo effettivamente sostenuto dal SSN corrisponde al prezzo di aggiudicazione o negoziazione, al quale viene applicata l'IVA in sede di fatturazione.

Nel caso dei medicinali di classe C, il prezzo è definito autonomamente dall'azienda farmaceutica, non è pubblicato in Gazzetta Ufficiale, ma viene comunicato all'AIFA. Per i farmaci in classe C con ricetta, ad esclusione quindi dei farmaci C-bis, le variazioni del prezzo in aumento sono consentite esclusivamente nel mese di gennaio degli anni dispari (D.L. 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 luglio 2005, n. 149), mentre quelle in riduzione sono sempre ammesse.

6.5. Margini della distribuzione e sconti a beneficio del SSN

I margini delle industrie farmaceutiche, dei grossisti e delle farmacie sui medicinali erogabili a carico del SSN, precedentemente fissati (legge 23 dicembre 1996, n. 662 e ss.mm.ii.) in percentuali rispettivamente del 66,65%, 3,0% e 30,35% sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA, sono stati modificati:

- dalla Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 (legge di Bilancio 2024), per quanto concerne la remunerazione del farmacista (art. 1, commi 225-228);
- dalla Legge n. 207 del 30 dicembre 2024, per la quota di spettanza delle industrie farmaceutiche e dei grossisti.

Nello specifico, dal 1 marzo 2024 è in vigore un nuovo modello di remunerazione delle farmacie sui medicinali erogati in regime di convenzione con il SSN. Il criterio alla base di questo modello, stabilito dalla Legge di Bilancio 2024, prevede il superamento della remunerazione in misura percentuale al prezzo del farmaco, sostituendola con un sistema che valorizza l'atto professionale della dispensazione dei medicinali. In questo nuovo sistema, la precedente quota del 30,35% prevista dalla normativa viene sostituita da una combinazione di quota percentuale e quote fisse, come determinate al comma 225 dell'art. dell'art. 1 della l. n. 213 del 2023 cit. Più precisamente:

- a) quota percentuale del 6% sul prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, per ogni confezione di farmaco;
- b) quota fissa pari a 0,55 euro per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico non superiore a 4,00 euro;
- c) quota fissa pari a 1,66 euro per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico compreso tra 4,01 e 11,00 euro;
- d) quota fissa pari a 2,50 euro per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico superiore a 11,00 euro;
- e) quota fissa aggiuntiva di 0,10 euro per ogni confezione di farmaco appartenente alle liste di trasparenza, per il solo anno 2024; dal 1 gennaio 2025 tale quota fissa è stabilita in 0,115 euro.

Il successivo comma 225 bis, inserito dalla successiva legge n. 199 del 2025, precisa che *“Per tutti i medicinali oggetto di transito dal regime di classificazione A-PHT alla classe A ai sensi del comma 224, il cui prezzo di vendita, al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA), sia superiore a 100 euro, le quote di remunerazione di cui al comma 225, lettera a), si applicano in misura corrispondente a quelle previste per i medicinali aventi un prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, pari a euro 100”*.

Il nuovo sistema al comma 227 riconosce, inoltre, ulteriori quote fisse per specifiche tipologie di farmacie con basso fatturato SSN (importi al netto dell'IVA):

- a) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 1,20 per ogni farmaco erogato dalle farmacie con fatturato SSN (netto dell'IVA) non superiore a euro 150.000,00;
- b) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 0,58 per ogni farmaco erogato dalle farmacie – ad esclusione di quelle di cui alla lettera c) – con fatturato SSN (netto dell'IVA) non superiore a euro 300.000,00;
- c) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 0,62 per ogni farmaco erogato dalle farmacie rurali sussidiate, come definite dalla Legge 8 marzo 1968, n. 221, con fatturato SSN (netto dell'IVA) non superiore a euro 450.000,00.

Ed ancora, il comma 228 ha disposto, con decorrenza dal 1 marzo 2024, l'abrogazione della disciplina in materia di remunerazione aggiuntiva delle farmacie, prevista dai commi da 532 a 534 dell'articolo 1 della legge n. 197 del 29 dicembre 2022 (Legge di Bilancio per l'anno 2023); nella stessa data sono altresì cessati gli sconti applicati nel regime di assistenza convenzionata:

- sconto a beneficio del SSN proporzionale al prezzo del farmaco per le diverse tipologie di farmacia, come definito dall'articolo 1, comma 40, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- sconto previsto dalla Determinazione AIFA del 9 febbraio 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 43 del 21 febbraio 2007), che riduce i margini spettanti a farmacisti e grossisti di uno 0,64% sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA, ex articolo 11, comma 6, del Decreto-legge 31 maggio 2010, n.78 e successive modifiche (in particolare articolo 2, comma 12-septis del Decreto-legge 225/2010), recepite con la Determinazione AIFA 15 giugno 2012 (art. 3);
- sconto di cui all'articolo 1, comma 3, del Decreto-legge 24 giugno 2004, n. 156, convertito, con modificazioni dalla Legge 2 agosto 2004, n. 202;
- sconto dell'1,82% disposto ai sensi dell'articolo 11, comma 6, del Decreto-legge 78/2010.

Resta invariato lo sconto stabilito dalla Determinazione AIFA del 30 dicembre 2005 (Misure di ripiano della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata per l'anno 2005); in base a tale disposizione il produttore, per i farmaci destinati al mercato interno e rimborsabili dal SSN, con esclusione di prodotti dispensati in ospedale, dei medicinali inseriti nelle liste di trasparenza, degli emoderivati estrattivi, degli emoderivati da DNA ricombinante, dei vaccini e medicinali con prezzo al pubblico uguale o inferiore a 5 euro, deve calcolare sul proprio margine, uno sconto temporaneo dell'1% sul prezzo ex-factory, corrispondente allo 0,6% del prezzo al pubblico IVA compresa. Il grossista deve trasferire

tale sconto alle farmacie le quali, a loro volta nell'inoltrare al SSN le richieste di rimborso per l'assistenza farmaceutica erogata, devono applicare lo sconto ottenuto dal produttore.

Con l'entrata in vigore della successiva Legge n. 207 del 30 dicembre 2024, a decorrere dal 2025 le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali appartenenti alla classe A sono fissate nelle seguenti percentuali: 66% per le aziende farmaceutiche e 3,65% per i grossisti.

La successiva legge n. 199 del 2025 cit., all'art. 1, comma 393, ha modificato l'art. 1, comma 324, della Legge n. 207 del 2024 cit., precisando che le percentuali di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico ivi previste, si riferiscono ai farmaci di fascia A "erogati in regime di assistenza convenzionata" ovvero tramite le farmacie aperte al pubblico, con oneri a carico del SSN. Il successivo comma 395 ha disposto il venir meno, a partire dal medesimo anno, della facoltà delle aziende farmaceutiche di avvalersi della sospensione della riduzione nella misura del 5% del prezzo al pubblico dei medicinali dispensati a carico del SSN, ove prevista.

Parallelamente, il comma 389 ha definitivamente abolito il cosiddetto "payback dell'1,83%", laddove ha previsto che *“A decorrere dall'anno 2026, non si applicano le disposizioni di cui al quarto e quinto periodo del comma 6 dell'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, esclusivamente con riferimento alla quota dovuta dalle aziende farmaceutiche in favore delle regioni”*. Pertanto, *le imprese farmaceutiche sono esonerate dall'obbligo di restituire in favore delle Regioni della suddetta quota sul prezzo dei medicinali dispensati a carico del SSN in regime convenzionale*.

Si ricorda che, per il 2024, la spesa a carico del SSN per i medicinali erogati nel canale convenzionale dalle farmacie territoriali è calcolata in modo differente a seconda del mese considerato. Per i mesi di gennaio e febbraio 2024 infatti, restano vigenti le trattenute operate dal SSN in base alla disciplina previgente relativamente alle quote spettanti ai farmacisti. A partire dal 1 marzo 2024 è entrato in vigore il nuovo sistema di remunerazione introdotto dalla Legge di Bilancio 2024.

Farmaci equivalenti

In relazione ai farmaci equivalenti, è stata introdotta una disciplina speciale derogatoria ed eccezionale con il cd. "Decreto Abruzzo" che, all'art. 13 comma 1 lett. b) del D.L. n. 39/2009, dispone che per i medicinali generici, con esclusione dei medicinali originariamente coperti da brevetto o che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto, le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto, sono rideterminate per le aziende farmaceutiche al 58,65%, per i grossisti al 6,65% e per i

farmacisti al 26,7%. La rimanente quota dell'8% è ridistribuita fra i farmacisti ed i grossisti secondo le regole di mercato, fermo restando la quota minima per la farmacia del 26%. Successivamente è intervenuto l'art. 11, comma 6 del D.L. n. 78/2010 che, lasciando inalterata la quota di spettanza delle aziende farmaceutiche, ha significativamente ridotto quella dei grossisti a favore dei farmacisti, fissandola al 3% per i primi e al 30,35% per i secondi, da intendersi quale quota minima spettante a questi ultimi.

6.6. Modalità di erogazione dei medicinali a carico del SSN

Nell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica, la normativa nazionale prevede diverse modalità di erogazione dei medicinali a carico del SSN, in funzione della loro dispensazione e utilizzo in ambito sia territoriale che ospedaliero. In particolare, il consumo di medicinali in ambito territoriale avviene a seguito di prescrizione da parte di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, nonché sulla base di prescrizioni o rilascio di piani terapeutici redatti da medici specialisti operanti all'interno di strutture sanitarie pubbliche. 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 invece, la dispensazione del medicinale – assunto dall'assistito presso il proprio domicilio – avviene direttamente dalle strutture sanitarie (distribuzione diretta) oppure, in alternativa, per il tramite delle farmacie convenzionate, sulla base di accordi specifici sottoscritti a livello locale, (distribuzione in nome e per conto). L'articolo 8 del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla L. 16 novembre 2001, n. 405 e ss.mm.ii. ha introdotto, infatti, la distribuzione diretta e per conto quali modalità alternative di distribuzione dei medicinali, rispetto a quella convenzionale. Tali modalità prevedono l'acquisto, da parte delle strutture sanitarie pubbliche, di medicinali ad elevato consumo e ad alto costo e la loro dispensazione secondo due distinte modalità di erogazione:

- “Distribuzione diretta” 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 necessitino di periodici controlli. Tale sistema di dispensazione non assume una valenza esclusiva di contenimento della spesa, ma persegue soprattutto la finalità di tutela clinica del paziente e di garanzia della continuità terapeutica tra ospedale e territorio, nonché di appropriatezza d'utilizzo dei farmaci;
- “Distribuzione in nome e per conto” delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), effettuata dalle farmacie aperte al pubblico sulla base di specifici accordi stipulati dalle Regioni e Province Autonome con le Associazioni delle farmacie convenzionate, consentendo agli assistiti affetti da patologie croniche, che richiedono un'assistenza farmaceutica continuativa, di rifornirsi presso le farmacie territoriali.

6.7. Farmaci autorizzati negli anni 2024 e 2025

Nella tabella 6.3 si riporta l'elenco dei medicinali autorizzati dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) negli anni 2024 e 2025, con la relativa data di autorizzazione, area terapeutica, indicazione del tipo di procedura autorizzativa e designazione di farmaco orfano. Inoltre, è stato riportato lo status della rimborsabilità in Italia al 31 maggio 2026.

I farmaci sono stati estratti dall'elenco in formato Excel pubblicato dall'EMA (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/download-medicine-data>). Sono stati esclusi i vaccini, i farmaci biosimilari, i generici, i farmaci ibridi e le associazioni di principi attivi noti.

Nel biennio 2024-2025 sono stati autorizzati 89 medicinali di cui 34 farmaci orfani e 4 terapie avanzate. Quasi la metà dei farmaci si riferisce al gruppo ATC L (degli antineoplastici e immunomodulatori) e poco più del 10% al gruppo ATC B (Sangue e organi emopoietici). Per oltre il 40% dei medicinali al 31 maggio 2026 è stata assegnata la classe di rimborsabilità, per il 36% la procedura di definizione del prezzo e la rimborsabilità è in corso, e per il restante 24% dei medicinali non è stata presentata alcuna domanda di prezzo e rimborsabilità da parte dell'Azienda.

Tabella 6.3 Farmaci autorizzati dall'Agenzia Europea dei Medicinali negli anni 2024-2025

ATC V livello	Principio attivo	Specialità	Area terapeutica	Orfano	Tipo di procedura	Data autorizzazione	Status rimborsabilità
L04AL02	rozanolixizumab	Rystiggo	Miastenia Gravis	Si		05/01/2024	Classe H
L01XX77	adagrasib	Krazati	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	No	Approvazione condizionata	05/01/2024	Classe H
L01EE01	trametinib dimetilsolfossido	Spexotras	Glioma a basso grado (LGG)	Si		05/01/2024	Classe H
L01EJ04	mometinib	Omijara	Splenomegalia	Si		25/01/2024	Classe H
N07XX25	omaveloxolone	Skyclarys	Atassia di Friedreich	Si		09/02/2024	Classe H
B06AX05	exagamglogene autotemcel*	Casgevy	β-talassemia trasfusione-dipendente	Si	Approvazione condizionata	09/02/2024	Classe H
L04AE05	etrasimod	Velsipity	Colite ulcerosa	No		16/02/2024	Classe H
L03AA18	efbemalenograstim alfa	Ryzneuta	neutropenia	No		21/03/2024	C-NN
J01DE51	cefepime/enmetazobactam	Exblifep	Infezioni complicate del tratto urinario (cUTI); Polmonite acquisita in ospedale (HAP)	No		21/03/2024	Classe H
L01FF10	retifanlimab	Zynyz	Carcinoma a cellule squamose del canale anale (SCAC); Carcinoma a cellule di Merkel (MCC)	Si		19/04/2024	Classe H
L04AJ09	daNICopan	Voydeya	Emoglobinuria parossistica notturna (EPN)	Si		19/04/2024	Classe H
C09XX01	sparsentan	Filspari	Nefropatia primaria da immunoglobulina A	Si		19/04/2024	C-NN NIC
J01DF51	avibactam/aztreonam	Emblaveo	Infezione intra-addominale complicata (cIAI); Polmonite acquisita in ospedale (HAP); Infezione complicata del tratto urinario (cUTI).	No		22/04/2024	Classe H
L04AJ08	iptacopan	Fabhalta	Emoglobinuria parossistica notturna (EPN); Glomerulopatia da C3	Si		17/05/2024	Classe H
A10AE07	insulin icodex	Awigli	Diabete mellito	No		17/05/2024	Classe A
N07XX22	tofersen	Qalsody	Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	Si	Circostanze eccezionali	29/05/2024	C-NN NIC
B02BD02	efanesoctocog alfa	Altuvoc	Emofilia A	Si		17/06/2024	Classe A
L01EX27	capiasertib	Truqap	Carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico	No		17/06/2024	Classe H
L01EK04	fruquintinib	Fruzaqla	Cancro del colon-retto metastatico (mCRC)	No		20/06/2024	Classe A
G04BD15	vibegron	Obgemsa	Sindrome della vescica iperattiva	No		27/06/2024	C-NN NIC
L01FF11	sugemalimab	Cejemly	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	No		24/07/2024	C-NN NIC
H04AA02	dasiglucagon	Zegalogue	Diabete Mellito	No		24/07/2024	NoDPR
B01AD13	rADAMTS13	Adzyna	Deficit di ADAMTS13 nei pazienti affetti da porpora trombotica trombocitopenica congenita	Si		01/08/2024	C-NN NIC
V09X	galio (68Ga) chloride germanio(68Ge) cloruro	GalliaPharm	Altri diagnostici radiofarmaceutici	No		01/08/2024	Classe C
C02KX06	sotatercept	Winrevair	Ipertensione arteriosa polmonare	Si		22/08/2024	Classe A
L04AJ07	crovalimab	Piasky	Emoglobinuria parossistica notturna (EPN)	No		22/08/2024	Classe H
V09AX07	flortaucipir (18F)	Tauvid	Diagnostici radiofarmaceutici	No		22/08/2024	C-NN NoDPR
L01FX34	odronextamab	Ordspono	Linfoma follicolare recidivante o refrattario Linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario	Si	Approvazione condizionata	22/08/2024	C-NN NIC
C01CA24	epinefrina	Eurneffy	Anafilassi	No		22/08/2024	C-NN NIC
L01EN01	erdafitinib	Balversa	Carcinoma uroteliale (UC) non resecabile o metastatico	No		22/08/2024	Classe H
S01AX24	polihexanide	Akantior	Cheratite da Acanthamoeba	Si		22/08/2024	Classe A
L01FX31	zolbetuximab	Vyloy	Adenocarcinoma gastrico o della giunzione gastro-esofagea (GGE)	Si		19/09/2024	Classe C
D11AH11	delgocitinib	Anzupgo	Eczema croNICo delle mani	No		19/09/2024	Classe A
L01FF13	toripalimab	Loqtorzi	Carcinoma nasofaringeo; carcinoma a cellule squamose dell'esofago	No		19/09/2024	C-NN NIC
A05AX06	elafibranor	Iqirvo	Colangite biliare primitiva	Si	Approvazione condizionata	19/09/2024	Classe-H
A05AX05	odevixibat	Kayfanda	Sindrome di Alagille	No	Circostanze eccezionali	19/09/2024	Classe H
S01XA18	ciclosporina	Vevizye	Sindrome dell'occhio secco	No		19/09/2024	C-NN NoDPR
C02KX54	macitentan/tadalafil	Yuvanci	Ipertensione arteriosa polmonare	No		27/09/2024	C
L01FX26	mirvetuximab soravtansine	Elahere	Cancro epiteliale dell'ovaio, cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo	Si		14/11/2024	C-NN NIC

segue

ATC V livello	Principio attivo	Specialità	Area terapeutica	Orfano	Tipo di procedura	Data autorizzazione	Status rimborsabilità
B02BX11	marstacimab	Hympavzi	Emofilia A e Emofilia B	No		18/11/2024	Classe A
V10X	lutezio (177Lu) cloruro	Theralugand	Altri radiofarmaci terapeutici	No		22/11/2024	C-NN NoDPR
B02BX10	concizumab	Alhemo	Emofilia A e Emofilia B	No		13/12/2024	Classe A
L04AJ10	vilobelimab	Gohibic	Distress respiratorio acuto (ARDS) indotta dal SARS-CoV-2	No		13/01/2025	C-NN NoDPR
V04CF	rdESAT-6 e rCFP-10	Siiltibcy	Diagnostico per il rilevamento dell'infezione da Mycobacterium tuberculosis	No		13/01/2025	C-NN NoDPR
L01EX28	repotrectinib	Augtyro	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC); tumori solidi	No	Approvazione condizionata	13/01/2025	C-NN NoDPR
L01EB09	lazertinib	Lazcluze	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	No		20/01/2025	Classe H
J06BD09	sipavibart	Kavigale	Profilassi pre-esposizione al COVID-19	No		20/01/2025	C-NN NoDPR
L01FF12	serplulimab	Hetronifly	Carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso	Si		03/02/2025	Classe H
C01EB25	acoramidis	Beyontra	Amiloidosi da transtiretina wild type o variante e in pazienti adulti con cardiomiopatia (ATTR-CM)	No		10/02/2025	Classe H
L01FX03	catumaxomab	Korjuny	Ascite maligna	No		10/02/2025	NIC
B06AC07	garadacimab	Andembry	Angioedema ereditario	No		10/02/2025	Classe A
D11AH12	nemolizumab	Nemluvio	Dermatite atopica (DA); Prurigo nodulare (PN)	No		12/02/2025	Classe A
L01XX74	belzutifan	Welireg	Carcinoma a cellule renali; Tumori associati alla malattia di von Hippel-Lindau	No	Approvazione condizionata	12/02/2025	Classe A
N07XX21	eplontersen	Wainzua	Amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina in pazienti adulti con polineuropatia allo stadio 1 o allo stadio 2	No		06/03/2025	C-NN NIC
L01XX80	imetelstat	Rytelo	Anemia trasfusione-dipendente secondaria a sindromi mielodisplastiche (MDS)	Si		07/03/2025	C-NN NoDPR
L01FX23	tisotumab vedotin	Tivdak	Cancro della cervice	No		28/03/2025	C-NN NIC
L01FX35	datopotamab deruxtecan	Datroway	Cancro della mammella	No		04/04/2025	C-NN NoDPR
N06DX04	lecanemab	Leqembi	Malattia di Alzheimer in fase iniziale	No		15/04/2025	NIC
L01FX37	linvoseltamab	Lynozfyf	Mieloma multiplo recidivato e refrattario	No	Approvazione condizionata	23/04/2025	C-NN NIC
D03AX16	beremagene geperpavec*	Vyjuvek	Trattamento delle ferite nei pazienti con epidermolisi bollosa distrofica	Si		23/04/2025	NIC
J06BA02	immunoglobulina umana normale	Deqsig	Immunodeficienza; immunomodulazione	No		02/05/2025	C-NN NoDPR
M09AX14	givinostat	Duvyzat	Distrofia muscolare di Duchenne	Si	Approvazione condizionata	06/06/2025	Classe H
V03AE08	ferrico citrato	Xoanacyl	Malattia renale croN/Ca	No		11/06/2025	C-NN NoDPR
L04AG13	teprotumumab	Tepezza	Malattia oculare tiroidea	No		19/06/2025	C-NN NIC
A16AX28	sepiapterin	Sephience	Iperfenilalaninemia	Si		19/06/2025	NIC
L01FD07	zanidatamab	Ziihera	Cancro delle vie biliari	Si	Approvazione condizionata	27/06/2025	C-NN NIC
R07AX33	deutivacaftor/tezacaftor/vanzacaftor	Alyftrek	Fibrosi cistica	Si		30/06/2025	Classe A
N02BA11	diflunisal	Attrogy	Amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o 2	No		17/07/2025	C-NN NIC
L01EE05	mirdametinib	Ezmekly	Neurofibromi plessiformi	Si	Approvazione condizionata	17/07/2025	C-NN NIC
L01XL12	obecabtagene autoleucl*	Aucatzyl	Leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B	No	Approvazione condizionata	17/07/2025	NoDPR
L01EM06	inavolisib	Itovebi	Cancro della mammella con mutazione di PIK3CA	No		18/07/2025	C-NN NIC
L01FX15	belantamab mafodotin^	Blenrep	Mieloma multiplo recidivato o refrattario	No		23/07/2025	C-NN NIC
B05BA01	aminoacidi	Maapliv	Malattia delle urine a sciroppo d'acero	Si	Circostanze eccezionali	28/07/2025	C-NN NoDPR
L01XX81	nirogacestat	Ogsiveo	Tumori desmoidi in progressione	Si		14/08/2025	NIC
A05BA11	resmetirom	Rezdiffra	Steatoepatite associata a disfunzione metabolica (MASH) non cirrotica con fibrosi epatica da moderata ad avanzata	No	Approvazione condizionata	18/08/2025	C-NN NIC
L03AA09	sargramostim	Imreplys	Trattamento di pazienti di tutte le età esposti in modo acuto a dosi mielosoppressive di radiazioni con sottosindrome ematopoietica della sindrome da radiazione acuta (H-ARS)	No	Circostanze eccezionali	21/08/2025	C-NN NoDPR
J05AX31	lenacapavir	Yeytuo	Profilassi pre-esposizione (PrEP) al fine di ridurre il rischio di infezione da HIV-1	No		25/08/2025	C-NN NoDPR

Regolamentazione dell'assistenza farmaceutica in Italia

ATC V livello	Principio attivo	Specialità	Area terapeutica	Orfano	Tipo di procedura	Data autorizzazione	Status rimborsabilità
B05AX04	cellule CD-34 (cordone ombelicale di dorocubicel/ allogenico non espanse*)	Zemcelpro	Tumori maligni ematologici che necessitano di un trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche	Si	Approvazione condizionata	25/08/2025	C-NN NoDPR
L01XM04	vorasidenib	Voranigo	Astrocitoma o oligodendroglioma	Si		17/09/2025	C-NN NIC
L01EX29	vimseltinib	Romvimza	Tumore tenosinoviale a cellule giganti	Si		17/09/2025	C-NN NIC
C10AX	olezarsen	Tryngolza	Sindrome da chilomicronemia familiare	Si		17/09/2025	C-NN NIC
B06AC08	sebetralstat	Ekterly	Attacchi acuti di angioedema ereditario	Si		17/09/2025	C-NN NIC
N06DX05	donanemab	Kisunla	Disturbo cognitivo lieve e demenza lieve dovuti alla malattia di Alzheimer	No		24/09/2025	NIC
D10AX06	clascoterone	Winlevi	Acne vulgaris	No		17/10/2025	NoDPR
G02CX07	elinzanetant	Lynkuet	Sintomi vasomotori da moderati a severi:	No		17/11/2025	C-NN NIC
R03	brensocatib	Brinsupri	Bronchiectasie non correlate alla fibrosi cistica	No		18/11/2025	C-NN NoDPR
A10AE57	insulina icodec;semaglutide	Kyinsu	Diabete mellito di tipo 2	No		24/11/2025	NoDPR
L04AL03	nipocalimab	Imaavy	Miastenia gravis generalizzata	No		28/11/2025	C-NN NIC
N.D.	rilzabrutinib	Wayrilz	Trombocitopenia immune (ITP)	Si		22/12/2025	NIC

* Terapia avanzata; § Informazioni aggiornate al 31/05/2026

^ L'autorizzazione è stata rinnovata nel luglio 2025 con nuove indicazioni in combinazione, dopo che la precedente autorizzazione condizionata era stata interrotta nel 2024

NoDPR: No domanda di prezzo e rimborso

NIC: Negoziazione in corso

N.D.: non disponibile